

Editor: Made Martini

PERAWATAN PASIEN ODHA (ORANG DENGAN HIV/AIDS) BERBASIS **SDKI, SIKI, SLKI**



Yance Komela Sari | Wa Ode Sitti Justin | Zaenal Arifin
Kurniati Prihatin | Ni Luh Seri Astuti | Nirwanto K. Rahim
Ita Sulistiani | Rahmawati Raharjo
Iskandar Arfan | Ayu Rizky | Yohanes Jakri | Rista Islamarida

BUNGA RAMPAI

**PERAWATAN PASIEN ODHA
(ORANG DENGAN HIV/AIDS)
BERBASIS SDKI, SIKI, SLKI**

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

**PERAWATAN PASIEN ODHA
(ORANG DENGAN HIV/AIDS)
BERBASIS SDKI, SIKI, SLKI**

Yance Komela Sari
Wa Ode Sitti Justin
Zaenal Arifin
Kurniati Prihatin
Ni Luh Seri Astuti
Nirwanto K. Rahim
Ita Sulistiani
Rahmawati Raharjo
Iskandar Arfan | Ayu Rizky
Yohanes Jakri | Rista Islamarida

Penerbit



CV. MEDIA SAINS INDONESIA
Melong Asih Regency B40 - Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
www.medsan.co.id

Anggota IKAPI
No. 370/JBA/2020

**PERAWATAN PASIEN ODHA
(ORANG DENGAN HIV/AIDS)
BERBASIS SDKI, SIKI, SLKI**

Yance Komela Sari
Wa Ode Sitti Justin
Zaenal Arifin
Kurniati Prihatin
Ni Luh Seri Astuti
Nirwanto K. Rahim
Ita Sulistiani
Rahmawati Raharjo
Iskandar Arfan | Ayu Rizky
Yohanes Jakri | Rista Islamarida

Editor:
Made Martini

Tata Letak:
Risma Birrang

Desain Cover:
Qonita Azizah

Ukuran:
A5 Unesco: 15,5 x 23 cm

Halaman:
viii, 199

ISBN:
978-623-195-317-9

Terbit Pada:
Juni 2023

Hak Cipta 2023 @ Media Sains Indonesia dan Penulis

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit atau Penulis.

PENERBIT MEDIA SAINS INDONESIA
(CV. MEDIA SAINS INDONESIA)
Melong Asih Regency B40 - Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
www.medsan.co.id

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga buku kolaborasi dalam bentuk buku dapat dipublikasikan dan dapat sampai di hadapan pembaca. Buku ini disusun oleh sejumlah dosen dan praktisi sesuai dengan kepakarannya masing-masing. Buku ini diharapkan dapat hadir dan memberi kontribusi positif dalam ilmu pengetahuan khususnya terkait dengan “Perawatan pasien ODHA (Orang Dengan HIV/AIDS) Berbasis SDKI, SIKI, SLKI” buku ini memberikan nuansa berbeda yang saling menyempurnakan dari setiap pembahasannya, bukan hanya dari segi konsep yang tertuang dengan detail, melainkan contoh yang sesuai dan mudah dipahami terkait konsep dan aplikasi perawatan pasien dengan perawatan pasien ODHA (Orang Dengan HIV/AIDS) berbasis SDKI, SIKI, SLKI.

Sistematika buku ini dengan judul “Perawatan pasien ODHA (Orang dengan HIV/AIDS) Berbasis SDKI, SIKI, SLKI” mengacu pada konsep dan pembahasan hal yang terkait. Buku ini terdiri atas 12 bab yang dijelaskan secara rinci dalam pembahasan antara lain mengenai: Insiden, Prevalensi dan Gambaran Penyakit Infeksius Serta HIV/AIDS; Konsep Dasar dan Gambaran Penyakit HIV/AIDS; Patofisiologi dan Proses Perjalanan Penyakit HIV/AIDS; Respon Tubuh Terhadap Perubahan Fisiologi Penyakit HIV/AIDS; Perawatan Kelompok Khusus/Rentan Pasien dengan Penyakit HIV/AIDS (ODHA); Perawatan dan Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia pada ODHA; Konsep Dasar Asuhan Keperawatan HIV/AIDS Secara Umum Berbasis SDKI, SIKI, SLKI; Kasus Nyata (*Case Study*) Pasien dengan HIV/AIDS Berbasis SDKI, SLKI, dan SIKI; Peran dan Dukungan Keluarga dan Masyarakat Pada Pasien ODHA; Peran Tenaga dan Layanan Kesehatan

dalam Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien ODHA; Urgensi Pendidikan dan Promosi Kesehatan Bagi ODHA; Paradigma Stigma ODHA Di Masyarakat.

Buku ini memberikan nuansa yang berbeda dengan buku lainnya, karena membahas berbagai hal terkait konsep dan aplikasi perawatan pasien ODHA (Orang Dengan HIV/AIDS), sesuai dengan *update* keilmuan.

Akhirnya kami mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada semua pihak yang telah mendukung dalam proses penyusunan dan penerbitan buku ini, secara khusus kepada Penerbit Media Sains Indonesia sebagai inisiator buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca sekalian.

Mei 2023

Editor

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
1 INSIDEN, PREVALENSI DAN GAMBARAN PENYAKIT INFEKSIUS SERTA HIV/AIDS	1
Insiden dan Prevalensi Penyakit Infeksius	1
Gambaran Penyakit Infeksius	3
HIV/AIDS	6
Prevalensi HIV	6
Prevalensi HIV/AIDS di Indonesia.....	12
2 KONSEP DASAR DAN GAMBARAN PENYAKIT HIV/AIDS	19
Definisi HIV/AIDS.....	19
Epidemiologi HIV/AIDS.....	20
Penyebab dan Faktor Resiko HIV/AIDS	21
Tanda dan Gejala HIV/AIDS	23
Patofisiologi HIV/AIDS	24
Komplikasi HIV/AIDS	25
Penularan HIV/AIDS.....	26
Pencegahan HIV/AIDS.....	26
Pemeriksaan Diagnostik HIV/AIDS.....	28
Penatalaksanaan HIV/AIDS.....	30
3 PATOFISIOLOGI DAN PROSES PERJALANAN PENYAKIT HIV/AIDS	35
Pendahuluan	35
Struktur Virus HIV	38
Siklus Hidup HIV	41

	Attachment (Binding)	42
	Fusion	43
	Reverse Transcription	43
	Integration	44
	Transcription	44
	Assembly	45
	Budding.....	45
	Patofisiologi.....	46
	Tahapan Infeksi HIV	48
	Tahap Akut.....	48
	Tahap Kronik.....	49
	Tahap Lanjut Infeksi HIV	49
4	RESPON TUBUH TERHADAP PERUBAHAN FISIOLOGI PENYAKIT HIV/AIDS.....	53
	Mekanisme Immunodefisiensi pada Penderita HIV/AIDS	53
	Respon Imun terhadap HIV.....	57
	Respon Sistem Organ pada Penderita HIV/AIDS...	60
5	PERAWATAN KELOMPOK KHUSUS/RENTAN PASIEN DENGAN PENYAKIT HIV/AIDS (ODHA)...	69
	Pendahuluan	69
	Konsep Intervensi Keperawatan yang dapat Meningkatkan Kualitas Hidup Orang dengan HIV/AIDS	70
	Konsep Perawatan Paliatif Pasien HIV/AIDS	83
6	PERAWATAN DAN PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR MANUSIA PADA ODHA	89
	Konsep Kebutuhan Dasar Manusia.....	89

	Karakteristik Kebutuhan Dasar Manusia.....	90
	Faktor-Faktor yang Memengaruhi Pemenuhan Kebutuhan	91
	Hirarki Kebutuhan Dasar Manusia	92
	Kebutuhan Fisiologis	93
	Kebutuhan keselamatan dan Keamanan.....	97
	Kebutuhan Mencintai dan Dicintai	99
	Kebutuhan Harga Diri	100
	Kebutuhan Aktualisasi Diri.....	100
7	KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN HIV/AIDS SECARA UMUM BERBASIS SDKI, SIKI, SLKI	105
	Pendahuluan	105
	Proses Keperawatan pasien dengan HIV-AIDS ...	106
	Diagnosa Keperawatan berdasarkan SDKI.....	110
	Luaran dan Intervensi Keperawatan	110
8	KASUS NYATA (<i>CASE STUDY</i>) PASIEN DENGAN HIV/AIDS BERBASIS SDKI, SLKI, DAN SIKI	119
	Pengkajian Keperawatan Pasien Dengan HIV/AIDS	119
	Diagnosa Keperawatan Pasien dengan HIV/AIDS	123
	Intervensi Keperawatan Pasien Dengan HIV/AIDS	124
	Implementasi Keperawatan Pasien dengan HIV/AIDS	129
	Evaluasi Keperawatan Pasien dengan HIV/AIDS	130

9	PERAN DAN DUKUNGAN KELUARGA DAN MASYARAKAT PADA PASIEN ODHA	135
	Pendahuluan	135
	Dukungan Keluarga.....	135
	Peran Masyarakat.....	146
10	PERAN TENAGA DAN LAYANAN KESEHATAN DALAM MENINGKATKAN KUALITAS HIDUP PASIEN ODHA.....	153
	Pendahuluan	153
	Peran Tenaga Kesehatan.....	153
	Peran Tenaga dan Layanan Kesehatan dalam Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien ODHA	155
	Menurut Kemenkes, RI (2013)	
	Tugas dan Tanggung Jawab:.....	156
	Kegiatan Penanggulangan.....	157
	Pengobatan dan Perawatan.....	158
	Sumber Daya Kesehatan.....	161
	Sumber Daya Manusia	162
	Ketersediaan Obat dan Perbekalan Kesehatan ...	163
	Peran Serta Masyarakat.....	164
	Kaidah ILO tentang HIV/AIDS dan Dunia Kerja	165
	10 Prinsip Kaidah ILO tentang HIV/AIDS dan Dunia Kerja	165
11	URGENSI PENDIDIKAN DAN PROMOSI KESEHATAN BAGI ODHA	171
	Pendidikan Kesehatan	171
	Promosi Kesehatan	172
	Upaya Pencegahan dan Pengendalian Penyakit...	175

	Stigma ODHA.....	179
	Pendidikan dan Promosi Kesehatan Bagi ODHA	181
12	PARADIGMA STIGMA ODHA DI MASYARAKAT ..	189
	Stigma	189
	Bentuk Stigma.....	190
	Aspek-Aspek Stigma	191
	Faktor yang Mempengaruhi Stigma pada ODHA.....	192
	Proses Terjadinya Stigma	194
	Dampak Stigma	194
	Stigma pada ODHA.....	195

INSIDEN, PREVALENSI DAN GAMBARAN PENYAKIT INFEKSIOUS SERTA HIV/AIDS

Ns. Yance Komela Sari, S.Kep.,M.Kep
Universitas Baiturrahmah

Insiden dan Prevalensi Penyakit Infeksius

Dalam dua dekade terakhir, beban penyakit infeksi telah berkurang di seluruh dunia namun masih menjadi ancaman kesehatan masyarakat di negara berkembang karena globalisasi. Ancaman penyakit infeksi yang muncul diperlukan kesiapsiagaan untuk menghadapi wabah penyakit infeksi tersebut (Davgasuren et al., 2019). Tantangan dunia saat ini adalah penyakit infeksius akibat populasi yang semakin meningkat, penebangan hutan, urbanisasi, perjalanan internasional, migrasi dan lain-lain. Meskipun penyakit infeksius sudah ada sejak dulu, namun wabah baru terus mengancam kesehatan manusia. Penyakit menular dan wabah memiliki implikasi untuk kesehatan dan kesejahteraan, termasuk morbiditas dan kematian yang merugikan orang yang terinfeksi. Dalam beberapa tahun terakhir, dunia telah mengalami berbagai epidemi seperti COVID-19, Zika, Ebola, Flu Babi (H1N1), SARS dan lain-lain. Tren penyakit menular di dunia modern menunjukkan bahwa infeksi mempengaruhi manusia, melintasi lokasi dan batas geografis dan melampaui waktu (Aremu et al, 2021).

Penyakit infeksius adalah penyebab utama penderitaan manusia baik dari segi morbiditas maupun Mortalitas sepanjang sejarah manusia penyebaran penyakit infeksius dipengaruhi oleh berbagai langkah dalam peradaban manusia. Misalnya, penyakit parasit dan *zoonosis* (penyakit yang ditularkan dari hewan ke manusia atau sebaliknya), infeksi virus dan bakteri melalui udara. Selama berabad-abad umat manusia menderita pandemi besar seperti wabah penyakit cacar, kolera dan influenza tetapi juga dari penyakit menular kronis seperti tuberkulosis dan sifilis. Menurut WHO, secara global terdapat 300 sampai 500 juta kasus malaria, 333 juta kasus penyakit menular seksual (sifilis, gonoroe, klamidia dan trikomoniasis), 33 juta kasus HIV/AIDS, 14 juta orang terinfeksi tuberkulosis dan 3-5 juta kasus kolera.

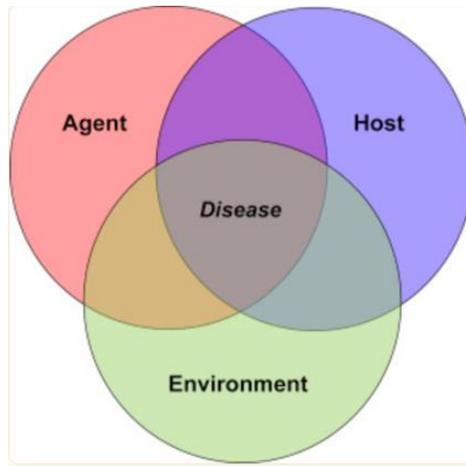
Penyakit infeksius masih sangat tinggi. Setiap tahun sekitar 48 juta kasus diare dan 3000 kematian akibat penyakit diare terjadi di Amerika Serikat. Setiap tahun, virus influenza menginfeksi 10% hingga 40% populasi dunia. Selain itu, survei serologis menemukan bahwa pada usia dewasa muda prevalensi antibodi adalah 80% terhadap virus herpes simpleks tipe satu, 15 sampai 20% tipe dua, dan 95% terhadap virus herpes manusia, 63% hepatitis A, 2% terhadap hepatitis C.

Sejarah global, penyakit infeksius berada pada urutan ketiga penyebab kematian. Pada tahun 1990 diperkirakan 17 juta kematian disebabkan oleh penyakit infeksi, disertai dengan malnutrisi dan penyakit ibu dan perinatal. Sekitar 95% dari kematian tersebut terjadi di bagian negara termiskin di dunia seperti India dan benua sub Sahara. Menurut WHO, penyebab kematian akibat penyakit infeksius terbanyak adalah infeksi saluran pernafasan bawah 3,46 juta, diare 2,46 juta, HIV AIDS 1,78 juta, Tuberkulosis 1,34 juta, malaria 1,1 juta dan Campak 900.000 (Bourgeois et al, 2014).

Gambaran Penyakit Infeksius

Menurut Noguchi et al (2020), pasien yang beresiko tertular penyakit infeksius adalah pasien dengan penyakit *Chronic Respiratory Failure*, penyakit parkinson, dermatosis tanpa luka tekan dan pasien yang tidak mampu untuk melakukan perawatan mulut. Pencegahan penyakit infeksius yang ditularkan melalui droplet dan infeksi udara dapat dilakukan vaksinasi untuk memperkuat sistem kekebalan tubuh. Selain itu penyakit infeksius juga dapat ditularkan dari anggota keluarga yang menderita penyakit infeksius. Pencegahannya dapat dilakukan dengan membatasi kontak dengan pasien.

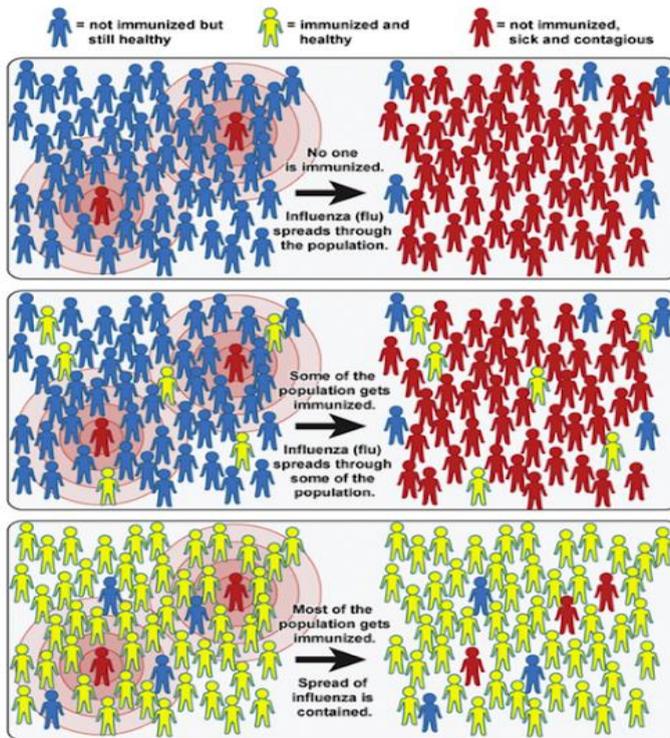
Penyakit infeksius terjadi karena ada faktor *agent* (patogen), *Host* dan lingkungan. Agen infeksi dapat berupa parasit hidup (cacing atau protozoa), jamur, bakteri atau virus atau prion yang tidak hidup. Faktor *environment* (lingkungan) menentukan apakah *host* terpapar salah satu *agent* tersebut dan interaksi selanjutnya antara *agent* dan *host* akan menentukan hasil paparan. Interaksi *agent* dan *host* terjadi pada tahap infeksi, penyakit dan pemulihan atau kematian. Setelah terjadi paparan, langkah pertama adalah kolonisasi, pintu masuk agen penyakit seperti kulit atau selaput lendir saluran pencernaan, pencernaan atau urogenital. Kolonisasi, misalnya, *Staphylococcus aureus* yang resisten methicillin di mukosa hidung, tidak menyebabkan penyakit itu sendiri. Agar penyakit terjadi, patogen harus menginfeksi (menyerang dan menetap di dalam) jaringan *host*. Infeksi akan selalu menyebabkan beberapa gangguan pada *host*, tetapi tidak selalu mengakibatkan penyakit.



Gambar 1.1 Model Trias Epidemiologi Penyebab Penyakit Infeksi. Trias terdiri dari agent (pathogen), *Host* dan *environment*/lingkungan (faktor fisik, sosial, perilaku, budaya, politik dan ekonomi) yang menyatukan *agent* dan *host* menyebabkan infeksi dan penyakit yang terjadi pada *host*.
Sumber:(Jean et al, 2017).

Penyakit menunjukkan tingkat gangguan dan kerusakan pada *host* yang mengakibatkan gejala subjektif dan tanda objektif penyakit. Misalnya, infeksi TB hanyalah infeksi dan dibuktikan dengan tes kulit tuberkulin positif atau uji pelepasan interferon gamma-tetapi dengan kurangnya gejala (misalnya, batuk atau keringat malam) atau tanda (misalnya, rales pada auskultasi dada) dari penyakit. Hal ini berbeda dengan TB paru aktif (penyakit) yang disertai gejala dan tanda penyakit (Jean et al, 2017).

Penyakit infeksius dapat ditularkan kepada orang lain. Individu yang kebal dapat memblokir rantai infeksi/penularan. Sebagai akibat dari *herd immunity*, individu rentan yang tidak kebal secara tidak langsung terlindung dari infeksi. Individu yang menunda atau menolak vaksin dapat menyebabkan tingkat kekebalan komunitas secara keseluruhan lebih rendah



Gambar 1.2 Kekebalan komunitas terjadi ketika seseorang dilindungi dari infeksi oleh imunisasi.

Sumber: (Jean et al, 2017)

Contoh penyakit influenza, kotak paling atas menunjukkan populasi dengan beberapa individu yang terinfeksi (ditunjukkan dengan warna merah) dan sisanya sehat tetapi tidak diimunisasi (ditunjukkan dengan warna biru). Influenza menyebar dan mudah melalui populasi. Kotak tengah menggambarkan populasi yang sama tetapi dengan jumlah yang kecil yang di imunisasi (ditunjukkan dengan warna kuning). Mereka yang di imunisasi tidak menjadi terinfeksi, tetapi sebagian besar penduduk menjadi terinfeksi. Di kotak paling bawah sebagian besar penduduk di imunisasi, ini mencegah penularan yang signifikan termasuk kepada mereka yang tidak diimunisasi

HIV/AIDS

HIV/AIDS tetap menjadi salah satu tantangan kesehatan masyarakat yang paling signifikan di dunia, khususnya di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah (WHO, 2022b). *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) adalah infeksi yang menyerang sistem kekebalan tubuh, khususnya sel darah putih yang disebut sel CD4. HIV menghancurkan sel CD4 ini, melemahkan kekebalan seseorang terhadap infeksi oportunistik, seperti tuberkulosis dan infeksi jamur, infeksi bakteri parah, dan beberapa jenis kanker (WHO, 2022a).

Saat virus menghancurkan dan merusak fungsi sel kekebalan, individu yang terinfeksi secara bertahap menjadi immunodefisiensi. Tahap paling lanjut dari infeksi HIV adalah *acquired immunodeficiency syndrome* (AIDS), yang dapat memakan waktu bertahun-tahun untuk berkembang jika tidak diobati, tergantung pada individu (WHO, 2022c).

Prevalensi HIV

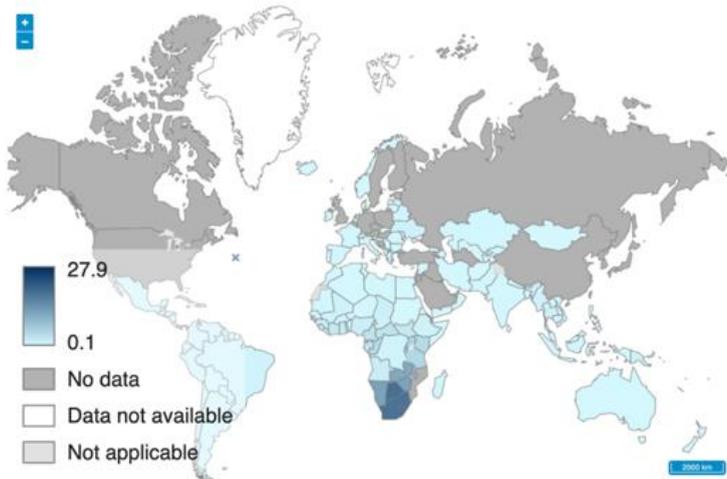
Sejak awal 1980-an, kemajuan besar telah dibuat dengan pengobatan untuk orang yang hidup dengan HIV. Selama tahun-tahun berikutnya sejak dikenalnya penyakit baru dan mematikan ini, sejumlah studi telah menghasilkan ketersediaan lebih dari 30 obat antiretroviral yang disetujui Badan Pengawas Obat dan Makanan AS untuk pengobatan infeksi HIV, bersama dengan kelompok strategi untuk pencegahan dan pengobatan koinfeksi terkait HIV dan komorbiditas.

Selama 4 dekade terakhir, penerapan modalitas pengobatan telah menghadapi beberapa tantangan. Tantangannya telah dikaitkan dengan toksisitas obat, kepatuhan yang tidak konsisten terhadap rejimen pengobatan yang kompleks, resistensi obat, keputusan kapan memulai pengobatan, kelelahan pil, dan akses

terbatas ke pengobatan oleh populasi khusus. Untuk orang yang hidup dengan HIV yang memiliki akses ke obat ini, rejimen ini memperpanjang harapan hidup mereka. Pada tahun 1981 dan 1982, ketika pasien AIDS pertama ditemukan di Amerika Serikat, waktu kelangsungan hidup rata-rata untuk orang dengan AIDS adalah 1-2 tahun. Sebaliknya, untuk orang berusia 20-an tahun dengan infeksi HIV yang diobati dengan kombinasi terapi antiretroviral (ART) saat ini, harapan hidup yang diproyeksikan adalah 53 tahun. Pencapaian besar ini dihasilkan dari mitra publik swasta antara akademisi, industri, pemerintah Amerika Serikat, kolaborator internasional dan masyarakat yang terkena dampak. Menurut laporan baru-baru ini dari program bersama PBB tentang HIV/AIDS (UNAIDS) dan sebagian besar sebagai hasil dari upaya rencana darurat Presiden AS untuk bantuan AIDS dan dana global untuk memerangi AIDS, Tuberkulosis dan Malaria, 19,5 juta orang adalah sekarang menerima ART yang menyelamatkan jiwa (mewakili 53% dari semua orang yang hidup dengan HIV secara global), dan kematian terkait AIDS telah berkurang setengahnya sejak tahun 2005. Peningkatan jumlah orang yang hidup dengan HIV yang menerima ART akan membutuhkan optimalisasi rejimen pengobatan yang berkelanjutan dan penerapan strategi untuk memastikan diagnosis yang tepat, akses ke ART, kepatuhan terhadap regimen obat, dan retensi dalam perawatan (Eisinger et al, 2018).

HIV terus menjadi masalah kesehatan masyarakat global yang sejauh ini telah merenggut 40,1 juta nyawa (WHO, 2022). Sejak awal epidemi 84,2 juta orang telah terinfeksi virus HIV dan sekitar 40,1 juta orang meninggal karena HIV. Secara global, 38,4 juta orang hidup dengan HIV (ODHA) pada akhir tahun 2021 dengan 1,5 juta orang baru terinfeksi HIV. Penderita baru terinfeksi HIV turun dari 2,2 juta pada tahun 2010. Pada tahun 2021 orang

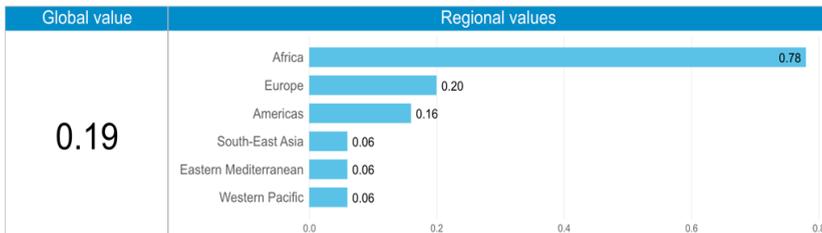
dewasa yang berusia 15-49 tahun diperkirakan 0,7% hidup dengan HIV di seluruh dunia, walaupun beban epidemi bervariasi antara negara dan wilayah.



Gambar 1.3: Prevalensi HIV pada orang dewasa dengan usia 15-49 tahun

Sumber: (World Health Organization (WHO), 2023b)

Wilayah Afrika terkena dampak yang paling banyak yaitu hampir 1 dari setiap 25 orang dewasa (3,4%) hidup dengan HIV dan terhitung lebih dari dua pertiga orang yang hidup dengan HIV di seluruh dunia. Selain itu 25,6 juta orang hidup dengan HIV pada tahun 2021 dan secara global, WHO wilayah afrika menyumbang hampir 60% dari infeksi baru (WHO, 2022).



Gambar 1.4 Infeksi HIV baru (per 1000 populasi yang tidak terinfeksi)

Sumber: (WHO, 2022d)

Pada akhir tahun 2021, 75% orang yang hidup dengan HIV dan menggunakan obat antiretroviral. Angka ini naik 25% jika dibandingkan pada tahun 2010. Secara global, ada 1,3 juta ibu hamil dengan HIV pada tahun 2021, dimana diperkirakan 81% menggunakan obat antiretroviral untuk mencegah penularan dari ibu ke anak. Pada akhir tahun 2021, terdapat 1,7 juta anak yang hidup dengan HIV angka ini mengalami penurunan dari 25 Juta jika dibandingkan pada tahun 2010 (World Health Organization (WHO), 2023a)

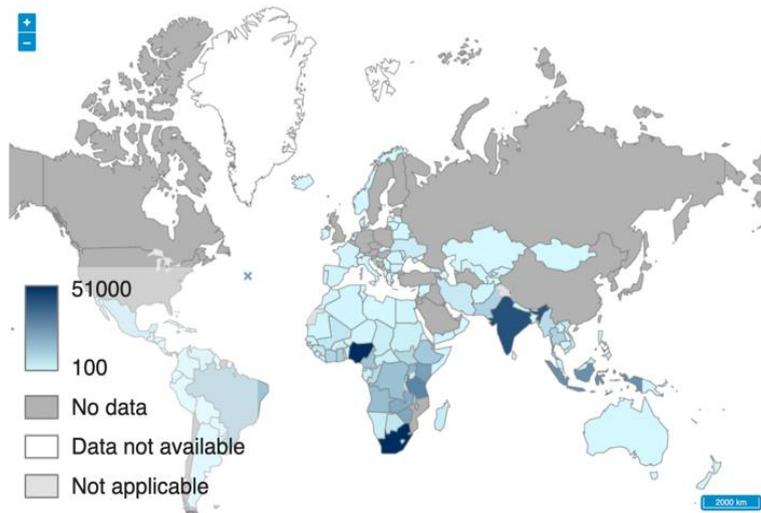
Tabel 1.1. Data HIV Secara Global

	Orang yang hidup dengan HIV Tahun 2021	Orang yang tertular HIV tahun 2021	Orang yang meninggal karena HIV
Total	38,4 juta	1,5 juta	650.000
Dewasa (laki-laki dan perempuan 15 tahun ke atas)	36,7 juta	1,3 juta	560.000
Perempuan (15 tahun ke atas)	19,7 juta	640.000	240.000
Laki-laki (15 tahun ke atas)	16,9 juta	680.000	320.000
Anak-anak (<15 tahun)	1,7 Juta	160.000	98.000

Sumber: (WHO, 2023b)

Pada tahun 2021, 650.000 (51000-860.000) orang meninggal karena HIV. Kejadian infeksi HIV telah mengalami penurunan yang tajam secara global pada orang dewasa dan anak-anak yang meninggal karena penyakit HIV. Namun demikian negara-negara harus memiliki komitmen untuk mengakhiri epidemi AIDS yang menjadi ancaman kesehatan pada tahun 2030 dan target yang termasuk dalam agenda pembangunan berkelanjutan 2030 PBB pada bulan September 2015 (WHO, 2023c). Penurunan angka kematian terkait HIV terbukti di wilayah terbesar terinfeksi HIV. Pada tahun 2021 sekitar 42.000 (64%) penderita HIV meninggal di

Afrika. Hal ini menunjukkan angka kematian telah turun hampir 55% sejak tahun 2010 (WHO, 2023c).



Gambar 1.5 orang yang meninggal karena HIV
Sumber: (WHO, 2023c).

Pada tahun 2001, Perserikatan Bangsa-Bangsa mengadakan sidang umum khusus membahas HIV/AIDS. Sidang ini diadakan karena HIV/AIDS adalah krisis kesehatan masyarakat global dan keputusan dibuat untuk mengintensifkan aksi internasional dan memobilisasi sumber daya untuk memerangi pandemi. Tujuan pembangunan Milenium ke enam dari deklarasi deklarasi milenium tahun 2000, memprakarsai upaya global bersama untuk mengatasi epidemi HIV AIDS yang terus meningkat.

Meskipun pengobatan antiretroviral (ART) telah mengurangi kematian terkait AIDS, namun akses ke terapi tidak universal, dan prospek pengobatan kuratif dan vaksin yang efektif masih belum pasti. Penyebaran HIV terbukti multifaktorial dengan faktor sosial yang memainkan peran penting. Tes HIV harus mematuhi prinsip-prinsip etis yang melindungi kerahasiaan pasien karena stigma dan diskriminasi masih terjadi dalam

masyarakat sehingga penyakit ini masih di sembunyikan pada masyarakat dan ini masih terus dilakukan. Negara-negara berkembang khususnya di Afrika tidak diarahkan untuk menangani penyakit HIV/AIDS pada sistem kesehatan mereka yang masih lemah. Ini bukan satu-satunya alasan wabah menjadi pandemi. Langkah-langkah pencegahan seperti penggunaan kondom, pencegahan penularan dari ibu ke anak, sunat medis laki-laki dan kampanye kesadaran masyarakat kurang berhasil daripada yang diantisipasi mungkin karena masalah sistem yang belum tertangani. Terapi antiretroviral memiliki lebih banyak orang yang hidup dengan HIV (ODHA) sehingga diharapkan insiden dan kematian akan menurun. Profilaksis pra paparan, supresi virus mengarah pada konsep 'tidak terdeteksi=tidak dapat ditransmisikan', dan rejimen antenatal diharapkan dapat mengurangi penularan virus. Infeksi HIV bervariasi menurut wilayah, bahkan di dalam negara. Variasi prevalensi HIV ini memiliki implikasi penting dalam upaya pengendalian pandemi HIV (Govender et al, 2021).

Tren prevalensi HIV/AIDS sama dengan mortalitas. Peningkatan pengobatan menghasilkan peningkatan prevalensi. Di era peningkatan antiretroviral global saat ini, dengan rencana untuk menjangkau jutaan lebih, ada pendorong penting perubahan morbiditas pada orang yang hidup dengan penyakit ini. Paling penting, dengan inisiasi ART lebih dini dan akses yang lebih baik keperawatan, orang dengan HIV hidup lebih lama. Oleh karena itu, mengalami konsekuensi kesehatan dari penuaan. Ini adalah hasil dari pilihan pengobatan yang lebih baik dan peningkatan akses ke intervensi yang mengarah pada umur yang lebih panjang. Tingkat prevalensi global mencapai puncaknya pada tahun 2001, tiga tahun lebih awal dari puncak kematian terkait AIDS, dan secara perlahan menurun atau menjadi stabil selama dekade terakhir di sebagian wilayah. Tren prevalensi

mengungkapkan bahwa HIV/AIDS tetap menjadi tantangan kesehatan yang dominan di Afrika Timur dan Selatan, dengan prevalensi tahun 2014 sebesar 7,4 persen, lebih dari tiga kali lipat prevalensi di bagian barat dan tengah benua. Namun, tingkat prevalensi yang rendah dalam rangkaian beban penyakit yang rendah masih menghadirkan tantangan besar, bahkan, misalnya di Amerika Serikat. Lebih penting lagi, meskipun tingkat prevalensi saat ini rendah di Eropa Timur dan Asia Tengah, mereka adalah satu-satunya wilayah di mana tingkat prevalensi masih meningkat, dengan tingkat yang meningkat dari 0,1 persen pada tahun 1990 menjadi 0,8 persen pada tahun 2014 (Holmes et al, 2017).

Prevalensi HIV/AIDS di Indonesia

Berdasarkan data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2022), terdapat 466 kabupaten/kota yang melaporkan kasus HIV AIDS pada periode Januari – Juni 2022. Jumlah ODHIV yang ditemukan periode Januari – Juni 2022 sebanyak 22.331 orang dari 2.018.641 orang yang dites HIV, dan sebanyak 18.479 orang mendapat pengobatan ARV. Sebagian besar ODHIV terdapat pada kelompok umur 25 - 49 tahun (68,1%), diikuti kelompok umur 20-24 tahun (17,5%), dan kelompok umur \geq 50 tahun (9,0%). Berdasarkan jenis kelamin, persentase penemuan kasus HIV pada laki-laki sebesar 70% dan perempuan sebesar 30% dengan rasio laki-laki dan perempuan adalah 2:1.

Persentase ODHIV ditemukan periode Januari-Juni 2022 berdasarkan faktor risiko pada homoseksual 28,5%, heteroseksual 13,2%, dan penggunaan jarum suntik bergantian 0,6%. Presentasi ODHIV ditemukan yang dilaporkan pada kelompok populasi Wanita Pekerja Seks (WPS) 3,0%, Lelaki seks dengan lelaki (LSL) 27%, waria 1,0%, pengguna narkoba suntik (penasun) 1,0%, Warga

Bina Pemasyarakatan (WBP) 1,0%, ibu hamil 14%, pasien Tuberkulosis Paru (TB) 13%, dan pasien Infeksi Menular Seksual (IMS) 1,0%. Kasus HIV tertinggi yaitu pada provinsi DKI Jakarta (77.934), diikuti Jawa Timur (73.096), Jawa Barat (54.897), Jawa Tengah (46.353), Papua (41.942)

Penemuan Kasus AIDS Periode Januari - Juni 2022 yang dilaporkan sebanyak 4.010 orang. Lima provinsi dengan jumlah kasus AIDS dilaporkan terbesar berturut-turut adalah Bali, Papua, Jawa Tengah, Jawa Timur, dan Sulawesi Selatan. Kelompok umur 30-39 tahun merupakan kelompok dengan persentase AIDS tertinggi (31,8%), diikuti kelompok umur 20-29 tahun (30,9%) dan kelompok umur 40-49 tahun (18,4%). Persentase faktor risiko dari urutan tertinggi adalah hubungan seks berisiko pada heteroseksual (58,4%), homoseksual (31,8%), tidak diketahui (4,4%), Biseksual (1,8%), perinatal (1,5%), dan lain-lain (1,1%).

Daftar Pustaka

- Aremu, T. O., Oluwole, O. E., & Adeyinka, K. O. (2021). An Understanding of the Drivers of Infectious Diseases in the Modern World Can Aid Early Control of Future Pandemics. *Pharmacy*, 9(4), 181. <https://doi.org/10.3390/pharmacy9040181>
- Bourgeois, S. S., Ratard, R., & Kretzschmar, M. (2014). *Handbook of epidemiology: Second edition. Handbook of Epidemiology: Second Edition.* <https://doi.org/10.1007/978-0-387-09834-0>
- Davgasuren, B., Nyam, S., Altangerel, T., Ishdorj, O., Amarjargal, A., & Choi, J. Y. (2019). Evaluation of the trends in the incidence of infectious diseases using the syndromic surveillance system, early warning and response unit, Mongolia, from 2009 to 2017: A retrospective descriptive multi-year analytical study. *BMC Infectious Diseases*, 19(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4362-z>
- Eisinger, R. W., & Fauci, A. S. (2018). Ending The HIV/AIDS Pandemic. *Emerging Microbes and Infections*, 7(1), 413–416. <https://doi.org/10.1038/s41426-018-0062-9>
- Govender, R. D., Hashim, M. J., Khan, M. A., Mustafa, H., & Khan, G. (2021). Global Epidemiology of HIV/AIDS: A Resurgence in North America and Europe. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 11(3), 296–301. <https://doi.org/10.2991/jegh.k.210621.001>
- Holmes, K. K., Bertozzi, S., Bloom, B. R., & Jha, P. (2017). *Major Infectious Diseases* (3rd edition). Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank.
- Jean Maguire van Seventer, & Hochberg, N. S. (2017). Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource center with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID- 19 . The COVID-19 resource center is hosted on Elsevier Connect, the company ' s public news and information. *International Encyclopedia of Public Health*, 6(2), 22–39.

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, K. K. R. I. (2022). *Perkembangan HIV AIDS dan Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS) Triwulan I Tahun 2021*. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta. Retrieved from https://siha.kemkes.go.id/portal/files_upload/Laporan_TW_2_2022.pdf
- Noguchi, K., Ochiai, R., Imazu, Y., Tokunaga-Nakawatase, Y., & Watabe, S. (2020). Incidence and Prevalence of Infectious Diseases and Their Risk Factors among Patients Who Use Visiting Nursing Services in Japan. *Journal of Community Health Nursing, 37*(3), 115–128. <https://doi.org/10.1080/07370016.2020.1780047>
- WHO, W. (2022a). *HIV/AIDS*. Retrieved from https://www.who.int/health-topics/hiv-aids#tab=tab_1
- WHO, W. (2022b). *HIV*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/hiv-aids>
- WHO, W. (2022c). *HIV*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/hiv-aids>
- WHO, W. (2022d). New HIV Infection (per 1000 Uninfected population). *Who, 1000*. Retrieved from [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/new-hiv-infections-\(per-1000-uninfected-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/new-hiv-infections-(per-1000-uninfected-population))
- WHO, W. (2023a). *Data on the size of the HIV epidemic*. Retrieved from <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/data-on-the-size-of-the-hiv-aids-epidemic>
- WHO, W. (2023b). *HIV*. Retrieved from [https://www.who.int/data/gho/data/themes/hiv-aids#:~:text=Globally%2C 38.4 million %5B33.9–,considerably between countries and regions.](https://www.who.int/data/gho/data/themes/hiv-aids#:~:text=Globally%2C%2038.4%20million%2C%2033.9%20million%2C%20considerably%20between%20countries%20and%20regions.)

- WHO, W. (2023c). *Number of people dying from HIV-related causes*. Retrieved from <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/number-of-deaths-due-to-hiv-aids>
- World Health Organization (WHO), W. H. O. (WHO). (2023a). *Data on the HIV response*. Retrieved from <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/data-on-the-hiv-aids-response>
- World Health Organization (WHO), W. H. O. (WHO). (2023b). *HIV, Estimated number of people (all ages) living with HIV*.

Profil Penulis



Ns. Yance Komela Sari, S.Kep.,M.Kep

Lahir di Padang provinsi Sumatera Barat pada tanggal 26 Juni 1986. Penulis adalah lulusan S1 Keperawatan dan profesi Keperawatan (Ners) Universitas Andalas pada tahun 2011. Kemudian pada tahun 2019 menyelesaikan Pendidikan Magister Keperawatan dengan konsentrasi Keperawatan Medikal Bedah di Universitas Andalas Padang.

Sebagai dosen profesional penulis aktif melakukan Tridharma perguruan tinggi yaitu Pendidikan, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat. Beberapa penelitian dan pengabdian masyarakat yang telah dilakukan di danai oleh internal perguruan tinggi. Selain peneliti, penulis juga mulai aktif menulis buku dengan harapan buku yang ditulis dapat memudahkan pembacanya untuk memahami dengan mudah. Selain menulis, penulis juga sebagai editor dengan sertifikasi BNSP.

Email Penulis: yancekomelasari@staff.unbrah.ac.id

KONSEP DASAR DAN GAMBARAN PENYAKIT HIV/AIDS

Wa Ode Sitti Justin, SKM., M. Kes
Politeknik Baubau

Definisi HIV/AIDS

HIV adalah singkatan dari *Human Immunodeficiency Virus*, sebuah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia. AIDS singkatan dari *Acquired Immune Deficiency Syndrome*. AIDS muncul setelah virus (HIV) menyerang sistem kekebalan tubuh kita selama lima hingga sepuluh tahun atau lebih. Sistem kekebalan tubuh menjadi lemah, dan satu atau lebih penyakit dapat timbul. Karena lemahnya sistem kekebalan tubuh tadi, beberapa penyakit bisa menjadi lebih berat daripada biasanya. (Spiritia, n.d.).

Sistem kekebalan tubuh kita bertugas untuk melindungi kita dari penyakit apa pun yang setiap hari menyerang kita. Antibodi adalah protein yang dibuat oleh sistem kekebalan tubuh ketika benda asing ditemukan di tubuh 1 manusia. Bersama dengan bagian sistem kekebalan tubuh yang lain, antibodi bekerja untuk menghancurkan penyebab penyakit, yaitu bakteri, jamur, virus, dan parasit. Sistem kekebalan tubuh kita membuat antibodi yang berbeda-beda sesuai dengan kuman yang dilawannya. Ada antibodi khusus untuk semua penyakit, termasuk HIV. Antibodi khusus HIV inilah yang terdeteksi keberadaannya ketika hasil tes HIV kita dinyatakan positif. (Haryono & Nasir, 2021)

Di dalam tubuh kita terdapat sel darah putih yang disebut sel CD4. Fungsinya seperti saklar yang menghidupkan dan memadamkan kegiatan sistem kekebalan tubuh, tergantung ada tidaknya kuman yang harus dilawan. HIV yang masuk ke tubuh menularkan sel ini, 'membajak' sel tersebut, dan kemudian menjadikannya 'pabrik' yang membuat miliaran tiruan virus. Ketika proses tersebut selesai, tiruan HIV itu meninggalkan sel dan masuk ke sel CD4 yang lain. Sel yang ditinggalkan menjadi rusak atau mati. Jika sel-sel ini hancur, maka sistem kekebalan tubuh kehilangan kemampuan untuk melindungi tubuh kita dari serangan penyakit. Keadaan ini membuat kita mudah terserang berbagai penyakit. (Kristiono & Astuti, 2019).

Epidemiologi HIV/AIDS

Sejak pertama kali ditemukan tahun 1987 sampai dengan Maret 2021, HIV AIDS telah dilaporkan oleh 498 (97%) kabupaten/kota dari 514 kabupaten/kota di Indonesia, terdapat penambahan 2 kabupaten/kota yang melapor dibandingkan triwulan IV tahun 2020. Jumlah kasus HIV yang dilaporkan dari tahun 2005 sampai dengan Maret 2021 cenderung meningkat setiap tahun. Jumlah kumulatif kasus HIV yang dilaporkan sampai Maret 2021 sebanyak 427.201 (78,7% dari target 90% estimasi ODHA tahun 2020 sebesar 543.100). Persentase infeksi HIV tertinggi dilaporkan pada kelompok umur 25-49 tahun (70,7%), diikuti kelompok umur 20-24 tahun (15,7%), dan kelompok umur \geq 50 tahun (7,1%) (data tersedia sejak tahun 2010). Persentase kasus HIV pada laki-laki sebesar 62% dan perempuan sebesar 38% dengan rasio laki-laki dan perempuan adalah 5:3 (data tersedia sejak tahun 2008). Persentase HIV ditemukan berdasarkan transmisi masing-masing secara heteroseksual 30%; homoseksual 17,5%; dan penggunaan jarum suntik bergantian 4,1% (data tersedia sejak tahun 2010). d. Lima provinsi dengan

jumlah penemuan ODHA tertinggi adalah DKI Jakarta (71.473), diikuti Jawa Timur (65.274), Jawa Barat (46.996), Jawa Tengah (39.978), dan Papua (39.419). (Indonesia Ministry of Health, 2021).

Penyebab dan Faktor Resiko HIV/AIDS

HIV adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh *Human Immunodeficiency Virus*. Adapun AIDS adalah kondisi yang terdiri dari kumpulan gejala terkait pelemahan sistem imun ketika infeksi HIV sudah berkembang parah dan tidak ditangani dengan baik. Menurut *Center for Disease Control and Prevention* (CDC), penularan virus HIV dari pengidap hanya bisa diperantarai oleh cairan tubuh seperti darah, air mani, cairan pra-ejakulasi, cairan rektal (anus), cairan vagina, dan ASI yang berkontak langsung dengan luka terbuka di selaput lendir, jaringan lunak, atau luka terbuka di kulit luar tubuh orang sehat. Jalur penularan virus umumnya terjadi dari hubungan seks tanpa kondom (penetrasi vaginal, seks oral, dan anal). Ingat, penularan HIV hanya bisa terjadi dengan syarat, Anda sebagai orang yang sehat memiliki luka terbuka atau lecet di organ seksual, di mulut, atau di kulit. Biasanya perempuan remaja cenderung lebih rentan terhadap risiko infeksi HIV karena selaput vagina mereka lebih tipis sehingga lebih rentan lecet dan terluka dibandingkan wanita dewasa. Penularan HIV lewat seks anal juga termasuk lebih rentan karena jaringan anus tidak memiliki lapisan pelindung layaknya vagina, sehingga lebih mudah sobek akibat gesekan. Selain dari paparan antar cairan dengan luka lewat aktivitas seks, penularan HIV juga dapat terjadi jika cairan terinfeksi tersebut disuntikkan langsung ke pembuluh darah, misalnya dari:

1. Pemakaian jarum suntik secara bergantian dengan orang yang terkontaminasi dengan *Human Immunodeficiency Virus*.

2. Menggunakan peralatan tato (termasuk tinta) dan tindik (*body piercing*) yang tidak disterilkan dan pernah dipakai oleh orang dengan kondisi ini.
3. Memiliki penyakit menular seksual (PMS) lainnya seperti klamidia atau gonore. Virus HIV akan sangat mudah masuk saat sistem kekebalan tubuh lemah.
4. Ibu hamil pengidap HIV/AIDS dapat menularkan virus aktif kepada bayinya (sebelum atau selama kelahiran) dan saat menyusui.

HIV tidak tertular melalui kontak sehari-hari seperti: bersentuhan, berjabat tangan, bergandengan, berpelukan, cipika-cipiki, batuk dan bersin, mendonorkan darah ke orang yang terinfeksi lewat jalur yang aman, menggunakan kolam renang atau duduk toilet yang sama, berbagi sprei, berbagi peralatan makan atau makanan yang sama dan dari hewan, nyamuk, atau serangga lainnya. (Pardede, 2017)

HIV tidak mudah menular ke orang lain. Virus ini tidak menyebar melalui udara seperti virus batuk dan flu. HIV hidup di dalam darah dan beberapa cairan tubuh. Tapi cairan seperti air liur, keringat, atau urine tidak bisa menularkan virus ke orang lain. Ini dikarenakan kandungan virus di cairan tersebut tidak cukup banyak. Cairan yang bisa menularkan HIV ke dalam tubuh orang lain adalah:

1. Darah
2. Dinding anus
3. Air Susu Ibu
4. Sperma
5. Cairan vagina, termasuk darah menstruasi

HIV tidak tertular dari ciuman, air ludah, gigitan, bersin, berbagi perlengkapan mandi, handuk, peralatan makan, memakai toilet atau kolam renang yang sama, digigit binatang atau serangga seperti nyamuk. Cara yang utama agar virus bisa memasuki ke dalam aliran darah adalah:

1. Melalui luka terbuka di kulit.
 2. Melalui dinding tipis pada mulut dan mata.
 3. Melalui dinding tipis di dalam anus atau alat kelamin.
 4. Melalui suntikan langsung ke pembuluh darah memakai jarum atau suntikan yang terinfeksi.
- (Kristiono & Astuti, 2019)

Menurut penelitian di Cina tahun 2012, faktor risiko kejadian HIV/AIDS ditularkan melalui hubungan homoseksual, heteroseksual dan penggunaan suntik. 5 Penelitian di Nicaragua 2013, faktor risiko yang berhubungan dengan HIV/AIDS adalah hubungan heteroseksual, tingkat pengetahuan tentang HIV/AIDS, sikap dan kesadaran tentang HIV/AIDS, tingkat kemiskinan, tingkat migrasi, jarak tempat tinggal jauh dari pelayanan kesehatan.10 Hasil penelitian Susilowati.6 tentang faktor risiko yang berpengaruh terhadap kejadian HIV/AIDS di RSUP Dr Kariadi Semarang menyatakan ada pengaruh riwayat pernah menderita menderita PMS, riwayat dalam keluarga yang HIV/AIDS, serta tingkat pendidikan yang rendah. (Leste, 2016).

Tanda dan Gejala HIV/AIDS

Adapun gejala klinis stadium AIDS menurut Nursalam dalam Nurulita (2020) antara lain:

1. Gejala mayor:
 - a. Demam berkepanjangan >1 bulan
 - b. Diare kronis >1 bulan yang berulang maupun terus-menerus

- c. Penurunan berat badan lebih dari 10% dalam 3 bulan
 - d. TBC
2. Gejala minor
- a. Batuk kronis selama >1 bulan
 - b. Infeksi jamur *Candida Albicans* pada mulut dan tenggorokan
 - c. Pembengkakan yang menetap pada kelenjar getah bening di seluruh tubuh
 - d. Munculnya bercak-bercak gatal diseluruh tubuh serta *Herpes zoster* yang berulang.

Adapun tahapan derajat infeksi HIV yakni:

Tabel 2.1. Tahapan Derajat Infeksi HIV

Fase	Derajat
1	Infeksi HIV Primer
2	HIV dengan defisiensi imun dini (CD4 >500/ μ l)
3	Adanya HIV dengan defisiensi imun sedang (CD4 200-500/ μ l) HIV
4	HIV dengan defisiensi sedang berat atau AIDS dengan kadar CD4 < 200/ μ l menurut CDC Amerika

(Puji, 2022)

Patofisiologi HIV/AIDS

Virus HIV masuk kedalam tubuh manusia melalui berbagai cara yaitu melalui cara vertikal, horizontal, dan transeksual. Seseorang yang terinfeksi virus HIV belum menunjukkan gejala atau kelainan yang khas dan belum jelas terdeteksi masuk kedalam tubuh manusia melalui pemeriksaan darah. Biasanya virus HIV masuk kedalam tubuh manusia dalam kurung waktu 2-4 minggu. Akan tetapi, jika seseorang sudah terinfeksi virus HIV maka virus tersebut akan menular ke orang lain. Orang yang

terinfeksi virus HIV akan mengalami AIDS. Biasanya jika seseorang sudah terkena infeksi oportunistik akan mengalami AIDS dan dari HIV ke AIDS dapat terjadi dalam kurung waktu 5-10 tahun.

HIV menginfeksi dan menghancurkan limfosit CD4 (*Cluster Differential Four*) yaitu dengan melakukan perubahan sesuai DNA inangnya. Virus HIV biasanya menyerang pada sel-sel tertentu seperti sel-sel yang mempunyai antigen CD4 terutama limfosit T4, dimana sel tersebut merupakan bagian yang penting dalam sistem kekebalan tubuh manusia. Virus yang masuk ke dalam tubuh manusia akan mengadakan replikasi sehingga menjadi banyak dan akhirnya menghancurkan sel limfosit. Dari proses ini, maka terjadinya suatu penyakit yang disebut AIDS yaitu infeksi yang disebabkan oleh HIV. (Ersha & Ahmad, 2018).

Komplikasi HIV/AIDS

Menurut Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (Dalam Haryono, 2018) komplikasi yang terjadi pada orang dengan HIV/AIDS. Diantaranya:

1. Mengalami Kandidiasis bronkus, trakea atau paru-paru.
2. Mengalami kandidiasis esofagus.
3. Mengalami kriptokokosis ekstra paru.
4. Mengalami kriptosporidiosis intestinal kronis > 1 bulan.
5. Mengalami gangguan penglihatan (Rinitis CMV).
6. Mengalami herpes simpleks, ulkus kronik > 1 bulan.
7. Mengalami *mycobacterium tuberculosis* di paru atau ekstra paru.
8. Mengalami *encephalitis toxoplasma*. (Sinaga et al., 2023)

Penularan HIV/AIDS

Penularan HIV/AIDS antara lain:

1. Cairan genital yaitu cairan vagina baik genital, oral dan anal. Orang dengan infeksi HIV sangat rentang untuk penularan virus ke orang lain. Selain itu memiliki jumlah virus yang banyak dan juga cukup tinggi apabila jika disertai dengan IMS.
2. Kontaminasi darah atau jaringan lainnya yaitu kontaminasi melalui darah seperti donor darah (plasma dan trombosit), melakukan donor organ yang terinfeksi virus HIV, peralatan medis meliputi jarum suntik yang bergantian dalam melakukan pengobatan kepada pasien, melakukan tindik dan tato.
3. Perinatal yaitu ibu hamil yang terinfeksi virus HIV, dimana hal ini dapat tertular kepada janinnya melalui plasenta dan bayi dan melalui darah pada saat persalinan. Selain itu dapat tertular melalui ASI pada saat menyusui. (Hidayati et al., 2019).

Pencegahan HIV/AIDS

Pencegahan HIV/AIDS diantaranya:

1. Pencegahan penularan melalui hubungan seksual
 - a. Menggunakan kondom dalam melakukan hubungan seksual untuk mencegah infeksi HIV/AIDS. Penggunaan kondom sangat disarankan mengingat virus HIV bisa terinfeksi melalui cairan yang dapat berpotensi dalam penularan cairan seksual virus HIV/AIDS. Sehingga dapat terjadi semakin parah jika tidak segera ditangani.
 - b. Mengetahui kondisi kesehatan pasangan sebelum melakukan hubungan seksual.

- c. Menghindari berhubungan seksual dengan sesama laki-laki (homoseksual atau biseksual), pemakaian obat IV secara bersamaan atau orang yang terinfeksi HIV/AIDS.
2. Pencegahan penularan melalui non seksual
 - a. Tidak memakai alat suntik secara bersamaan dalam melakukan pengobatan pada pasien, tato dan tindik. Selain itu tetap menjaga steril dari jarum suntik.
 - b. Bagi orang yang memiliki resiko tinggi terhadap HIV/AIDS sebaiknya tidak melakukan donor darah maupun donor organ.
 - c. Petugas kesehatan yang terlibat dalam pekerjaan yang mempunyai resiko tinggi terinfeksi HIV/AIDS seperti transfusi darah dan inseminasi artifisial yaitu memasukan sel sperma kedalam rahim dalam memperoleh kehamilan.
 - d. Sperm donor harus melakukan screening antibodi dalam kurung waktu 3 bulan dimana air mani harus dibekukan dan ditunggu sampai hasil tes yang ke-2 keluar.
 - e. Menghindari narkoba, zat aditif dan psikotropika.
 3. Pencegahan penularan melalui perinatal
 - a. Ibu hamil yang terinfeksi HIV/AIDS dapat ditularkan pada janin atau bayinya.
 - b. Ibu yang telah terinfeksi HIV/AIDS sebaiknya tidak hamil dikarenakan akan tertular pada janin atau bayinya.(Elisanti, 2018)

Saat ini program penanggulangan AIDS di Indonesia mempunyai 4 pilar, yang semuanya menuju pada *paradigma Zero New Infection, Zero AIDS-related death* dan *Zero Discrimination*. Empat pilar tersebut adalah:

1. Pencegahan (*prevention*); yang meliputi pencegahan penularan HIV melalui transmisi seksual dan alat suntik, pencegahan di lembaga pemasyarakatan dan rumah tahanan, pencegahan HIV dari ibu ke bayi (*Prevention Mother to Child Transmission, PMTCT*), pencegahan di kalangan pelanggan penjaja seks, dan lain-lain.
2. Perawatan, dukungan dan pengobatan (PDP); yang meliputi penguatan dan pengembangan layanan kesehatan, pencegahan dan pengobatan infeksi oportunistik, pengobatan antiretroviral dan dukungan serta pendidikan dan pelatihan bagi ODHA. Program PDP terutama ditujukan untuk menurunkan angka kesakitan dan rawat inap, angka kematian yang berhubungan dengan AIDS, dan meningkatkan kualitas hidup orang terinfeksi HIV (berbagai stadium). Pencapaian tujuan tersebut dapat dilakukan antara lain dengan pemberian terapi antiretroviral (ARV).
3. Mitigasi dampak berupa dukungan psikososial-ekonomi.
4. Penciptaan lingkungan yang kondusif (*creating enabling environment*) yang meliputi program peningkatan lingkungan yang kondusif adalah dengan penguatan kelembagaan dan manajemen, manajemen program serta penyelarasan kebijakan dan lain-lain. (Dr. R. Haryo Bimo Setiarto et al., 2021)

Pemeriksaan Diagnostik HIV/AIDS

Untuk menguji apakah kita terinfeksi HIV, satu tes yang paling umum adalah tes darah. Darah akan diperiksa di laboratorium. Tes ini berfungsi untuk menemukan antibodi terhadap HIV di dalam darah. Tapi, tes darah ini baru bisa dipercaya jika dilakukan setidaknya sebulan

setelah terinfeksi HIV, karena antibodi terhadap HIV tidak terbentuk langsung setelah infeksi awal. Antibodi terhadap HIV butuh waktu sekitar dua minggu hingga enam bulan, sebelum akhirnya muncul di dalam darah. Masa antara infeksi HIV dan terbentuknya antibodi yang cukup untuk menunjukkan hasil tes positif disebut sebagai “masa jendela”. Pada masa ini, seseorang yang terinfeksi HIV sudah bisa menularkan virus ini, meski dalam tes darah tidak terlihat adanya antibodi terhadap HIV dalam darah.

Salah satu cara mendiagnosis HIV selain dengan tes darah adalah Tes “*Point of care*”. Pada tes ini, sampel liur dari mulut atau sedikit tetes darah dari jari akan diambil, dan hasilnya akan keluar hanya dalam beberapa menit. Sebelum seseorang diberikan diagnosis yang pasti, perlu dilakukan beberapa kali tes untuk memastikan. Hal ini dikarenakan masa jendela HIV cukup lama. Jadi, hasil tes pertama yang dilakukan belum tentu bisa dipercaya. Lakukan tes beberapa kali jika melakukan perilaku berisiko terinfeksi HIV. Jika dinyatakan positif HIV, beberapa tes harus dilakukan untuk memperhatikan perkembangan infeksi. Setelah itu, barulah bisa diketahui kapan harus memulai pengobatan terhadap HIV. (Kristiono & Astuti, 2019)

Pemeriksaan diagnostik pada HIV/AIDS untuk menentukan apakah seseorang menderita HIV/AIDS dan mengetahui sistem kekebalan tubuh pada seseorang yaitu dengan cara:

1. Tes pemeriksaan diagnostik HIV/AIDS
 - a. ELISA (*enzyme linked immunosorbent assay*)
 - b. *Western blot*
 - c. P24 antigen test
 - d. Kultur HIV

2. Tes pemeriksaan untuk mendeteksi sistem kekebalan tubuh
 - a. Hematokrit
 - b. LED
 - c. Rasio CD4/CD Limfosit
 - d. Serum microglobulin B2
 - e. Hemoglobin (Haryono & Nasir, 2021)

Penatalaksanaan HIV/AIDS

Penatalaksanaan virus HIV/AIDS dibagi menjadi dua yaitu penatalaksanaan secara umum dan khusus, diantaranya:

1. Penatalaksanaan secara umum
 - a. Seseorang yang menderita HIV/AIDS dilakukan pemeriksaan proses konseling dimulai sejak antenatal bagi ibu hamil dan meminta persetujuan pasien dalam melakukan pemeriksaan.
 - b. Upayakan ketersediaan uji serologi yaitu uji untuk mendeteksi bakteri.
 - c. Spesifikas konseling bagi penderita HIV/AIDS terutama bagi ibu hamil yang menderita HIV/AIDS.
 - d. Untuk orang yang memiliki resiko tinggi tertular HIV/AIDS, maka diberikan konseling dalam upaya mencegah HIV/AIDS.
 - e. Mengatasi infeksi oportunistik dan memberikan nutrisi yang baik seperti nutrisi yang mengandung nilai gizi yang tinggi.

- f. Melakukan terapi AZT secepatnya jika CD4 mengalami penurunan dan konsentrasi virus dalam 30.000-50.000 kopi RNA/ML.
 - g. Memperhatikan prinsip pencegahan infeksi
2. Penatalaksanaan secara khusus
- a. Ketika seseorang telah terinfeksi HIV maka selanjutnya akan dilakukan pengobatan untuk memperlambat replikasi virus pada penderita HIV sehingga tidak menyebar menjadi AIDS.
 - b. Dalam pengobatan virus HIV, obat yang diberikan pada penderita HIV mempunyai efek samping, akan tetapi obat ini dapat memperlambat virus HIV yang ada di dalam tubuh penderita HIV sehingga tidak menyebar menjadi AIDS.

Pengobatan infeksi oportunistik dengan pemberian obat antibiotik dengan dosis yang tinggi, selain itu diberikan secara rutin agar virus tidak menular dan memperlambat penyebaran virus HIV/AIDS.

Daftar PustakaS

- Dr. R. Haryo Bimo Setiarto, S. S. M. S., Dr. Marni Br Karo, S. T. K. S. K. M. M. K., & Dr. dr. Titus Tambaip, M. K. (2021). *Penanganan Virus HIV/AIDS*. Deepublish. <https://books.google.co.id/books?id=Bcs1EAAAQBAJ>
- Elisanti, A. D. (2018). *Hiv-Aids, Ibu Hamil Dan Pencegahan Pada Janin*. Deepublish. <https://books.google.co.id/books?id=BSmJDwAAQBAJ>
- Erscha, R. F., & Ahmad, A. (2018). Human Immunodeficiency Virus – Acquired Immunodeficiency Syndrome dengan Sarkoma Kaposi. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7(Supplement 3), 131. <https://doi.org/10.25077/jka.v7i0.875>
- Haryono, D., & Nasir, N. (2021). Pengembangan kapasitas kelembagaan komisi penanggulangan aids daerah (kpad) dalam pencegahan dan penanggulangan hiv/aids. *Jurnal Ilmiah Ilmu Pemerintahan*, 7(3), 464–482. <https://journals.unigal.ac.id/index.php/modrat/article/view/2481>
- Hidayati, A. N., Rosyid, A. N., & Nugroho, C. W. (2019). *Keganasan Opportunities Kulit Pada HIV AIDS_compressed.pdf*.
- Indonesia Ministry of Health. (2021). Report on the Progress of HIV AIDS & Sexually Transmitted Infectious Diseases (Laporan Perkembangan HIV AIDS & Penyakit infeksi Menular Seksual (PIMS) Triwulan I Tahun 2021). *Indonesia Ministry of Health*, 4247608(021). https://siha.kemkes.go.id/portal/perkembangan-kasus-hiv-aids_pims#
- Kristiono, N., & Astuti, I. (2019). Mengenal Hiv Dan Aids. <https://www.researchgate.net/publication/337049851>, June, 80.

- Leste, T. (2016). *Faktor Risiko yang Berpengaruh Terhadap Kejadian HIV/AIDS pada Laki-Laki Umur 25 - 44 Tahun d i Kota Dili, Timor Leste*. 1(1).
- Pardede, J. A. (2017). *Konsep HIV/AIDS Dan Penelitian Terkait Keperawatan*. 2009(September 2009). <https://doi.org/10.31219/osf.io/gtb5s>
- Puji, R. (2022). *BUKU HIV IO 150822 SISTEM INFORMASI KESEHATAN INFEKSI OPORTUNISTIK PENYINTAS HIV/AIDS Penulis : Fenita Purnama Sari Indah Lela Kania Rahsa Puji ISBN : Editor : Frida Kasumawati Tri Okta Ratnaningtyas Penyunting : Nurwulan Adi Ismaya Desain sampul dan Ta. September*.
- Sinaga, L. R. V, Tasnim, T., Amir, N., Ashriady, A., Sembiring, E., Sirait, A., Nampo, R. S., Mahmud, A., Argaheni, N. B., & Septiani, L. (2023). *IMS dan HIV/AIDS*. Yayasan Kita Menulis. <https://books.google.co.id/books?id=UVWmEAAAQBAJ>
- Spiritia, Y. (n.d.). *Hidup dengan HIV/AIDS*. Yayasan Spiritia. <https://books.google.co.id/books?id=FboMBgAAQBAJ>.

Profil Penulis



Wa Ode Sitti Justin, SKM., M. Kes

Penulis lahir di Baubau tanggal 3 Oktober 1985. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat di Universitas Haluoleo tahun 2010 dan S2 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat di Universitas Indonesia Timur pada tahun 2013. Sebagai kontribusi penulis pada Tri Dharma Perguruan Tinggi, penulis aktif pada penelitian baik yang didanai Internal Perguruan Tinggi dan ada pula dari Kemendikbud. Penulis melaksanakan pengabdian pada masyarakat diantaranya mengikuti LSM *Orc Noid* pada Program Penanggulangan Narkoba Kota Baubau, Ketua IAKMI Pengcab Buton Tengah dari tahun 2019 sampai sekarang, Koordinator IAKMI SULTRA pada *“Indonesia HIV Response: Eliminating The AIDS Epidemic in Indonesia by 2030 program.* Penulis bertekad untuk tetap meningkatkan keilmuan dan pengalaman agar menjadi seorang dosen profesional yang berguna bagi Nusa dan Bangsa.

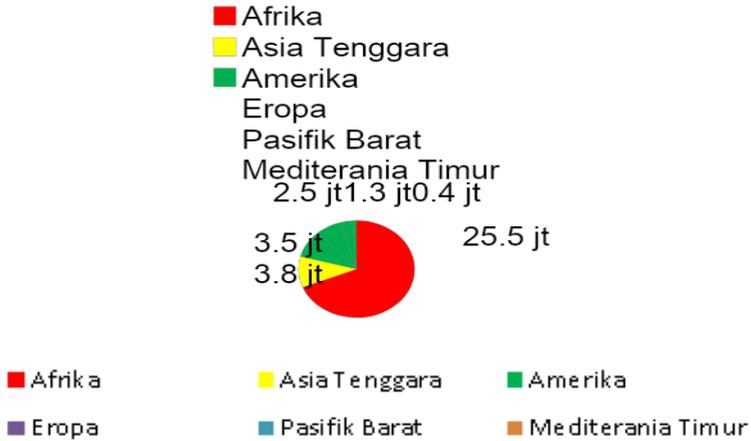
Email Penulis: justinmanis@rocketmail.com

PATOFISIOLOGI DAN PROSES PERJALANAN PENYAKIT HIV/AIDS

Zaenal Arifin, Ners., M.Kep., Sp.Kep.MB
STIKES YARSI Mataram

Pendahuluan

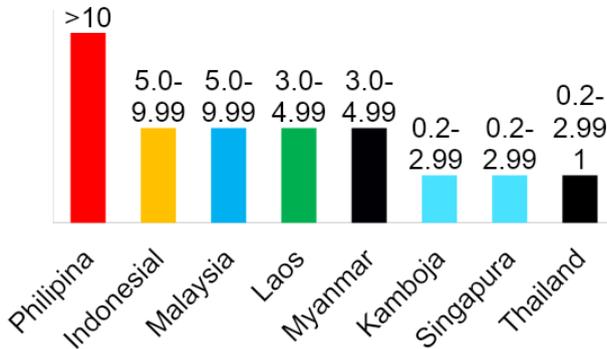
Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah virus yang menginfeksi sel darah putih dan menyebabkan penurunan imunitas manusia (Kemenkes, 2019). Infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) adalah suatu spectrum penyakit yang menyerang sel-sel kekebalan tubuh yang meliputi infeksi primer, dengan atau tanpa sindrom akut, stadium asimtomatik, hingga stadium lanjut. (Hidayati dkk, 2019). HIV merupakan salah satu penyakit yang terus mengalami peningkatan jumlah kasusnya setiap tahun. Data UNAIDS (2019) menunjukkan bahwa populasi HIV di dunia mulai dari jumlah terbanyak adalah sebagai berikut Afrika, Asia Tenggara, Amerika, Eropa, Pasifik Barat, Mediterania timur. Gambaran populasi kasus HIV secara global dapat di lihat pada gambar dibawah ini:



Gambar 3.1. Populasi *Human Immunodeficiency Virus*

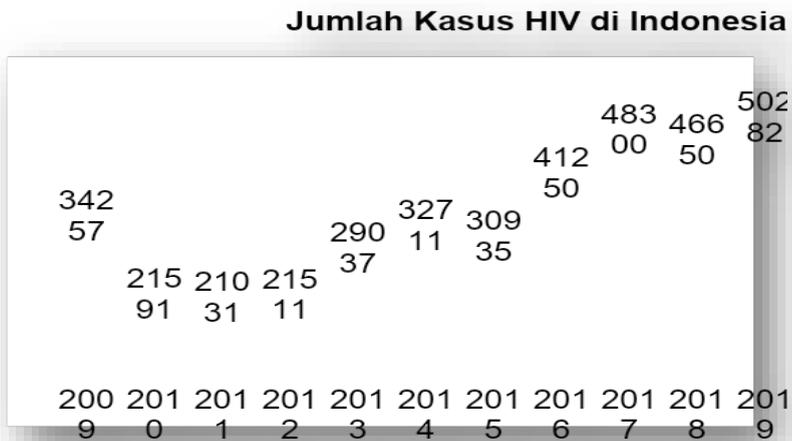
Berdasarkan data tersebut dapat diketahui bahwa Asia Tenggara menjadi salah satu wilayah dengan populasi HIV yang cukup tinggi di dunia dan sekaligus menduduki peringkat kedua setelah Afrika.

Sedangkan data *Incidence-Prevalence Ratio* tahun 2018 yang dirilis oleh UNAIDS (2019) menunjukkan bahwa Indonesia termasuk kedalam kelompok negara dengan *Incidence-Prevalence Ratio* yang cukup tinggi seperti yang dapat dilihat pada grafik berikut ini:



Gambar 3.2. *Incidence-Prevalence Ratio* (2018)

Data WHO tahun 2019 menunjukkan adanya jumlah infeksi HIV baru di kawasan regional Asia Pasifik yaitu sebesar 78%. Adapun data jumlah kasus HIV di Indonesia dari tahun 2009 sampai dengan 2019 adalah sebagai berikut:



Gambar 3.3. Data jumlah kasus HIV berdasarkan tahun di Indonesia (sumber: Kemenkes, 2019)

Human Immunodeficiency Virus (HIV) merupakan virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia. Dampak dari serangan HIV terhadap sistem kekebalan tubuh adalah terjadi penurunan sistem kekebalan tubuh pada manusia yang terinfeksi HIV. Pada kondisi lebih lanjut infeksi HIV yang tidak mendapatkan pengobatan dan penatalaksanaan dapat menyebabkan terjadinya *acquired immunodeficiency syndrome* (AIDS). AIDS dapat diartikan suatu kumpulan gejala atau penyakit yang terjadi akibat adanya penurunan fungsi kekebalan tubuh. *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) adalah sejenis virus yang menginfeksi sel darah putih yang menyebabkan turunnya kekebalan tubuh manusia.

Penyebab infeksi HIV adalah virus yang disebut dengan human immunodeficiency virus (HIV). Human immunodeficiency virus (HIV) adalah retrovirus beramplop yang berisi 2 salinan genom RNA berantai tunggal. HIV dikelompokkan dalam genus *Lentivirus* dalam famili Retroviridae, subfamily *Orthoretrovirinae* (Seitz, 2016; Gilroy, 2023). Berdasarkan karakteristik dan perbedaan antigen virus HIV diklasifikasikan menjadi tipe 1 (HIV-1) dan tipe 2 (HIV-2). Virus HIV-1 dan HIV-2 berasal dari *simian immunodeficiency virus* (SIVs) primata. SIV juga termasuk ke dalam genus *Lentivirus*. Virus HIV-1 dan virus HIV-2 berevolusi dari *simian immunodeficiency virus* (SIVcpz) primata non-manusia dari simpanse, sedangkan HIV-2 berasal dari mangabey jelaga (SIVsm) (Seitz, 2016). Sebelumnya HIV-1 dan HIV-2 berasal dari zoonosis, dan saat ini dapat menyebar secara langsung dari manusia ke manusia lain. HIV-1 lebih menyebar secara global dan memiliki virulensi yang tinggi, sedangkan HIV-2 dapat menimbulkan dampak yang lebih parah (Valliant, Gullick, 2022).

Struktur Virus HIV

Sebelum membahas tentang infeksi virus HIV, perlu kiranya mengetahui secara umum apa yang dimaksud dengan virus. Virus merupakan suatu partikel yang tersusun dari komponen genetik (genom) yang mengandung satu asam nukleat yaitu Asam Deoksiribonukleat (DNA) dan Asam Ribonukleat (RNA) yang dapat berada dalam intraseluler dan ekstraseluler.

Virus *Human Immunodeficiency Virus* merupakan retrovirus yang termasuk family *lentivirus*. Secara umum retrovirus mengandung ribonukleat acid (RNA) dan tidak dapat melakukan replikasi diluar sel inang, tetapi dapat menggunakan RNA dan DNA pada sel inang untuk membuat virus DNA melalui transkripsi balik (*reverse*

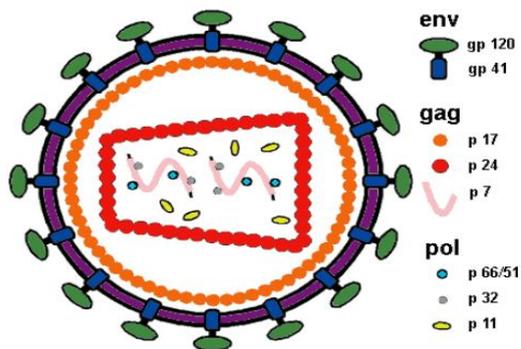
transcription). Setelah berada dalam sel inang, virus akan melepaskan diri dari selubung dan mengeluarkan RNA untuk menggunakan sel inang yang baru untuk replikasi diri lagi. Secara struktur virus HIV memiliki komponen genetik untaian tunggal dalam bentuk ribonukleat acid (RNA).

RNA yang terdapat dalam virus dilindungi oleh suatu lapisan yang disebut Kapsid. Virus HIV dalam menginfeksi inang dan proses replikasi membutuhkan peranan enzim. Struktur virus dikelilingi oleh selubung dalam bentuk glikoprotein, yang membantu virus dalam mengidentifikasi dan mengikat target sarannya. HIV merupakan virus yang termasuk genom lentivirus, dalam family retroviridae dan subfamily *Orthoretrovirinae*. Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah virus RNA berbentuk bulat dengan diameter 10-20 nm dan ber-envelop.

Virus terdiri dari dua untaian *single stranded* Ribonukleat Acid (ss RNA) positif yang berada dalam inti protein virus (ribonucleoprotein) dan dikelilingi envelope lapisan lemak (fosfolipid) dan terdapat 72 buah tonjolan glikoprotein. Envelope polipeptida terdiri dari dua subunit glikoprotein yaitu glikoprotein luar (gp120) sebagai tempat ikatan reseptor (receptor binding) CD4 dan glikoprotein transmembrane (gp4) yang bergabung dengan envelope lipid virus. Protein pada membran luar berfungsi sebagai media terbentuknya ikatan dengan sel CD4 dan reseptor kemokin. Permukaan dalam envelope lipid virus dilapisi oleh protein matriks (p17), yang berfungsi dalam integritas struktur virion.

Envelope lipid terbungkus dalam protein kapsid yang berbentuk ikosahedral (p24) dan matriks p17. Protein Kapsid mengelilingi inti dalam virion sehingga membentuk 'cangkang' di sekeliling material genetik. Protein nukleokapsid terdapat dalam cangkang dan berikatan langsung dengan molekul RNA (Karki, 2017; Hidayati, 2019).

Berdasarkan strukturnya virus HIV merupakan kelompok virus Ribonukleat Acid (RNA) dan memiliki berat sekitar 0,7 kb. Virus HIV terdiri dari HIV-1 dan HIV-2. Virus HIV memiliki inti yang dibungkus oleh lapisan *lipid bilayer envelope*. Dalam lapisan lipid bilayer tersebut terdapat glikoprotein gp120 dan gp41. Komponen genetik virus HIV terdiri dari 9 gen yaitu 3 gen struktural atau gen utama dan 6 gen non-struktural atau gen pengatur. Gen struktural terdiri atau gen utama dari 1) env; 2) gag; dan 3) pol, dan gen pengatur terdiri dari 1) tat; 2) rev; 3) nef; 4) vif; 5) vpr; 6) vpu, yang berperan penting dalam replikasi virus dan meningkatkan tingkat infeksi HIV (Calles, et al, 2006, Kummar, et al, 2015; Karki, 2017) .



Gambar 3.4. Struktur gen Virus HIV (sumber: Karki, 2017)

Dalam inti virus HIV terdapat salinan komponen genetik virus RNA sebesar 10 kilo bae dengan kepekaan positif (memiliki genom MNA diploid) bersama dengan enzim protease, integrase, dan reverse transcriptase. Enzim protease, integrase dan reverse transcriptase dikodekan oleh gen pol virus. Selain itu terdapat protein yang dikodekan oleh HIV-1 dan HIV-2, dengan berbagai fungsi pengaturan atau imunomodulasi seperti vif (protein infektivitas virus), vpr (protein virus R), tat (transaktivator transkripsi), rev (pengatur ekspresi protein virus) dan nef (faktor pengatur negatif) (Karki, 2017).

Virus *Human Immunodeficiency Virus* merupakan retrovirus yang termasuk family lentivirus. Secara umum retrovirus mengandung ribonukleat acid (RNA) dan tidak dapat melakukan replikasi diluar sel inang, tetapi dapat menggunakan RNA dan DNA pada sel inang untuk membuat virus DNA melalui transkripsi balik (*reverse transcription*). Setelah berada dalam sel inang, virus akan melepaskan diri dari selubung dan mengeluarkan RNA untuk menggunakan sel inang yang baru untuk replikasi diri lagi. Secara struktur virus HIV memiliki komponen genetik untaian tunggal dalam bentuk ribonukleat acid (RNA). RNA yang terdapat dalam virus dilindungi oleh suatu lapisan yang disebut Kapsid. Virus HIV dalam menginfeksi inang dan proses replikasi membutuhkan peranan enzim. Struktur virus dikelilingi oleh selubung dalam bentuk glikoprotein, yang membantu virus dalam mengidentifikasi dan mengikat target sasarannya.

Siklus Hidup HIV

Siklus hidup virus HIV-1 terdiri dari dua fase. Pada tahap awal terjadi antara masuk ke dalam sel inang dan integrasi ke dalam genom.

Pada tahap akhir ditandai dengan adanya integrasi provirus ke replikasi virus penuh. Salah satu protein virus yang berperan dalam replikasi virus adalah gen nef, yang merupakan salah satu protein pengatur yang terdapat pada lentivirus HIV-1, HIV-2 dan SIV. Protein nef berfungsi pada tahap awal replikasi virus selama interaksi sel yang terinfeksi HIV dan sel CD4+. Replikasi virus menyebabkan penghancuran sistem kekebalan yang berlangsung lambat dan progresif. Siklus hidup virus HIV terdiri dari enam tahap. Tahapan dalam proses replikasi virus ini berlangsung di dalam sel inang (Oladipo & Awoyelu, 2015). Adapun tahapan siklus hidup virus HIV terdiri dari:

1. *Attachment.*
2. *Fusion*
3. *Reverse Transcription*
4. *Integration*
5. *Transcription*
6. *Assembly*
7. *Budding*

Attachment (Binding)

HIV berikatan dengan reseptor CD4+ di luar sel CD4 menggunakan gp120 yang terdapat di permukaan virus dan makrofag, yang memungkinkan untuk masuknya HIV ke dalam sel inang.

Setelah HIV berikatan dengan reseptor, protein lain seperti CCR5 dan CXCR4 diaktifkan untuk menyelesaikan ikatan (fusi) dengan sel. Terdapat empat proses masuknya virus yaitu 1) perlekatan; 2) ikatan dengan CD4, ikatan dengan reseptor dan ikatan dengan membrane. Pengikatan gp120 dengan CD4 dan co-reseptor virus menyebabkan terjadinya perubahan konformasi dan memicu pembentukan “kompleks fusi” yang terdiri dari trimer gp41.

Trimer berperan dalam membrane fusi dan masuknya sel. Setelah fusi, virus melepaskan RNA, dan materi genetik ke dalam sel inang. HIV dapat masuk ke dalam tubuh melalui beberapa kondisi antara lain hubungan seksual, paparan darah, atau penularan dari ibu ke anak, yang selanjutnya mencari sel inang yaitu CD4 untuk bereproduksi. Sel inang yang digunakan adalah sel T CD4 yang digunakan untuk memberi sinyal pertahanan kekebalan. Untuk dapat menginfeksi sel, HIV menempelkan diri melalui protein yang terdapat pada permukaan HIV dan hal tersebut yang menunjukkan adanya keterikatan virus.

Setelah melekat pada sel, HIV menyuntikkan protein sendiri ke dalam cairan seluler (sitoplasma) dari sel-T. Hal ini menyebabkan peleburan (fusi) membran sel ke selubung luar virion HIV. Ini adalah tahap yang dikenal sebagai fusi virus. Setelah menyatu, virus bisa masuk ke sel. Setelah melekat pada sel, HIV menyuntikkan protein sendiri ke dalam cairan seluler (sitoplasma) dari sel-T. Hal ini menyebabkan peleburan (fusi) membran sel ke selubung luar virion HIV. Ini adalah tahap yang dikenal sebagai fusi virus. Setelah menyatu, virus bisa masuk ke dalam sel.

Fusion

Setelah virus HIV menempel pada sel CD4, selanjutnya HIV masuk dan mengeluarkan isinya ke dalam sel CD4. HIV membutuhkan enzim seperti reverse transcriptase atau integrase untuk proses replikasi.

membutuhkan enzim spesifik, seperti reverse transcriptase atau integrase, untuk bereplikasi.

Reverse Transcription

Pada tahap transkripsi terbalik ini melibatkan konversi ribonukleat acid HIV untai tunggal, menjadi deoksiribonukleat acid (DNA) HIV beruntai ganda oleh enzim reverse transcriptase. Untuk dapat masuk ke dalam DNA sel CD4+, RNA HIV harus diubah menjadi DNA. HIV menggunakan materi genetiknya (RNA) untuk bereproduksi dengan membajak mesin genetik sel inang. Dengan melakukan itu, ia dapat menghasilkan banyak salinan dari dirinya sendiri. Prosesnya, yang disebut *virus uncoating*, mengharuskan lapisan pelindung yang mengelilingi RNA dihancurkan.

Integration

Setelah tahap transkripsi terbalik, DNA virus dapat masuk ke dalam inti sel CD4+, dengan peranan enzim virus “integrase” dalam memasukkan DNA virus ke dalam inti sel CD4+. Integrase HIV-1 adalah protein virus yang memiliki beberapa peranan, setelah membalikkan transkripsi genom RNA virus menjadi DNA, integrasi juga berperan dalam mengangkut dan memasukkan DNA virus ke dalam inti sel, serta adanya hubungan dengan salah satu kromosom sel inang. Begitu berada di dalam sel, RNA untai tunggal HIV harus diubah menjadi DNA untai ganda. Ini menyelesaikan ini dengan bantuan enzim yang disebut reverse transcriptase. Proses ini memungkinkan virus mereplikasi diri.

Transcription

DNA baru yang dibentuk oleh integrasi menyebabkan produksi DNA pembawa pesan yang memulai sintesis HIV protein. Vpr adalah protein yang berasosiasi dengan virus dan multifungsi, terlokalisasi dalam sitoplasma serta nukleus sel yang terinfeksi. Vpr juga berfungsi dalam pengaturan replikasi virus, peristiwa seluler seperti transkripsi yang dimediasi NF- κ B, produksi apoptosis dan sitokin. Reseptor utama dalam proses perlekatan terhadap HIV adalah molekul CD4 yang terdapat dalam limfosit T (helper) CD4+, makrofag dan sel mikroglia. Awalnya virus gp120 berikatan dengan molekul CD4 dan kemudian memicu perubahan konformasi pada lapisan sel inang yang memungkinkan pengikatan co-reseptor CCR-5 atau CXCR-4 yang diperlukan untuk fusi antara selubung virus dengan membran sel. Agar HIV dapat membajak mesin genetik sel inang, ia harus mengintegrasikan DNA yang baru terbentuk ke dalam inti sel. Setelah melakukan integrasi, virus HIV menggunakan sel CD4 sebagai pabrik untuk membuat struktur HIV yang

baru. Nukleus melepaskan rantai panjang RNA HIV dan protein yang mengandung informasi untuk membuat HIV baru. Transkripsi melibatkan pembentukan untaian baru RNA virus, dan dapat disebut sebagai *messenger RNA* (mRNA).

Assembly

Setelah melepaskan rantai panjang dari nukleus, enzim protease keluar untuk memecah rantai panjang menjadi susunan yang lebih kecil dan berbaris di sepanjang tepi sel CD4 sebagai persiapan tahap akhir dari siklus hidup HIV. Protease HIV berperan dalam memotong protein prekursor yang besar menjadi protein yang lebih kecil. Protein yang lebih kecil ini bergabung dengan HIV materi genetik untuk membentuk virus HIV baru.

Budding

Setelah terbentuk HIV baru dan berada di sepanjang dinding sel, selanjutnya virus akan keluar dari sel CD4, menjadi lebih matang dan menular serta berusaha untuk menempel ke sel inang yang lain untuk memulai siklus yang baru. Proses perjalanan replikasi satu virion HIV ini terjadi berulang-ulang sehingga dapat menghasilkan salinan virus yang baru setiap hari.

Setelah virion dirakit, mereka melewati tahap akhir dimana virion dewasa benar-benar bertunas dari sel inang yang terinfeksi. Setelah dilepaskan ke sirkulasi bebas, virion ini terus menginfeksi sel inang lain dan memulai siklus replikasi lagi. Rentang hidup rata-rata sel inang penghasil virus pendek, sekitar dua hari. Setiap sel yang terinfeksi dapat menghasilkan rata-rata 250 virion HIV baru sebelum gagal dan mati. Mengganggu setiap tahap siklus hidup dan tahap selanjutnya tidak dapat terjadi, maka virus tidak mungkin berkembang biak dan menyebar (Oladipo & Awoyelu, 2015, Wilkins, 2020; Klatt, 2022).

Patofisiologi

Tubuh manusia memiliki sistem kekebalan yang berfungsi untuk melawan infeksi dan menghancurkan sel abnormal. Salah satu komponen sistem kekebalan yang ada dalam tubuh manusia adalah limfosit. Limfosit merupakan bagian dari hitung diferensial sel darah putih (leukosit). Selain limfosit Hitung diferensial sel darah putih terdiri dari neutrofil, eosinophil, basofil dan monosit. Limfosit dan neutrofil merupakan 80%-90% dari leukosit total dan memberikan informasi yang lebih spesifik terkait infeksi dan proses penyakit.

Limfosit memiliki peran yang penting dalam sistem kekebalan dengan limfosit B dan limfosit T. Limfosit T berperan dalam menentukan respon sistem kekebalan terhadap benda asing, termasuk virus.

Infeksi virus HIV merupakan proses yang terkait dengan siklus hidup virus, lingkungan seluler sel inang dan jumlah virus dalam tubuh yang telah terinfeksi virus HIV. Selanjutnya dalam tubuh, virus tertarik ke dalam sel dengan reseptor CD4 yang sesuai dan menempel melalui fusi membran sel yang rentan atau melalui endositosis yang kemudian masuk ke dalam sel. Virus HIV menginfeksi sel T yang disebut sel pembantu yaitu CD4. Setelah memasuki tubuh inang, virus HIV selanjutnya menginfeksi sel CD4 dan menguasai fungsi sel CD4. Dalam sel CD4 virus HIV memproduksi banyak salinan virus yang baru dengan jumlah yang banyak. CD4 yang telah terinfeksi oleh virus HIV, usia CD4 mengalami penurunan, disertai penurunan jumlah sel secara progresif pada inangnya serta menyebabkan kegagalan dalam perannya sebagai sistem kekebalan tubuh dan rentan terhadap infeksi.

Mekanisme infeksi HIV melalui siklus hidup virus, lingkungan sel inang dan jumlah virus yang terdapat pada seseorang yang terinfeksi HIV. Perjalanan penyakit HIV merupakan suatu proses yang melibatkan tahapan replikasi dan respon sistem kekebalan tubuh individu melalui reaksi yang diperantarai oleh sel dan sistem kekebalan. Target utama virus HIV adalah sel limfosit T CD4 yang teraktivasi melalui interaksi antara CD4, co-receptor, kemokin, CCR5 atau CXCR4.

Patogenesis HIV-1 merupakan suatu proses yang kompleks ditandai dengan adanya interaksi faktor virus dan sel inang. Pada infeksi HIV, perkembangan penyakit berhubungan dengan adanya peningkatan jumlah virus serta peningkatan apoptosis. Pada umumnya sel T Limfosit berkorelasi terbalik dengan tingkat apoptosis, dimana apoptosis sel T Limfosit melibatkan sel yang telah terinfeksi HIV dan sel yang tidak terinfeksi HIV. Untuk bertahan hidup virus HIV menggunakan strategi dalam tubuh individu yang terinfeksi. Protein nef HIV membantu proses infeksi virus melalui fungsi utama yaitu mengubah jalur sinyal sel, meningkatkan infektivitas virus dan mengatur antigen permukaan sel yang terinfeksi.

Protein nef merupakan protein HIV yang penting untuk replikasi virus, perkembangan *acquired immune deficiency syndrome* (AIDS) dan diekspresikan secara berlebihan pada sel inang. Mekanisme infeksi HIV-1 berkaitan dengan tingkat infeksi pada pejamu, infeksi HIV primer, fase kronis HIV tanpa gejala dan proses lanjut dari penyakit HIV. Infeksi HIV merupakan proses yang berkaitan dengan jumlah virion HIV infektif dalam cairan tubuh inang serta jumlah sel yang memiliki reseptor CD4 yang sesuai.

Infeksi HIV-1 primer dimanifestasikan dengan adanya peningkatan viremia virus dan adanya penurunan sel T CD4+. Viremia dapat dibatasi oleh adanya respon oleh CD8+ CTL atau limfosit T sitotoksik spesifik HIV. Infeksi HIV tanpa gejala kronis dapat berhubungan dengan adanya replikasi virus yang berlangsung dinamis dan persisten dengan produksi virion sekitar 10⁸ virion per hari. Replikasi virus menyebabkan penurunan jumlah sel T CD4+ akibat adanya peningkatan kematian sel atau penurunan produksi ion atau keduanya. dikaitkan dengan replikasi virus yang sangat dinamis dan persisten, dengan produksi sekitar 10⁸ virion per hari. Penurunan jumlah CD4 selain terkait dengan peningkatan jumlah virus (viral load), juga secara langsung dan tidak langsung dipengaruhi adanya proses replikasi virus (Oladipo & Awoyelu, 2015, Klatt, 2022).

Tahapan Infeksi HIV

Tahapan infeksi *Human Immunodeficiency* (HIV) menurut Wilkins (2020) terdiri dari fase akut, fase kronik dan fase lanjut infeksi HIV. Adapun uraian tahapan infeksi HIV dapat diuraikan di bawah ini:

Tahap Akut

Tahap akut merupakan minggu awal setelah terinfeksi HIV. Virus berkembang biak, menyebar dengan cepat dan menyerang sel CD4 dengan kecepatan yang signifikan. Peningkatan jumlah virus akan meningkatkan resiko penularan, selain itu tingginya jumlah virus dalam sirkulasi darah menyebabkan penurunan jumlah sel CD4. Pada minggu-minggu awal infeksi (serokonversi) tubuh memproduksi antibodi untuk melawan HIV dan disertai munculnya gejala seperti flu.

Tahap Kronik

Pada tahap kronik, setelah infeksi awal tubuh membentuk antibodi sebagai respon terhadap adanya virus HIV. Pembentukan antibodi ini dapat menekan proses replikasi virus HIV, meskipun virus terus berkembang biak tetapi dengan kecepatan yang berkurang. Pada tahap ini terkadang tanpa disertai gejala tetapi dapat mengalami gejala ringan akibat adanya penurunan jumlah sel CD4.

Tahap Lanjut Infeksi HIV

Infeksi HIV lanjut atau disebut *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) (sebelumnya disebut AIDS). Infeksi HIV tanpa pengobatan dapat terjadi infeksi kronis dan berkembang menjadi stadium lanjut dalam waktu rata-rata 8-10 tahun dan dapat bervariasi yang dipengaruhi oleh faktor virus dan sel inang. Pada tahap lebih lanjut, sistem kekebalan dalam tubuh mengalami kerusakan dan tidak mampu lagi melawan infeksi yang dapat dilawan oleh individu dengan imunokompeten HIV-negatif yang disebut dengan infeksi oportunistik. Orang yang memiliki jumlah sel CD4 < 200 sel/mm³ atau berkembang menjadi infeksi oportunistik tertentu atau kanker yang di diagnosis dengan infeksi HIV lanjut (Wilkins, 2020).

Daftar Pustaka

- A Training Curriculum for Community Health Workers | HIV Fundamentals. HIV Life Cycle and Medications at Work.
<https://targethiv.org/sites/default/files/supporting-files/chw-04-hiv-life-cycle-meds.pdf>
- Klatt, E. C. (2022). Pathobiology of HIV/AIDS. 33rd Edition. Mercer University School of Medicine Savannah, Georgia, USA.
- Gilroy, S. A. (2023). HIV Infection and AIDS. <https://emedicine.medscape.com/article/211316-overview>
- Hidayati, A. N. dkk. (2019). Manajemen HIV/AIDS. Terkini, Komprehensif, dan Multidisiplin. Airlangga University Press. Surabaya, 2019
- Kemenkes RI. (2019). Infodatin HIV/AIDS. Pusat Data dan Informasi. Kementerian Kesehatan RI.
- Karki, G. (2017). Structure, genome and proteins of HIV. Health and Disease, Microbiology, Virology (<https://www.onlinebiologynotes.com/structure-genome-proteins-hiv>)
- Oladipo, E. K and Awoyelu, E. H. (2015). Pathogenesis of HIV to eradication. Applied Science Research, 2015, 6(5):81-87
- Seitz, R. (2016). Human Immunodeficiency Virus (HIV). Transfus Med Hemother. 43 (3): 203-222.
- UNAIDS. (2019). Communities At The Centre Defending Rights Breaking Barriers Reaching People With HIV Services. Global Aids Update.
- Vaillant, J. A. A., Gullick P. G. (2022). HIV Disease Current Practice. StatPearls Publishing. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534860/>)
- Wilkins, T. (2020). HIV 1: epidemiology, pathophysiology and transmission. Nursing Times [online]. Vol 116 Issue 7

Profil Penulis



Zaenal Arifin, Ners., M.Kep., Sp.Kep.MB

Penulis lahir di Blitar pada tanggal 23 November 1970 dan mengawali pendidikan keperawatan pada Akademi Keperawatan (AKPER) Karya Husada Kediri dan lulus pada tahun 1992. Selanjutnya penulis melanjutkan pendidikan jenjang Sarjana dan Profesi Ners pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas

Brawijaya Malang lulus pada tahun 2007. Pada tahun 2012, penulis menyelesaikan pendidikan Magister dan spesialis Keperawatan Medikal Bedah di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Saat ini penulis sebagai dosen di STIKES YARSI Mataram pada departemen Keperawatan Medikal Bedah. Pada departemen Keperawatan Medikal Bedah, fokus peminatan penulis terkait dengan sistem endokrin salah satu diantaranya adalah tentang diabetes mellitus. Sebagai dosen penulis terus berupaya mengembangkan diri dalam pelaksanaan kegiatan tridharma perguruan tinggi yang meliputi pendidikan, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat. Pada bidang pendidikan penulis sebagai pengampu mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah pada Program Studi Ilmu Keperawatan (S1) dan sebagai pembimbing praktik dan praktik klinik Keperawatan Medikal Bedah pada Program Studi Ners.

Email penulis: nifira.z70@gmail.com

RESPON TUBUH TERHADAP PERUBAHAN FISIOLOGI PENYAKIT HIV/AIDS

Kurniati Prihatin, S. Kep., Ners., M. Kep
Stikes Yarsi Mataram

Mekanisme Immunodefisiensi pada Penderita HIV/AIDS

Infeksi HIV menyebabkan terganggunya fungsi sistem imun alamiah dan didapat. Gangguan yang paling jelas adalah pada imunitas seluler, dan dilakukan melalui berbagai mekanisme yaitu efek sitopatik langsung dan tidak langsung (Ana Moise dkk, 2010). Penyebab terpenting kurangnya sel T CD4⁺ antara lain:

1. Pada produksi virus HIV terjadi ekspresi gp41 pada membrane plasma budding partikel virus, yang menyebabkan peningkatan permeabilitas membran plasma dan masuknya sejumlah besar kalsium yang akan menginduksi apoptosis atau *lisis osmotik* akibat masuknya air. Produksi virus dapat mengganggu sintesis dan ekspresi protein dalam sel sehingga menyebabkan kematian sel.
2. DNA virus yang terdapat bebas di sitoplasma dan RNA virus dalam jumlah besar bersifat toksik terhadap sel tersebut.

3. Membran plasma sel T yang terinfeksi HIV akan bergabung dengan sel T CD4⁺ yang belum terinfeksi melalui interaksi gp120-CD4, dan akan membentuk *multinucleated giant cells* atau *syncytia*. Proses ini menyebabkan kematian sel-sel T yang bergabung tersebut. Fenomena ini banyak diteliti in vitro, dan syncytia jarang ditemukan pada pasien AIDS.

Awalnya HIV menginfeksi sel T dan makrofag secara langsung atau dibawa ke sel-sel tersebut oleh sel Langerhans. Replikasi virus di nodus limfatik regional akan menyebabkan viremia dan penyebaran luas ke jaringan limfe. Viremia dikontrol oleh respon imun host dan pasien kemudian memasuki fase klinis laten. Pada fase ini terjadi kontrol terhadap replikasi virus tetapi replikasi virus sel T dan makrofag akan terus terjadi. Kemudian terjadi penurunan sel T CD4 secara bertahap karena infeksi produktif. Akhirnya, pasien mengalami gejala-gejala klinis (tahap AIDS) .

Selain efek sitopatik langsung, terdapat beberapa mekanisme tindak langsung yang mengakibatkan gangguan jumlah dan fungsi sel T yaitu:

1. Sel yang tidak terinfeksi HIV akan teraktivasi secara kronik oleh infeksi lain yang mengenai pasien HIV dan oleh sitokin yang terbentuk pada infeksi lain tersebut. Aktivasi ini diikuti apoptosis yang disebut dengan *activation-induced cell death*. Mekanisme ini menjelaskan terjadinya kematian sel T yang jumlahnya jauh melebihi sel terinfeksi HIV.
2. Sel T sitotoksik yang spesifik HIV terdapat pada banyak pasien AIDS. Sel ini dapat membunuh sel T CD4⁺ yang terinfeksi HIV.

3. Antibodi terhadap protein *envelope* HIV dapat berikatan dengan sel T CD4⁺ yang terinfeksi dan menyebabkan *antibody-dependent cell-mediated cytotoxicity* (ADCC).
4. Penempelan gp120 pada CD4 intrasel yang baru disintesis akan mengganggu pemrosesan protein di retikulum endoplasma dan menghambat ekspresi CD4 di permukaan sel, sehingga tidak dapat merespon stimulasi antigen.
5. Terjadi gangguan maturasi sel t CD4⁺ di timus.

Gangguan sistem imun pada pasien HIV dapat dideteksi bahkan sebelum terjadi kekurangan sel T CD4⁺ yang signifikan. Gangguan ini mencakup penurunan respon sel T memori terhadap antigen, penurunan respon sel T sitotoksik terhadap infeksi virus dan lemahnya respons imun humoral terhadap antigen walaupun kadar IgE total mungkin meningkat. Disregulasi produksi sitokin pada infeksi HIV juga akan mengakibatkan aktivasi sel TCD4 cenderung ke arah aktivasi sel T_H2. yaitu aktivasi imunitas humoral sel B0. Terjadi aktivasi sel B poliklonal sehingga kadar immunoglobulin serum meningkat, yang dapat mengakibatkan pula produksi autoantibody dengan akibat timbulnya penyakit autoimun seperti purpura trombositopenik idiopatik dan neutropenia imun. Aktivasi poliklonal sel B ini juga dapat membuat sel B menjadi refrakter sehingga tidak dapat bereaksi dengan antigen baru (Mingquan, 2010).

Mekanisme terjadinya gangguan ini masih belum jelas. Dikatakan bahwa gangguan ini akibat efek langsung HIV terhadap sel T CD4⁺ dan efek gp120 yang berikatan dengan sel yang tidak terinfeksi. CD4 yang berkaitan dengan gp120 tidak dapat berinteraksi dengan MHC kelas II pada APC, sehingga respons sel T terhadap antigen dihambat. Selain itu, penempelan gp120 pada CD4 ini akan

mengeluarkan sinyal untuk menurunkan fungsi sel t. beberapa studi menunjukkan bahwa proporsi sel T_H1 (mensekresi IL-2 dan IFN- γ) menurun dan proporsi sel *TH2-like* (mensekresi IL-4 dan IL-10) meningkat pada pasien HIV. Perubahan ini dapat menjelaskan kerentanan pasien HIV terhadap infeksi mikroba intraseluler karena IFN- γ berperan untuk aktivasi, sedangkan IL-4 dan IL-10 untuk menghambat pemusnahan mikroba oleh makrofag (Taylor dkk, 2010).

Makrofag mengekspresikan CD4 jauh lebih sedikit dibandingkan sel T_H , tetapi mengekspresikan koreseptor CCR5 sehingga rentan terhadap infeksi HIV. Beberapa strain HIV cenderung menginfeksi makrofag karena prediksi ikatan dengan koreseptor CCR5 di makrofag daripada koreseptor CXCR4 pada sel T. makrofag relative resisten terhadap efek sitopatik HIV, mungkin karena diperlukan ekspresi CD4 yang tinggi untuk terjadinya *virus-induced cytotoxicity*. Makrofag juga terinfeksi melalui fagositosis sel terinfeksi namun sulit dibunuh oleh virus, makrofag menjadi reservoir HIV. Makrofag yang terinfeksi HIV akan terganggu fungsinya dalam hal presentasi antigen dan sekresi sitokin (Justin dkk, 2010).

Seperti makrofag, sel dendrit tidak secara langsung dirusak oleh infeksi HIV. Sel dendrit dan makrofag dapat menginfeksi sel T naïf selama proses presentasi antigen sehingga dianggap sebagai jalur yang penting dalam kerusakan sel T. Sel dendritik folikular (FDC) di kelenjar getah bening dan limpa menangkap HIV dalam jumlah besar di permukaannya, sebagian melalui ikatan virus dan antibodi. Meskipun FDC tidak terinfeksi, namun secara efisien berkontribusi dalam patogenesis defisiensi imun melalui virus HIV yang terikat di permukaan selnya dan mampu menginfeksi makrofag dan sel TCD4 di kelenjar getah bening. Sel ini turut berperan pada imunodefisiensi akibat HIV melalui 2 cara. Pertama,

permukaan sel ini merupakan reservoir HIV sehingga dapat menginfeksi makrofag dan sel T CD4⁺ di kelenjar getah bening. Kedua, fungsi sel ini dalam respons imun terganggu sehingga pada akhirnya sel ini juga akan dihancurkan oleh HIV (Judarwanto, 2010).

Disamping itu, meskipun jumlah sel T CD4 belum layak menurun, fungsinya sudah terganggu. Hal ini disebabkan karena antara lain sel APC (*antigen presenting cell*) yang sudah terinfeksi HIV tidak dapat mempresentasikan antigen lagi sehingga sel T CD4 tidak terstimulasi. Lagipula, molekul gp120 dan gp41 virus mempunyai struktur yang homolog dengan domain molekul MHC kelas II, akibatnya antibodi yang terbentuk terhadap molekul gp120 dan gp41 virus akan bereaksi silang dengan molekul MHC kelas II yang terdapat pada sel APC, sehingga sel APC tidak dapat mempresentasikan antigen dan sel TCD4 tidak terstimulasi (Hong & Chess, 2010).

Respon Imun terhadap HIV

Pada pasien HIV terjadi respon imun humoral dan seluler terhadap produk HIV. Respons awal terhadap infeksi HIV serupa dengan pada infeksi virus lainnya dan dapat menghancurkan sebagian besar virus di dalam darah dan sel T yang bersirkulasi. Kendati demikian, respon imun ini gagal untuk menghilangkan semua virus, dan selanjutnya infeksi HIV mengalahkan sistem imun pada sebagian besar individu (Judarwanto, 2010).

Respons imun awal terhadap infeksi HIV mempunyai karakteristik ekspansi masil sel T sitotoksik CD8⁺ yang spesifik terhadap protein HIV. Respons antibodi terhadap berbagai antigen HIV dapat dideteksi dalam 6-9 minggu setelah infeksi, namun hanya sedikit bukti yang menunjukkan bahwa antibodi mempunyai efek yang bermanfaat untuk mengontrol infeksi. Molekul HIV yang menimbulkan respons antibodi terbesar adalah

glikoprotein envelope, sehingga terdapat titer anti-gpl 20 dan anti gpl 41 yang tinggi pada sebagian besar pasien HIV. Antibody *anti-envelope* merupakan inhibitor yang buruk terhadap infektivitas virus atau efek sitopatik. Terdapat antibodi netralisasi dengan titer rendah pada pasien HIV. Antibodi netralisasi ini dapat menginaktivasi HIV in vitro. Terdapat pula antibodi yang memperantarai ADCC. Semua antibody ini spesifik terhadap gpl20. Belum ditemukan korelasi antara titer antibodi dengan keadaan klinis (Judarwanto, 2010) (Johnston dkk, 2010) (Taylor dkk, 2010).

Kegagalan respons imun seluler dan humoral untuk mengatasi infeksi HIV disebabkan berbagai faktor. Karena gangguan dalam hal jumlah dan fungsi sel T CD4⁺, respons imun tidak mampu mengeliminasi virus. Selain itu, HIV mempunyai berbagai cara untuk menghindari imunitas tubuh.

1. HIV mempunyai tingkat mutasi yang sangat tinggi sehingga HIV dapat menghindari deteksi oleh antibodi atau sel T yang terbentuk. Diperkirakan pada seseorang yang terinfeksi, mutasi titik (*point mutation*) pada genom virus dapat terjadi setiap hari. Satu area protein pada molekul gpl20 yang disebut *V3 loop* mampu mengubah komponen antigennya, dan dapat bervariasi walaupun bahannya diambil dari individu yang sama pada waktu yang berbeda.
2. Sel terinfeksi HIV dapat menghindari sel T sitotoksik dengan cara *down-regulation* ekspresi molekul MHC kelas I. Protein HIV *Nef* menghambat ekspresi molekul MHC kelas I, khususnya HLA-A dan HLA-B, dengan cara meningkatkan internalisasi molekul-molekul tersebut.

3. Infeksi HIV dapat menghambat imunitas seluler. Sel T_H2 yang spesifik untuk HIV dan mikroba lain dapat meningkat secara relatif terhadap sel T_H1 . Karena sitokin T_H2 menghambat imunitas seluler, hasil dari ketidakseimbangan ini adalah disregulasi (disebut juga deviasi imun) yang meningkatkan kerentanan pejamu terhadap infeksi mikroba intraseluler, termasuk HIV itu sendiri.

HIV terutama menginfeksi limfosit CD4 atau helper (Th), sehingga dari waktu ke waktu jumlahnya akan menurun, demikian juga fungsinya akan semakin menurun. Sel Th mempunyai peranan sentral dalam mengatur sistem imunitas tubuh. Bila teraktivasi oleh antigen, sel Th akan merangsang baik respon imun seluler maupun respon imun humoral, sehingga seluruh sistem imun akan terpengaruh. Namun yang terutama sekali mengalami kerusakan adalah sistem imun seluler. Jadi akibat HIV akan terjadi gangguan jumlah maupun fungsi sel Th yang menyebabkan hampir keseluruhan respon imunitas tubuh tidak berlangsung normal (Emil, 2010).

Untuk mengatasi organisme intraseluler seperti parasit, jamur dan bakteri intraseluler yang paling diperlukan adalah respon imunitas yang disebut Cell Mediated Immunity (CMI). Fungsi ini dilakukan oleh sel makrofag dan CTLs (*Cytotoxic T Lymphocyte* atau TC), (*Natural Killer*), yang berfungsi membunuh sel yang terinfeksi virus atau sel ganas secara direk non spesifik, disamping secara spesifik membunuh sel yang dibungkus oleh antibodi melalui mekanisme *antibody dependent cell mediated cytotoxicity (ADCC)*. Mekanisme ini tidak berjalan seperti biasa akibat HIV. Sel Th jumlah dan fungsinya akan menurun. Pada umumnya penyakit indikator AIDS tidak terjadi sebelum jumlah CD4 mencapai 200/uL bahkan sebagian besar setelah CD4 mencapai 100/uL (Pangkawira dkk, 2009).

Imunitas humoral adalah dengan pembentukan antibodi oleh sel plasma yang berasal dari limfosit B, sebagai akibat sitokin yang dilepaskan oleh limfosit CD4 yang teraktivasi. Sitokin IL-2, BCGF (*B Cell growth factors*) dan BCDF (*B cell differentiation factors*) akan merangsang limfosit B tumbuh dan berdiferensiasi menjadi sel plasma. Dengan adanya antibodi diharapkan akan meningkatkan daya fagositosis dan daya sel makrofag dan neutrofil melalui proses opsonisasi (Judarwanto, 2010).

Respon Sistem Organ pada Penderita HIV/AIDS

Menurut Smeltzer (2013) manifestasi klinis penyakit HIV AIDS menyebar luas dan pada dasarnya dapat mengenai setiap sistem organ. Penyakit yang berkaitan dengan infeksi HIV dan AIDS terjadi akibat infeksi, malignansi, dan atau efek langsung HIV pada jaringan tubuh, pembahasan berikut ini dibatasi pada manifestasi klinis akibat infeksi HIV berat yang paling sering ditemukan.

1. Respiratori dan Kardiovaskular

Pneumonia pneumocystis carinii. Gejala napas pendek, sesak nafas (dipsneu), batuk, nyeri dada dan demam akan menyertai berbagai infeksi oportunistik seperti yang disebabkan oleh mycobacterium avium intracellulare (MAI) sitomegalovirus (CMV) dan legionella. Walaupun begitu, infeksi yang paling sering ditemukan pada penderita AIDS adalah pneumonia pneumocystis carinii (PPC) yang merupakan penyakit oportunistik pertama yang dideskripsikan berkaitan dengan AIDS.

Gambaran klinik PCP pada pasien AIDS umumnya tidak begitu akut bila dibandingkan dengan pasien gangguan kekebalan karena keadaan lain. Periode waktu antara awitan gejala dan penegakan diagnosis yang benar bisa beberapa minggu hingga beberapa

bulan. Penderita AIDS pada mulanya hanya memperlihatkan tanda-tanda dan gejala yang tidak khas seperti demam, menggigil dan batuk non produktif, napas pendek, dispnea dan terkadang nyeri dada. Konsentrasi oksigen dalam darah arterial pada pasien yang bernapas dengan udara dalam ruangan dapat mengalami penurunan yang ringan; keadaan ini menunjukkan keadaan hipoksemia minimal. Bila tidak diatasi, PCP akan berlanjut dengan menimbulkan kelainan paru yang signifikan dan pada akhirnya kegagalan pernapasan.

Penyakit kompleks mycobacterium avium (MAC; mycobacterium avium complex) yaitu suatu kelompok kecil tahan asam, biasanya menyebabkan infeksi pernapasan kendati juga sering dijumpai dalam traktus gastrointestinal, nodus limfatik dan sumsum tulang. Sebagian besar pasien AIDS sudah menderita penyakit yang menyebar luas ketika diagnosis ditegakkan dan biasanya dengan keadaan umum yang buruk.

Berbeda dengan infeksi oportunistik lainnya, penyakit tuberculosis cenderung terjadi secara dini dalam perjalanan infeksi HIV dan biasanya mendahului diagnosa AIDS. Dalam stadium infeksi HIV yang lanjut penyakit TB disertai dengan penyebaran ke tempat-tempat ekstrapulmoner seperti sistem saraf pusat, tulang, pericardium, lambung, peritoneum, dan skrotum.

HIV juga dilaporkan dapat meningkatkan resiko hipertensi arteri paru-paru atau pulmonary arterial hypertension (PAH). PAH adalah jenis tekanan darah tinggi di arteri yang memasok darah ke paru-paru. Seiring waktu, PAH akan membebani jantung.

2. Gastrointestinal

Manifestasi gastrointestinal penyakit AIDS mencakup hilangnya selera makan, mual, muntah, vomitus, kandidiasis oral, serta esophagus, dan diare kronis. Bagi pasien AIDS, diare dapat membawa akibat yang serius sehubungan dengan terjadinya penurunan berat badan yang nyata (lebih 10% berat badan), gangguan keseimbangan cairan dan elektronik, ekskoriiasi kulit perinatal, kelemahan dan ketidakmampuan untuk melakukan kegiatan yang biasa dilakukan dalam kehidupan sehari-hari.

Infeksi umum yang sering timbul adalah oral thrush, yang meliputi peradangan pada lapisan putih di lidah. Oral thrush juga bisa menyebabkan radang esophagus, yang dapat membuat penderita sulit makan. Infeksi lain yang juga dapat mempengaruhi organ mulut adalah oral hairy leukoplakia yang dapat menyebabkan lesi putih di lidah.

Infeksi salmonella dapat menyebar melalui makanan dan minuman yang terkontaminasi dan dapat menyebabkan diare, sakit perut serta muntah. Dengan adanya penyakit HIV makan penderita akan beresiko lebih tinggi mengalami komplikasi serius akibat infeksi ini. Infeksi ini mempengaruhi saluran empedu dan usus. Bagi penderita AIDS, infeksi cryptosporidiosis dapat menyebabkan diare kronis.

3. Sarkoma

Sarkoma kaposi yaitu kelainan malignansi yang berkaitan dengan HIV yang paling sering ditemukan merupakan penyakit yang melibatkan lapisan endotel pembuluh darah dan limfe. Kaposi yang berhubungan dengan AIDS memperlihatkan penyakit yang lebih agresif dan beragam yang berkisar mulai dari lesi kutaneus setempat hingga kelainan yang menyebar

dan mengenai lebih dari satu organ. Lesi kutaneus yang dapat timbul pada setiap tubuh biasanya berwarna merah muda kecoklatan hingga ungu gelap. Lesi dapat datar atau menonjol dan dikelilingi oleh ekimosis (bercak-bercak perdarahan) serta edema. Lokasi dan ukuran beberapa lesi dapat menurunkan statis aliran vena, limfedema serta rasa nyeri.

Lesi ulserasi akan merusak integritas kulit dan meninggalkan ketidaknyamanan pasien serta kerentanan terhadap infeksi. Limfoma sel-B merupakan malignansi paling sering kedua yang terjadi diantara pasien-pasien AIDS. Limfoma yang berhubungan dengan AIDS cenderung berkembang di luar kelenjar limfe, dimana limfoma ini paling sering dijumpai pada otak, sumsum tulang dan gastrointestinal.

4. Neurologic

Ensefalopati HIB disebut juga sebagai kompleks demensia AIDS. HIV ditemukan dengan jumlah yang besar dalam otak maupun cairan serebrospinal pasien-pasien ADC (AIDS dementia complex). Sel-sel otak yang terinfeksi HIV didominasi oleh sel-sel CD4+ yang berasal dari monosit/makrofag. Infeksi HIV diyakini akan memicu toksin atau limfokin yang mengakibatkan disfungsi seluler atau yang mengganggu fungsi neurotransmitter dibanding menyebabkan kerusakan seluler. Keadaan ini berupa syndrome klinis yang disertai oleh penurunan progresif pada fungsi kognitif, perilaku dan motorik. Tanda-tanda dan gejala yang samar-samar serta sulit dibedakan dan kelelahan, depresi atau efek terapi yang merugikan terhadap infeksi dan malignansi. Manifestasi dini mencakup gangguan daya ingat, sakit kepala, kesulitan berkonsentrasi, konfusi progresif, perlambatan psikomotorik, apatis dan ataksia.

Stadium lanjut mencakup gangguan kognitif global kelambatan dalam respon verbal, gangguan paraparesis spastik, psikologis, halusinasi, tremor, inkontinensia, serangan kejang, mutisme dan kematian. Infeksi jamur *Cryptococcus neoformans* merupakan infeksi oportunistik paling sering keempat yang terdapat di antara pasien-pasien AIDS dan penyebab paling sering ketiga yang menyebabkan kelainan neurologic. Meningitis kriptokokus ditandai dengan gejala seperti demam, sakit kepala, keadaan tidak enak badan (*malaise*), kaku kuduk, mual, vomitus, perubahan status mental, dan kejang-kejang. Kelemahan neurologic lainnya berupa neuropati perifer yang berhubungan dengan HIV diperkirakan merupakan kelainan demielinasi dengan disertai rasa nyeri serta mati rasa pada ekstremitas, kelemahan, penurunan reflex tendon yang dalam, hipotensi ortostatik dan impotensi.

5. Struktur Integumen

Manifestasi kulit menyertai HIV dan infeksi oportunistik serta malignansi yang mendampinginya, infeksi oportunistik seperti herpes zoster dan herpes simpleks akan disertai dengan pembentukan vesikel nyeri yang merusak integritas kulit. Moluskum kontagiosum merupakan infeksi virus yang ditandai oleh pembentukan plak yang disertai deformitas. Dermatitis seboroika akan disertai ruam yang difus, bersisik dan indurasi yang mengenai kulit kepala serta wajah. Penderita AIDS juga dapat memperlihatkan flokulasi menyeluruh yang disertai dengan kulit yang kering dan mengelupas atau dengan dermatitis atopik seperti eksim atau psoriasis. Hingga 60% penderita yang diobati dengan trimetoprim sulfametoksazol (TMP/SMZ) untuk mengatasi pneumonia pneumocystis carinii akan

mengalami ruam yang berkaitan dengan obat dan berupa pleuritis yang disertai pembentukan papula serta macula berwarna merah muda. Terlepas dari penyebab ruam ini pasien akan mengalami gangguan rasa nyaman dan menghadapi peningkatan risiko untuk penderita infeksi tambahan, akibat rusaknya keutuhan kulit.

Daftar Pustaka

- Smeltzer, S. C & Bare, B. G. (2013). *Buku Ajar Keperawatan medikal Bedah Brunner & Suddarth*, edisi 8. Jakarta: EGC.
- Judarwanto, W. Infeksi HIV Pada Anak. <http://www.childrenallergyclinic.wordpress.com>. Diakses tanggal 24 Februari 2022.
- Ana Moise, Filofteia Daniela Nedelcu, Maria Adela Toader, Steluta Mihaela Sora, Anca Tica, Denisa Elena Ferastraoaru, and Ileana Constantinescu. Primary immunodeficiencies of the B Lymphocyte. *Journal of Medicine and Life: (3),1*. 2010.
- Infeksi HIV. http://medicastore.com/penyakit/33/infeksi_hiv.htm. Diakses tanggal 8 Februari 2022.
- Pangkawira E, Kiki M.K. Samsi. Vaksin HIV: Harapan atau Khayalan? *CDK 170*.2009. 36:(4) p251 – 255.
- Zheng Mingquan, Alistair J. Ramsay, Myles B. Robichaux, Karen A. Norris, Corrine Kliment, Christopher Crowe, Rekha R. Rapaka, Chad Steele, Florencia McAllister, Judd E. Shellito, Luis Marrero, Paul Schwarzenberger, Qiu Zhong, and Jay K. Kolls. CD4+ T Cell-Independent DNA Vaccination Against Opportunistic Infections. *J. of Clinical Investigation 115* (12). 2010. Diakses dari <http://www.jci.org>. 12 Mei 2020.
- Johnston, Margaret I. And Anthony S. Fauci. An HIV Vaccine – Challenges and Prospects. *N.Engl. J. Med.* 39: 9. 2010. Diakses dari www.nejm.org. 5 juni 2020.
- Taylor Barbara S., Magdalena E. Sobieszky, Francine E. McCutchan, and Scott M. Hammer. The Challenge of HIV-1 Subtype Diversity. *N.Engl. J. Med.* 358:15 www.nejm.org. 2008. Diakses tanggal 10 Mei 2020.
- Unanue Emil R. Viral Infections and Nonspecific Protection – Good or Bad ? *N.Engl. J. Med.* 357:13 www.nejm.org. 2010. Diakses tanggal 11 Mei 2020
- Jiang Hong and Leonard Chess. Regulation of Immune Response by T Cells. *N.Engl. J. Med.* 354:11 www.nejm.org. 2010. Diakses tanggal 8 Mei 2020

Profil Penulis



Kurniati Prihatin, S. Kep., Ners., M. Kep

Lahir di Ampenan 28 Maret 1988, Lombok, Provinsi Nusa Tenggara Barat, Lulus S1 Keperawatan pada tahun 2010 dan menyelesaikan studi profesi Ners pada tahun 2012 di STIKES Yarsi Mataram, penulis mulai bekerja di STIKES Yarsi Mataram bekerja sebagai

Dosen di Prodi D3 Keperawatan sejak 2013 hingga saat ini. Penulis telah menyelesaikan menyelesaikan pendidikan strata dua (S2) keperawatan peminatan keperawatan medikal bedah di Universitas Muhammadiyah Jakarta dengan judul tesis Pengaruh *Self Efficacy* dan Dukungan keluarga Terhadap Kepatuhan Terapi Penderita CHF. Dari tahun 2018 penulis fokus melakukan penelitian dan pengabdian tentang kasus-kasus kardiovaskular. Penulis juga aktif dalam organisasi Profesi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI).

Email Penulis: syaefaturrahman@gmail.com

PERAWATAN KELOMPOK KHUSUS/RENTAN PASIEN DENGAN PENYAKIT HIV/AIDS (ODHA)

Ns. Ni Luh Seri Astuti, S.Kep., M.Kep
STIKES Advaita Medika Tabanan

Pendahuluan

Orang yang menderita HIV/AIDS adalah salah satu kelompok rentan atau kelompok khusus. Hal ini disebabkan karena klien dengan HIV/AIDS memiliki hambatan dan keterbatasan secara fisik, mental dan sosial sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan dasar dalam hidupnya dan memerlukan bantuan khusus dari orang lain. Rekomendasi Studi Respons Sektor Kesehatan Indonesia terhadap HIV dan AIDS tahun 2011 menggarisbawahi perlunya membangun layanan pencegahan, pengobatan, perawatan dan dukungan HIV yang berkelanjutan. Berkolaborasi dengan komunitas atau masyarakat untuk mempercepat perluasan layanan medis yang terdesentralisasi, terintegrasi dan efisien. Selain itu, perlu juga dikembangkan kemitraan dengan entitas di luar bidang kesehatan, terutama dengan LSM, komunitas/kerangka kerja, orang dengan HIV dan populasi kunci sesuai dengan support sistem yang ada di wilayah tersebut (Tyas and Handayani 2010).

Menurut *International Council of Nurse*, tanggung jawab perawat meliputi promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan pengentasan penderitaan. Perawat memiliki tugas untuk menjaga hubungan persahabatan dengan tim terapeutik termasuk pasien, keluarga pengasuh informal, pengasuh profesional dan sukarelawan. Meskipun penyakit HIV/AIDS saat ini belum dapat disembuhkan namun, perawat dapat mengambil langkah-langkah untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dengan HIV/AIDS. HIV merupakan penyakit kronis yang memerlukan perawatan yang berkelanjutan. Tim perawat harus berpusat pada pasien terkoordinasi, multidisiplin, multi professional, dan mahir dalam dukungan manajemen diri. Perawat perlu mengambil inisiatif dalam membangun hubungan yang baik antara klien dan keluarganya (Spencer et al. 2019).

Orang dengan HIV/AIDS memiliki gejala tertentu seperti kecemasan, nyeri, depresi yang perlu mendapatkan perawatan yang tepat agar kondisi kesehatan pasien tidak menurun. Perawatan yang tepat tentu akan meningkatkan kualitas hidup pasien. Perawatan pasien dengan HIV/AIDS, harus mendapatkan perawatan yang berkesinambungan yang melibatkan dukungan dan pengobatan. Dukungan utama yang diberikan adalah dukungan psikologis, dukungan keluarga, perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) serta perkembangan keadaan kesehatannya (Chinyandura et al. 2022).

Konsep Intervensi Keperawatan yang dapat Meningkatkan Kualitas Hidup Orang dengan HIV/AIDS

Penulis merekomendasikan beberapa konsep perawatan yang dapat diberikan kepada pasien dengan HIV/AIDS diantaranya adalah dukungan psikologis, dukungan keluarga, Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS),

kepatuhan pengobatan, pendidikan dan konseling kesehatan yang efektif dan aktivitas fisik (Gaúcha et al. 2014).

1. Konsep Perawatan Dukungan Psikologis

Masalah psikososial yang sering dialami oleh pasien HIV/AIDS adalah menarik diri, gangguan sosialisasi, gangguan peran dan kekhawatiran dengan hubungan pasangannya. Kondisi ini akan menyebabkan timbul adanya perasaan terisolasi dari pasien sendiri. Adanya perasaan terisolasi ini karena masih adanya stigma dari masyarakat sehingga pasien tersisih dari proses sosialisasi (Rouleau et al. 2019).

Psikososial adalah aspek yang terdiri dari fisik dan sosial yang terjadi pada individu. Karakteristik domain psikososial ini ditandai dengan adanya hubungan yang dinamis antara faktor fisik dan sosial saling berinteraksi dan mampu mempengaruhi satu sama lain. Psiko dan sosial merupakan kata yang membentuk psikososial. Psiko merupakan aspek individu yang berupa pikiran, perasaan dan perilaku sedangkan sosial merupakan hubungan eksternal individu dengan orang-orang sekitarnya. Sehingga dapat disimpulkan bahwa psikososial erat kaitannya dengan relasi sosial yang mencakup psikologis dan adanya relasi kehidupan sosial seseorang dalam masyarakat (Sianturi et al. 2020).

Tujuan pemberian dukungan psikososial bagi penderita HIV/AIDS adalah untuk meredakan kecemasan atau kondisi stress yang muncul terkait sakit yang dideritanya sehingga pasien menjadi lebih tenang dan mampu meningkatkan kualitas hidup pasien.

Manajemen masalah psikososial pada pasien HIV/AIDS merupakan hal yang penting. Salah satunya adalah menerapkan strategi koping adaptif. Pasien melakukan kegiatan seperti rajin beribadah. Kegiatan beribadah mampu mengurangi kecemasan dan meningkatkan ketenangan. Pasien HIV/AIDS yang tidak lagi cemas dan merasa lebih tenang maka akan mudah untuk beradaptasi dan menyesuaikan diri. Perawat juga diharapkan mampu memberikan dukungan psikologis dengan memberikan obat pereda nyeri serta perawat juga memerlukan waktu lebih banyak untuk berdiskusi dengan pasien HIV/AIDS agar pasien mampu mengungkapkan kekhawatiran dengan jelas (Sinanaj, Harxhi, and Subashi 2018).



Gambar 5.1. Kegiatan beribadah mampu meningkatkan ketenangan pasien HIV

2. Dukungan Keluarga

Keluarga merupakan unit yang paling terdekat dengan individu termasuk pasien HIV/AIDS. Peran penting keluarga bagi pasien HIV/AIDS adalah memelihara kesehatan anggota keluarganya. Dukungan keluarga bisa ditunjukkan berupa sikap, tindakan dan penerimaan terhadap anggota keluarga agar anggota keluarga merasa diterima terutama pada keluarga dengan HIV/AIDS (Spencer et al. 2019).

Fungsi keluarga bagi pasien dengan HIV/AIDS adalah menurunkan kesakitan dan mempercepat proses pemulihan dari suatu penyakit dengan cara memberikan dukungan bagi anggota keluarga yang sakit. Kondisi kesehatan anggota keluarga yang sakit akan dipengaruhi oleh baik buruknya dukungan keluarga karena anggota keluarga yang sakit membutuhkan dorongan dari luar dirinya untuk menjaga dan meningkatkan kesehatannya. Pasien HIV/AIDS akan menjalani kehidupan yang terasa sulit karena mengalami perubahan pada berbagai kondisi seperti kondisi fisik, tekanan emosi dan psikologis serta perubahan yang berkaitan dengan perkembangan penyakitnya (Winnie and Lingzhi 2021).

Aspek yang paling memudahkan dalam memberikan dukungan keluarga terhadap pasien adalah kejujuran. Kejujuran dalam mengungkapkan penyakit akan mempermudah keluarga dalam memberikan dukungan yang dibutuhkan. Dukungan keluarga yang baik akan berdampak positif bagi pekerjaan, psikologis, sosial sehingga membantu untuk meningkatkan kesehatan. Pasien yang mendapatkan dukungan keluarga yang baik akan memiliki kualitas hidup yang baik (Vollandes 2009).

Dukungan keluarga juga memiliki peran penting terhadap kepatuhan penderita HIV/AIDS untuk menjalani *Antiretroviral Therapy* (ART). Pasien yang memiliki hubungan yang baik dengan keluarga maka mereka akan patuh menjalankan ART hanya sebagian kecil saja pasien akan menghentikan ART. Namun, pasien yang menyembunyikan statusnya kebanyakan dari mereka akan merasa hidupnya tidak berguna dan bisa saja berhenti ART kapan saja. Sehingga bagi pasien yang mendapatkan dukungan keluarga, maka

hambatan yang dijumpai selama pengobatan akan tidak terlalu berdampak kepada pasien. Dukungan keluarga juga bisa tercermin melalui dukungan teman sebaya. Teman sebaya mampu membantu untuk mengurangi rasa takut dan bisa memberdayakan mereka. Adanya teman sebaya akan membuat pasien untuk merasa tidak sendirian lagi dan menghubungkan mereka dengan perawatan HIV yang lebih baik (Silva and Lecour 2011).



Gambar 5.2. Pendampingan pasien oleh keluarga dengan HIV/AIDS

3. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Teori Bloom menyebutkan ada 4 pilar yang mempengaruhi derajat kesehatan seseorang yakni keturunan, lingkungan, pelayanan kesehatan. Perilaku merupakan hal yang paling penting mempengaruhi derajat kesehatan setelah lingkungan. Sehat atau tidaknya status individu dipengaruhi oleh faktor perilaku manusia itu sendiri. Demikian juga dengan pasien HIV/AIDS bahwa perilaku yang sehat akan ditunjukkan dari hasil pemahaman pasien terhadap hal tersebut.

Terdapat beberapa faktor perilaku yang mempengaruhi kondisi kesehatan dari pasien dengan HIV/AIDS yakni kepatuhan dalam pengobatan dan perawatan kesehatan. Kepatuhan dalam menjalani pengobatan ditandai dengan kepatuhan menjalani pengobatan dengan Antiretroviral (ARV) yang merupakan sebuah upaya dalam menjaga kondisi kesehatan. Perawatan kesehatan juga termasuk salah satu aspek yang mempengaruhi perilaku. Perawatan kesehatan memiliki beberapa faktor yang mempengaruhi diantaranya adalah pengetahuan, sikap, emosi, persepsi, dan dinamika kekuatan diantara pasangan. Pengetahuan merupakan faktor yang paling penting karena dijadikan sebagai penentu keberhasilan faktor lain. Pengetahuan tentang perawatan kesehatan berpengaruh pada perilaku tentang meningkatkan kekebalan tubuh untuk meningkatkan kualitas kesehatan. Selain itu, HIV/AIDS melahirkan sebuah tantangan besar bagi petugas kesehatan karena keterbatasan sumber daya dan infrastruktur serta tingkat ekonomi, sosial dan pendidikan yang rendah dari sebagian pasien penderita HIV/AIDS. Oleh karena itu pedoman tentang praktik kebersihan yang tepat sangat penting untuk semua orang terutama sekali untuk orang yang mengalami gangguan kekebalan akibat infeksi HIV (Ajisegiri et al. 2019).

Mencuci tangan adalah salah satu tindakan yang mempromosikan kebersihan karena dapat menghentikan penularan patogen yang menyebabkan berbagai penyakit. Beberapa studi menunjukkan bahwa kebersihan tangan mencegah terjadinya infeksi dan durasi diare secara signifikan. Ini merupakan intervensi yang tepat bagi penderita HIV/AIDS karena diare dan infeksi oportunistik sering terjadi dan peningkatan beban virus dan penurunan limfosit T

CD4. Mandi setiap hari mampu membersihkan tubuh karena mampu menghilangkan flora sementara dari mikroorganisme yang menumpuk di kulit sepanjang hari. Tindakan ini membutuhkan penggunaan air yang diolah dan sanitasi yang layak yang meliputi: 1) pengumpulan dan pengolahan limbah, 2) pembersihan jalan, 3) pengelolaan limbah padat, 4) pengendalian hama.



Gambar 5.3. Mencuci tangan penting bagi semua orang terutama penderita HIV/AIDS

Kebersihan rongga mulut juga diperlukan dalam menghindari penyakit mulut berkembang. Studi menunjukkan bahwa kebersihan mulut yang buruk, meningkatkan risiko komplikasi mulut akibat infeksi HIV yang dapat mengakibatkan kondisi fisik dan status kesehatan mental yang memburuk. Masalah mulut yang paling mempengaruhi pasien adalah kandidiasis, gingivitis, periodontitis, hairy leukoplakia, herpes simplex dan sarkoma kaposi. Infeksi oportunistik yang termasuk berasal dari bakteri, jamur, dan virus harus mendapat pengobatan farmakologis khusus untuk mencegah resistensi agen penyebab. Selain itu, berhenti merokok juga merupakan tujuan untuk mencegah berkembangnya

penyakit mulut dan penyakit di bagian tubuh lainnya serta mengurangi bau has akibat merokok dna mencegah kecanduan nikotin.



Gambar 5.4. Kandidiasis adalah salah satu infeksi mulut yang dialami penderita HIV/AIDS

Kebersihan makanan juga faktor penting dari PHBS untuk penderita HIV/AIDS. Secara umum, kebersihan makanan melibatkan langkah-langkah untuk mengurangi perkembangbiakan mikroorganisme pada makanan dan peralatan dapur. Langkah-langkah ini penting diterapkan karena fakta menunjukkan bahwa orang dengan HIV/AIDS adalah kelompok yang berisiko tinggi untuk tertular infeksi usus yang bermanifestasi dalam cara yang parah dan resisten terhadap pengobatan farmakologis konvensional. Data hasil penelitian menunjukkan bahwa perubahan pada saluran gastrointestinal seperti diare lebih besar disebabkan oleh adanya infeksi enteropatogenik. Diare dapat terjadi karena kurangnya air bersih dan tidak diterapkannya prinsip higienis selama penyiapan dan konsumsi makanan. Hati-hati saat memilih daging juga diperlihatkan dengan karakteristik tingkat kematangan daging. Kebersihan makanan dimulai saat menyusun daftar belanjaan

karena saat berbelanja itulah ciri-ciri makanan diperhatikan. Selain itu, pada saat memilih daging juga harus memperhatikan tanggal kadaluarsa, kemasan, warna dan bau makanan wajib diperhatikan.



Gambar 5.5. Kebersihan makanan perlu diperhatikan oleh penderita HIV/AIDS

Pemilihan minuman yang tepat sangat mempengaruhi kondisi kesehatan penderita HIV/AIDS. Salah satu minuman yang paling menonjol diantara minuman dengan nilai biologis tertinggi dalam minuman manusia. Namun, pada saat yang sama juga memiliki potensial untuk perkembangan mikroorganisme patogen. Kontaminasi susu oleh *fecal coliform*, salmonella atau mikroorganisme lainnya merupakan sumber perhatian bagi petugas kesehatan. Selain itu, pola konsumsi yang sudah mengikuti kebiasaan orang luar juga berkembang tidak hanya bagi masyarakat umum tetapi juga bagi penderita HIV/AIDS. Salah satunya adalah konsumsi keju dan yogurt. Keju dengan konsistensi yang lunak mengandung kelembaban berlebih yang dapat berkontribusi pada perkembangbiakan mikroorganisme patogen.

Sanitasi lingkungan yang baik juga sangat perlu diperhatikan dalam menjaga kesehatan penderita HIV/AIDS. Buruknya akses air bersih, pembuangan limbah hewan, dan lingkungan rumah yang tidak memadai dapat berdampak negatif pada kualitas hidup penderita HIV/AIDS. Hal ini disebabkan karena sanitasi yang buruk mampu memfasilitasi kontak dengan mikroorganisme yang merupakan sumber dari penyakit. Kecenderungan untuk tidak memelihara hewan peliharaan dan berhati-hati dengan limbah yang dihasilkan merupakan langkah-langkah kebersihan yang penting karena ada hubungan yang erat antara penyakit oportunistik dan hewan peliharaan. Studi menunjukkan bahwa hewan peliharaan merupakan vektor penularan. Pada kasus infeksi oportunistik yang ditularkan oleh hewan pada penderita HIV/AIDS yang paling dominan adalah toksoplasmosis dan zoonosis cosmopolitan yang disebabkan oleh protozoa *Toxoplasma gondii*. Penularan terjadi karena konsumsi ookista yang ada di lingkungan melalui inang terakhir, kucing, antar perantara manusia, mamalia dan burung lainnya.



Gambar 5.6. Sanitasi yang baik akan mencegah penularan mikroorganisme system.

4. Kepatuhan Pengobatan, konseling dan pendidikan kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan aspek penting yang mempengaruhi pasien HIV/AIDS dalam menjalankan ART. Ada beberapa faktor yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan untuk tercapainya pelayanan yang optimal bagi penderita HIV/AIDS yakni Infrastruktur, administrasi, kunjungan rumah dan pendidikan kesehatan.

Faktor pertama adalah infrastruktur. Puskesmas dan rumah sakit memiliki fasilitas untuk mendiagnosis HIV dan menyediakan ART namun pasien tidak banyak yang tahu. Pasien sering menolak untuk datang ke puskesmas sehingga mereka lebih memilih untuk mencari infrastruktur dan laboratorium yang memadai. Alasan utama pasien HIV memiliki minat yang sedikit ke puskesmas adalah ruang konsultasi yang kecil dan tanpa adanya sekat pemisah. Hal ini menyebabkan pasien tidak memiliki privasi dan banyak orang akan mampu mengenali pasien yang didiagnosis HIV/AIDS. Data ini juga didukung oleh adanya keluhan dari petugas kesehatan bahwa adanya temuan kurangnya fasilitas laboratorium sehingga tujuan puskesmas untuk meningkatkan mutu pelayanan tidak tercapai. Keterbatasan ini merupakan hal penting yang harus dikendalikan oleh petugas kesehatan untuk menciptakan ruangan konseling yang memadai untuk menjaga privasi pasien HIV.

Faktor yang kedua adalah administrasi pengobatan. Antiretroviral therapy dapat memulihkan sistem kekebalan tubuh dan mencegah replikasi HIV serta memberikan kontribusi dalam meningkatkan fungsi tubuh. Ada beberapa intervensi yang dapat meningkatkan kepatuhan minum obat misalnya

adalah pemberian informasi yang benar oleh perawat kepada pasien HIV/AIDS termasuk perjalanan HIV, fungsi pengobatan ART, cara minum obat dan cara mengatasi efek samping obat. Perawat harus membuat rencana untuk memenuhi kebutuhan spesifik setiap pasien. Perawat perlu memberikan konseling kepada keluarga dan mengkoordinasikan layanan kesehatan medis dan mental. Secara spesifik, perawat langsung berkoordinasi dengan apoteker, farmasi untuk membantu mengatur rejimen pengobatan pasien HIV/AIDS agar hambatan bisa diatasi. Salah satu hambatannya adalah sistem administrasi. Sistem administrasi yang rumit akan mempersulit pasien HIV. Kondisi ini biasanya terlihat pada saat pasien menunjukkan nomor identitas seperti NIK. Masih ada beberapa pasien yang tidak memiliki kartu identitas sehingga mereka akan mengalami penundaan mendapatkan ART. Administrasi erat kaitannya dengan pengobatan pasien HIV/AIDS. Proses administrasi harus mendukung pasien untuk mampu mendapatkan pengobatan ART. Dengan adanya kolaborasi, maka diharapkan untuk cepat membantu pasien mendapatkan ART.

Faktor yang ketiga adalah kunjungan rumah dan pendidikan kesehatan. Kunjungan rumah yang efektif adalah mampu memperhatikan privasi pasien HIV sehingga mereka akan bekerjasama dalam proses pengobatan. Studi melaporkan bahwa pasien HIV/AIDS yang diberikan kunjungan oleh petugas kesehatan menolak kunjungan rumah. Kondisi ini disebabkan karena pasien khawatir dengan tanggapan orang sekitar rumahnya hal ini dibuktikan dengan adanya penasarannya dari lingkungan sekitar terkait kunjungan dari petugas kesehatan. Solusi yang tepat dalam mengatasi hambatan ini adalah

mengatur ulang jadwal antara petugas kesehatan dengan pasien HIV/AIDS untuk bertemu di tempat yang lebih mengutamakan privasi bukan di rumah pribadi pasien. Adapun aspek penting yang harus dilakukan oleh petugas kesehatan dalam melakukan kunjungan rumah adalah memberikan informasi kepada pasien dan keluarga menjelaskan tentang ART. Antiretroviral therapy ditekankan bahwa ini obat ini bukan untuk menyembuhkan HIV hanya berfungsi menekan perkembangan virus HIV dalam tubuh pasien. Tujuannya adalah agar pasien tidak mengalami gejala putus obat sehingga mereka tetap dalam proses pengobatan HIV/AIDS untuk meningkatkan derajat kesehatan mereka. Selain itu, pendidikan dan konseling kesehatan bisa dilakukan melalui tatap muka dengan menggunakan panggilan telepon. Pendidikan kesehatan yang diberikan kepada pasien meliputi cara menerima diagnosis HIV secara positif, cara mengurangi penularan seksual, cara mengelola tanggapan keluarga dan masyarakat dan cara menghadapi diskriminasi. Perawat juga wajib memberikan informasi terkait cara melindungi diri serta mencegah penularan dari ibu ke anak.



Gambar 5.7. Lingkungan konseling harus memperhatikan privasi pasien HIV/AIDS

5. Aktivitas Fisik

Ada beberapa aktivitas fisik yang bisa dianjurkan untuk pasien HIV/AIDS adalah melakukan Latihan ketahanan dan senam aerobik sebanyak 3 kali dalam seminggu. Gerakan yang bisa dilakukan adalah bench press, leg press, pulldown, leg curl, arm curl, Latihan duduk dan sebagainya. Selain itu, jogging juga merupakan latihan yang baik dan dapat menunjukkan bahwa latihan fisik ini mampu mengimbangi efek samping ART dan infeksi HIV kronis.

Konsep Perawatan Paliatif Pasien HIV/AIDS

Perawatan paliatif bertujuan untuk meringankan penderitaan dan meningkatkan kualitas hidup terutama bagi mereka yang menghadapi masalah yang terkait dengan penyakit kronis yang mengancam jiwa, bersifat progresif seperti HIV, kanker, demencia, PPOK dan penyakit terminal lainnya (Ajisehiri et al. 2019).

Pelayanan perawatan paliatif dimulai dari titik awal pasien ditegakkan diagnosis sampai kematian dan dilanjutkan dengan kehilangan melalui proses berduka serta membantu keluarga untuk mengatasi proses kehilangan. Prinsip perawatan paliatif berpusat pada klien dan keluarga. Penilaian klien berfokus pada kebutuhan klien baik secara fisik, sosial, emosional dan spiritual.

Penilaian formal terkait kebutuhan perawatan paliatif bisa diukur menggunakan instrumen. Hal ini disebabkan oleh karena terbatasnya sumber daya dibandingkan dengan jumlah permintaan perawatan sehingga memerlukan sistem triase. Penulis merekomendasikan alat *The Support and Palliative Care Tools* (SPICCT) dan kriteria skor *Veterans Aging Cohort Study* (VACS) dalam mengkaji pasien yang memerlukan perawatan paliatif.

Sebagian besar, pasien dengan HIV/AIDS, mengalami rasa sakit yang umumnya meningkat di fase menjelang akhir kehidupan. Perawatan paliatif pada pasien HIV/AIDS berfokus untuk mengurangi gejala seperti nyeri, mual dan insomnia, kelelahan, demam, masalah kulit serta batuk (Sinanaj et al. 2018).

Daftar Pustaka

- Ajisegiri, Whenayon Simeon, Aisha A. Abubakar, Abdulrazaq A. Gobir, Muhammad Shakir Balogun, and Kabiru Sabitu. 2019. "Palliative Care for People Living with HIV/AIDS: Factors Influencing Healthcare Workers' Knowledge, Attitude and Practice in Public Health Facilities, Abuja, Nigeria." *PLoS ONE* 14(12):1-15. doi: 10.1371/journal.pone.0207499.
- Chinyandura, Cathrine, Anele Jiyane, Xolani Tsalong, Helen E. Struthers, James A. McIntyre, and Kate Rees. 2022. "Supporting Retention in HIV Care through a Holistic, Patient-Centered Approach: A Qualitative Evaluation." *BMC Psychology* 10(1):1-9. doi: 10.1186/s40359-022-00722-x.
- Gaúcha, Revista, Thelma Leite, De Araujo, Francisca Elisângela, e Teixeira Lima. 2014. "Revista Gaúcha de Enfermagem Integrative Review Hygiene Practices for Patients with HIV/AIDS." 35(3):137-44.
- Rouleau, Geneviève, Lauralie Richard, José Côté, Marie Pierre Gagnon, and Jérôme Pelletier. 2019. "Nursing Practice to Support People Living with HIV with Antiretroviral Therapy Adherence: A Qualitative Study." *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 30(4):E20-37. doi: 10.1097/JNC.000000000000103.
- Sianturi, Elfride Irawati, Elmiawati Latifah, Ari Probandari, Christantie Effendy, and Katja Taxis. 2020. "Daily Struggle to Take Antiretrovirals: A Qualitative Study in Papuans Living with HIV and Their Healthcare Providers." *BMJ Open* 10(9). doi: 10.1136/bmjopen-2020-036832.
- Silva, R. .., and H. Lecour. 2011. "Palliative Care in HIV Infection." 1-10.
- Sinanaj, Glodiana, Arjan Harxhi, and Brunilda Subashi. 2018. "Role of Nurses in the Treatment and Care of HIV/AIDS Patients - Based on the Dimensions of Health Care." *International Journal for Innovation Education and Research* 6(1):199-212. doi: 10.31686/ijier.vol6.iss1.935.

- Spencer, David C., René Krause, Theresa Rossouw, Mahomed Yunus S. Moosa, Selma Browde, Esnath Maramba, Lauren Jankelowitz, Muhangwi B. Mulaudzi, Mpho Ratishikana-Moloko, Oluwarotimi F. Modupe, and Adam Mahomed. 2019. "Palliative Care Guidelines for the Management of HIV-Infected People in South Africa." *Southern African Journal of HIV Medicine* 20(1):1–26. doi: 10.4102/sajhivmed.v20i1.1013.
- Tyas, Nila Titis Asrining, and Fitria Handayani. 2010. "Perilaku Hidup Bersih Sehat Pekerja Seks Komersial Setelah Mengikuti Konseling Dan Tes HIV/AIDS." *Jurnal Keperawatan Indonesia* 13(1):54–58. doi: 10.7454/jki.v13i1.232.
- Volandes, Angelo. 2009. "Facilitator ' s Guide." *Organization* 501(c):1–3.
- Winnie, Wang Jiahui, and Zhu Lingzhi. 2021. "Nursing Interventions to Improve the Quality of Life of People Living with HIV."

Profil Penulis



Ns. Ni Luh Seri Astuti, S.Kep., M.Kep

Ketertarikan penulis terhadap perawatan pasien dengan HIV/AIDS dimulai pada tahun 2020 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk fokus memberikan perawatan pada pasien HIV/AIDS. Penulis telah lulus Pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Gadjah Mada tahun 2021. Penulis juga concern meneliti bidang paliatif terutama pasien dengan HIV/AIDS. Untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti di bidang kepakarannya tersebut. Saat ini penulis sebagai dosen aktif keperawatan di STIKES Advaita Medika Tabanan. Penulis juga concern dalam melakukan pengabdian masyarakat terutama yang berfokus pada peningkatan pelayanan kesehatan bagi kelompok rentan salah satunya kelompok dengan komorbid. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini. Penulis juga aktif memberikan bimbingan Uji kompetensi secara nasional dalam rangka meningkatkan kompetensi lulusan mahasiswa ners di Indonesia.

Email Penulis: luhseriastuti12@gmail.com

PERAWATAN DAN PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR MANUSIA PADA ODHA

Nirwanto K. Rahim, S.Kep,Ns.M.Kep
Universitas Negeri Gorontalo

Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Human Immunodeficiency Virus masih menjadi masalah Kesehatan global. Sampai saat ini penyakit HIV masih menjadi masalah Kesehatan serius yang ikut mengakibatkan Krisi Kesehatan (Klatt Edward, 2016). United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) terdapat 38 Juta orang yang hidup dengan HIV/AIDS di seluruh dunia, angka ini meningkat sebanyak 1,7 Juta orang yang terinfeksi HIV, dengan angka kematian 0,7 Juta orang (Data UNAIDS, 2019). kasus HIV/AIDS terjadi disemua negara, termasuk Indonesia, menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2020) jumlah kasus HIV/AIDS telah mencapai 534.075 kasus yang tersebar di seluruh Indonesia.

ODHA merupakan akronim singkatan dari Orang Dengan HIV/AIDS, sebagai pengganti istilah penderita yang mengarah kepada penderita positif terdiagnosis HIV Dari keadaan tersebut akan mengakibatkan adanya interaksi oleh perawat dengan ODHA dalam memenuhi kebutuhan pasien, dikarenakan selama perawatan pasien akan

sangat membutuhkan pelayanan asuhan keperawatan yang bisa mengatasi masalah pasien baik itu dari aspek fisik, biologis, psikologis spiritual, bahkan sosial. Maka dari itu dalam pemenuhan diperlukan tindakan pelayanan asuhan keperawatan yang berbasis *caring* perawat (Potter dan Perry, 2011).

Pasien sebagai penerima jasa pelayanan mengharapkan perawat selalu menjadi *care provider* yang sesungguhnya. Sehingga dalam upaya memberikan perawatan yang maksimal maka pemenuhan kebutuhan dasar manusia termasuk kebutuhan oksigen, nutrisi, cairan elektrolit, eliminasi, keamanan, kebersihan & kenyamanan fisik, istirahat & tidur, kebutuhan kebutuhan gerak & kegiatan jasmani, spiritual, emosional, komunikasi dan mencegah dan mengatasi reaksi fisiologis (Kurniati & Abidin, 2018).

Karakteristik Kebutuhan Dasar Manusia

Sutanto dan Fitriana (2017) menjelaskan bahwa kebutuhan dasar manusia adalah kebutuhan yang langsung mempengaruhi hidup matinya seseorang, sehingga perlu segera untuk dipenuhi kebutuhan terhadapnya. Setiap perawat seharusnya memperhatikan kebutuhan dasar manusia. Adapun karakteristik kebutuhan dasar manusia sebagai berikut

1. Manusia mempunyai perbedaan dalam berbagai bidang diantaranya bidang sosial, budaya, persepsi, dan pengetahuan. Meskipun berbeda namun manusia secara keseluruhan memiliki kebutuhan dasar yang sama.
2. Dalam upaya pemenuhan kebutuhan dasarnya manusia selalu melakukan pemenuhan kebutuhan dasarnya berdasarkan prioritas.
3. Sebagian kebutuhan dasar upaya pemenuhannya bisa ditunda walaupun umumnya harus dipenuhi

4. Kebutuhan dasar yang gagal akan dipenuhi akan mengakibatkan kondisi *disequilibrium* (tidak seimbang) yang akan menyebabkan manusia menjadi sakit.
5. Stimulus internal dan eksternal memegang peranan penting dalam upaya memunculkan keinginan pemenuhan kebutuhan dasarnya.
6. Setiap kebutuhan memiliki keterkaitan dengan kebutuhan lainnya.
7. Setiap kebutuhan yang ingin dipenuhi oleh individu, diawali dengan timbulnya keinginan untuk memenuhinya.

Faktor-Faktor yang Memengaruhi Pemenuhan Kebutuhan

1. Penyakit: Berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk memenuhi kebutuhannya dalam keadaan sakit. Perawat mempunyai tugas untuk membantu klien yang mengalami kesulitan memenuhi kebutuhan dasarnya
2. Hubungan yang berarti: Dalam memenuhi kebutuhan dasar individu sangat membutuhkan dorongan secara moral dari orang yang terdekat dan berarti
3. Konsep diri: Konsep diri yang baik akan dapat mengontrol diri, mudah merasakan adanya masalah dan akan dapat memecahkan masalah dengan baik
4. Tahap perkembangan. Pemenuhan kebutuhan dasar sangat dipengaruhi oleh tingkatan usia, persepsi dan kebutuhan cinta dan rasa memiliki.

Keperawatan sebagai sebuah profesi mempunyai kewenangan dan merupakan tanggung jawab perawat dalam membantu klien yang tidak mampu hal tersebut dapat dicapai dengan berbagai kegiatan keperawatan sehingga klien mandiri dan mampu memenuhi kebutuhan dasarnya.

Hirarki Kebutuhan Dasar Manusia

Berdasarkan hal tersebut di kalangan profesi keperawatan, teori kebutuhan dasar yang paling sering menjadi acuan yakni teori psikologi Abraham Maslow yang dipublikasikan pada tahun 1970. Dalam teorinya disebutkan bahwa bahwa kebutuhan dasar manusia dapat dikelompokkan menjadi 5 jenis, yang pemenuhannya perlu disusun secara berjenjang menurut prioritas kekuatannya. Dasar pemikiran teori kebutuhan Abraham Maslow adalah:

1. Bahwa kebutuhan manusia itu bertahap, dan membentuk suatu hirarki dari fisiologis rasa aman, kebutuhan sosial, harga diri, dan aktualisasi diri.
2. Bahwa manusia mempunyai kebutuhan yang berkelanjutan.
3. Bahwa kebutuhan manusia saling tergantung dan saling melengkapi
4. Bahwa kebutuhan yang telah terpuaskan akan berhenti sebagai motivasi, dan digantikan oleh kebutuhan berikutnya.

Maslow berpendapat bahwa kebutuhan yang berada pada jenjang yang pertama perlu lebih dahulu dipenuhi sebelum seseorang meningkat memenuhi kebutuhan yang kedua selanjutnya akan menimbulkan kebutuhan untuk memenuhi kebutuhan yang lebih tinggi. Sehingga kebutuhan dasar manusia tersusun seperti bentuk piramida.

Adapun piramida kebutuhan dasar manusia yang seringkali disebut (*five hierarchy of needs*) yaitu:

1. Kebutuhan fisiologis
2. Kebutuhan keselamatan dan keamanan
3. Kebutuhan mencintai dan dicintai

4. Kebutuhan harga diri
5. Kebutuhan aktualisasi diri

Kebutuhan Fisiologis

Kebutuhan fisiologi merupakan kebutuhan dasar yang paling mendasar adalah kebutuhan fisik. Kebutuhan fisik ini merupakan kebutuhan yang perlu segera dipenuhi agar manusia dapat bertahan hidup. Penderita AIDS pada mulanya hanya memperlihatkan tanda-tanda dan gejala yang tidak khas seperti demam, menggigil, batuk non produktif, nafas pendek, dispnea dan kadang nyeri dada. Konsentrasi oksigen dalam darah arteri pada pasien yang bernafas dengan udara dalam ruangan dapat mengalami penurunan yang ringan ;keadaan ini menunjukkan keadaan hipoksemia minimal (Andri, Ramon, Padila, Sartika, & Putriana, 2020)

Pasien HIV beresiko tinggi terkena penyakit paru-paru dengan etiologi menular dan tidak menular, yang merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas pada kelompok ini. Spektrum gangguan pernapasan yang terkait dengan infeksi HIV telah berubah selama dekade terakhir dengan pneumonia bakterial, sepsis atau komplikasi pernafasan non infeksi sering muncul sebagai penyebab penyakit kritis. Penyakit paru obstruktif kronik dan pneumonia bacterial adalah penyakit paru yang paling umum terlihat pada pasien dengan HIV dan kejadiannya jauh lebih tinggi daripada pasien non- (Sarkar & Rasheed, 2013)

Dalam mengatasi masalah fisiologi pada pasien HIV banyak upaya yang dilakukan salah satunya penegakan diagnosa keperawatan yang berkaitan dengan gangguan pernapasan pada pasien HIV. Perawatan yang dilakukan berfokus pada bagaimana pasien mampu meningkatkan kemampuan ekspirasi dan inspirasi serta peningkatan

kemampuan membersihkan sekret agar tidak terjadi obstruksi jalan nafas. Sehingga fokus perawatan biasanya memonitor pola nafas balik frekuensi, kedalaman dan usaha napas.

Selain itu memonitor bunyi nafas tambahan seperti adanya wheezing, serta meinoor sputum jika ditemukan pada pasien terdapat sputum, memonitor kemampuan batuk. Pada beberapa kasus pemberian oksigen, perubahan fisik, serta pemberian bronkodilator dilakukan guna untuk mengurangi gejala. (PPNI, 2019).

1. Kebutuhan nutrisi

Tanda dan gejala pada pasien HIV antara lain hilangnya selera makan, mual, munta, vomitus, candidiasis oral, serta esofagus dan diare kronis. Penurunan berat badan lebih dari 10%, gangguan keseimbangan cairan dan sel klorit, kelemahan. Pasien dengan HIV sangat membutuhkan vitamin dan mineral dengan jumlah yang lebih banyak dari biasanya. HIV menyebabkan hilangnya nafsu makan dan gangguan penyerapan nutrien. Walaupun jumlah makanan ODHA sudah cukup dan berimbang seperti orang sehat, tetapi akan tetap terjadi defisiensi vitamin dan mineral (Andri, Ramon, Padila, Sartika, & Putriana, 2020)

Upaya mengatasi masalah ini, perawat akan berfokus pada mengidentifikasi dan mengelola asupan nutrisi yang seimbang, dengan memperhatikan status nutris, kebutuhan kalori dan jenis nutrient. Serta membantu pasien dalam upaya mengidentifikasi perubahan berat badan, serta memiliki makna yang sesuai sehingga akan terjadi peningkatan nafsu makan klien. Pemilihan makanan akan berfokus pada tingginya makan tinggi serat, kalori dan protein (PPNI,2019).

HIV selain kurangnya kemampuan memasukkan makanan, kemampuan melakukan absorpsi pun menjadi penyebab utama kekurangan nutrisi pada klien. Hal ini disebabkan karena infeksi yang terjadi mengakibatkan kerusakan pada saluran pencernaan. Saluran pencernaan merupakan organ limfoid terbesar dalam tubuh dan secara langsung terkena dampak akibat infeksi HIV. Kerusakan yang terjadi organ limfoid mengakibatkan kerusakan pada sel-sel usus dengan menyebabkan *flatulences vili* dan penurunan penyerapan D-Xylise. Hal ini menyebabkan terjadinya malabsorpsi karbohidrat dan lemak sehingga mempengaruhi penyerapan vitamin yang larut dalam lemak seperti vitamin A, E dan mineral yang berfungsi untuk sistem imunitas tubuh, kondisi ini yang menyebabkan terjadinya penurunan berat badan tubuh dan jaringan otot tanpa lemak. Selama infeksi HIV berlangsung terjadi pelepasan sitokin pro-oksidan, yang dapat meningkatkan konsumsi vit A, E dan C serta karoten sebagai antioksidan dan mineral seperti seng, tembaga dan selenium Tanan & Raya, 2018).

2. Eliminasi

Pemenuhan kebutuhan eliminasi terdiri dari kebutuhan eliminasi alvi dan kebutuhan eliminasi urin. Dalam memenuhi kebutuhan eliminasi, sangat diperlukan pengawasan terhadap masalah yang berhubungan gangguan kebutuhan eliminasi, seperti konstipasi dan diare (Sutanto & Fitriana, 2017)

Pada pasien HIV gangguan seperti ketidakseimbangan cairan yang disebabkan karena disfungsi intestinal dan gangguan motilitas gastrointestinal. Secara klinis penyebab diare yang sering ditemukan disebabkan oleh infeksi dan keracunan (Melinda, Lakshmi, & Damayanti, 2018).

Upaya mengatasi hal ini perawat akan berfokus pada mengidentifikasi penyebab diare, onitor tanda dan gejala hypovolemia (mis. takikardia, nadi teraba lemah, tekanan darah turun, turgor kulit turun, mukosa mulut kering, CRT melambat, BB menurun). Serta membantu pasien memenuhi asupan cairan baik melalui oral dan atau intravena (PPNI,2019)

3. Aktivitas istirahat dan tidur

Kebutuhan istirahat dan tidur setiap orang untuk mempertahankan status Kesehatan pada tingkat optimal. Proses tidur dapat memperbaiki berbagai sel dalam tubuh. Kualitas tidur terganggu umum terjadi pada ODHA, kualitas tidur yang buruk terjadi ketika pola tidur dan istirahat terganggu, kualitas tidur yang menurun atau buruk dapat mempengaruhi fungsional dan status Kesehatan pada ODHA (Aliyah, Rifai, & Afandi, 2018)

Upaya mengatasi hal ini perawat akan berfokus kepada mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, serta mengidentifikasi faktor pengganggu tidur. Selain itu melakukan modifikasi lingkungan serta menerapkan tindakan sepertinya pengaturan posisi guna untuk meningkatkan kenyamanan yang hasil akhirnya mengharapkan kualitas tidur dan istirahat pasien tidak terganggu (PPNI, 2019)

4. Kebutuhan terbebas dari rasa nyeri

Rasa nyaman dibutuhkan setiap individu. Dalam keperawatan, perawat memegang peranan penting dalam memperhatikan dan memenuhi rasa nyaman. Gangguan rasa nyaman yang dialami klien diatasi oleh perawat melalui intervensi keperawatan. (Sutanto & Fitriana, 2017)

Nyeri merupakan gejala umum pada orang dengan HIV/AIDS. ODHA dapat mengalami nyeri sebagai akibat langsung dari virus pada sistem saraf pusat atau tepi; rasa sakit mungkin disebabkan oleh penurunan kekebalan dan infeksi oportunistik yang dihasilkan atau rasa sakit bisa ditimbulkan akibat dari efek samping pengobatan antiretroviral virus (Parker, Stein, & Jelsma, 2014)

Perawat akan berfokus pada mengidentifikasi lokasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi response nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat. Pemberian teknik farmakologi seperti erikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis,akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing,kompres hangat/dingin, terapi bermain) (PPNI, 2019).

Kebutuhan keselamatan dan Keamanan

Kebutuhan akan keselamatan dan keamanan merupakan kebutuhan untuk melindungi diri dari berbagai bahaya yang mengancam baik terhadap fisik dan psikososial. Keselamatan dan keamanan dalam konteks secara fisiologis berhubungan sesuatu yang mengancam tubuh seseorang. Oleh karenanya diperlukan perawat yang selalu sabar untuk melindungi pasien agar tidak terjadi kecelakaan tetapi juga memelihara postur tubuh klien bukan hanya mencegah terjadinya kecelakaan, tetapi juga memelihara postur tubuh klien selama dirawat, sehingga terjaga kebersihan dan Kesehatan kulit klien. Pemenuhan kebutuhan mobilisasi pada HIV/AIDS adalah suatu tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk membantu pasien bangun dari tempat tidurnya dan membimbing sedini mungkin untuk berjalan, dan tujuannya untuk mempertahankan fungsi tubuh (Sutanto & Fitriana, 2017)

Upaya meningkatkan kebutuhan keselamatan dan keamanan bisa dilihat seperti contoh misalnya perawat memperhatikan terkait bagaimana perawatan diri dalam upaya meningkatkan keamanan pasien,. Pada pasien TB-HIV akan mengalami kelemahan fisik yang lebih tinggi dibandingkan dengan TB tanpa HIV. Pasien dengan HIV/AIDS terjadi penurunan imunitas tubuh yang signifikan pada penderita imunitas tubuh, tentu akan berdampak juga pada kelemahan baik secara fisik dan atau psikologis yang kemudian akan mengganggu pemenuhan *self-care* sehingga perlu adanya pemenuhan dan peningkatan *self care* pada diri individu yang didukung oleh praktisi kesehatan profesional yang dapat meningkatkan kesehatan orang dengan TB-HIV. Hal ini diakibatkan dari gejala dan komplikasi yang terjadi dari imunitas tubuh yang memang rendah dari HIV (Louw et al., 2012). Pada pasien TB akan memiliki kualitas hidup yang rendah terutama pada dimensi penurunan aktivitas fisik akibat dari permasalahan fisik pasien (Salehitali, Noorian, Hafizi, & Hassanpour, 2019) Praktik kebersihan telah menjadi komponen program, pemerintah dunia saat ini, kebersihan secara eksplisit telah diakui sebagai salah satu faktor yang berkontribusi terhadap pengembangan penyakit. Kebersihan sendiri didefinisikan sebagai serangkaian tindakan sengaja yang dilakukan untuk menjaga kesehatan, mencegah penyakit dan meningkatkan keselamatan individu. Pentingnya menjaga kebersihan individu pada HIV/AIDS dinilai sebagai tindakan pencegahan terjadinya infeksi oportunistik lainnya, hal ini karena pada pasien dengan HIV/AIDS kemungkinan terjadi, Pada tahapan ini perawat melakukan perawatan berdasarkan ketidakmampuan yang dimiliki oleh pasien. Hal terpenting adalah mempertimbangkan kemampuan klien, dan pemilihan teknik ambulasi, mobilisasi yang baik (PPNI, 2019) .

Kebutuhan Mencintai dan Dicintai

Setiap individu termasuk klien yang dirawat, memerlukan terpenuhinya kebutuhan mencintai dan dicintai. Pada kondisi ini, diperlukan “Sentuhan” perawat yang dapat memberikan kedamaian dan kenyamanan. Oleh karenanya perawat harus memiliki pemahaman yang benar mengenai konsep dalam pemenuhan kebutuhan mencintai dan dicintai. Dalam konsep mencintai dan dicintai salah satunya yakni cinta adalah perhatian. Konsep ini selaras dengan hakekat keperawatan yaitu care. Artinya keperawatan menjadi profesi perhatian dan kepedulian yang tinggi salah satunya caring dalam spiritual. Spiritual merupakan bagian dari kualitas hidup berada dalam domain kapasitas diri. Terdapat 4 hal yang diakui sebagai kebutuhan spiritual, yaitu pteses mencari makna baru dalam kehidupan, pengampunan, kebutuhan untuk dicintai, dan pengharapan. Hal yang dapat dilakukan oleh perawat untuk menumbuhkan harapan klien dan dapat mencapai hal tersebut yaitu dengan bersifat jujur dan membangun hubungan saling percaya, perawat hadir dan mendampingi (Sutanto & Fitriana, 2017)

Pada tahap ini permasalahan seringkali dipicu akibat perasaan khawatir, kesepian dan ketidak berdayaan., ketidakmampuan memenuhi tujuan hidup melalui hubungan dengan diri, orang lain, lingkungan atau Tuhan. Upaya yang bisa dilakukan oleh perawat yakni fisik pada proses mengidentifikasi perasaan khawatir, kesepian dan ketidak berdayaan, identifikasi harapan dan kekuatan pasien. Tujuan akhirnya adalah pasien akan merasakan ketenangan dalam hidup, tidak merasakan kesepian. Hal yang bisa dilakukan oleh perawat yakni salah satunya mengajarkan metode relaksasi, meditasi dan imajinasi terbimbing (PPNI, 2019)

Kebutuhan Harga Diri

Penghargaan diri merujuk pada penghormatan diri dan pengakuan diri. Harga diri merupakan aspek afektif atau emosional diri yang mengacu pada bagaimana perasaan kita tentang atau bagaimana kita menghargai diri kita sendiri, juga dikenal sebagai “layak seseorang”. Harga diri tinggi dikaitkan dengan kecemasan rendah, efektif dalam kelompok dan penerimaan orang lain terhadap dirinya, sedangkan masalah Kesehatan dapat menyebabkan harga diri, sehingga harga diri dikaitkan dengan hubungan interpersonal yang buruk dan beresiko terjadinya depresi sehingga perasaan negatif tersebut mendasari hilangnya kepercayaan diri dan harga diri individu dan menggambarkan gangguan harga diri. (Sutanto & Fitriana, 2017)

Pada tahapan ini permasalahan seringkali muncul akibat situasi sekitar yang membuat pasien ODHA memiliki perasaan negatif terhadap diri sendiri. Hal yang dilakukan perawat bertujuan untuk mengidentifikasi dan mengelola perilaku negatif dengan cara mengidentifikasi harapan dan mengendalikan perilaku negatif klien, berdiskusi dengan klien terkait dengan aktivitas fisik dan kemampuan yang dimiliki oleh pasien melakukan pencegahan perilaku agresif dengan memberikan penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku (Pardede, Hutajulu, & Pasaribu, 2020).

Kebutuhan Aktualisasi Diri

Aktualisasi diri merupakan kemampuan seseorang untuk mengatur diri sendiri sehingga bebas dari berbagai tekanan baik yang berasal dari dalam diri maupun diluar diri. Secara umum hambatan dijelaskan dalam dua kondisi. kondisi internal berkaitan dengan ketidaktahuan potensi diri serta perasaan ragu. Sedangkan hambatan eksternal adalah hambatan yang berasal dari luar diri

seseorang, seperti budaya masyarakat yang tidak mendukung upaya aktualisasi potensi diri seseorang. (Sutanto & Fitriana, 2017)

Orang yang telah mengaktualisasi dirinya akan melihat orang lain seperti melihat dirinya yang penuh kekurangan dan kelebihan. Sehingga keadaan ini menjadikan seseorang penderita HIV mampu melakukan penerimaan terhadap diri dan orang lain apa adanya. Pada keadaan ini pasien Penderita HIV/AIDS telah menerima keadaan dirinya ditandai dengan mengakui kesalahan dan tidak menyalahkan orang lain. Dukungan sosial yang diberikan masyarakat dan teman dekat berupa memberikan motivasi semangat, tidak putus asa dalam menjalani hidup. Hal ini juga ditandai dengan mempunyai sikap positif kepada dirinya sendiri, mengakui, dan menerima kekurangan dan kelebihan yang ada pada dirinya serta berpikir positif terhadap kehidupan yang dijalani. Pada tahapan ini diperlukan kesadaran untuk merubah kondisi ke arah lebih baik. Pengubahan sikap dari negatif menjadi positif dan benar dalam menghadapi masalah (Arizona, 2021).

Daftar Pustaka

- Aliyah, A. G., Rifai, A., & Afandi, A. (2018). Kualitas Tidur Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) di Area Pedesaan Kabupaten Jember Indonesia. Prosiding Seminar Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan. Jember: Universitas Jember.
- Andri, J., Ramon, A., Padila, Sartika, A., & Putriana, E. (2020). Pengalaman Pasien ODHA Dalam Adaptasi Fisiologis. *Journal Of Telenursing*.
- Arizona, F. (2021). PENERIMAAN DIRI ORANG DENGAN HIV/AIDS (ODHA). Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta .
- Bibliography
- Edward C, MD, Klatt. 2016. Pathology of HIV/AIDS 27 th Version. Savannah: Mercer University School of Medicine.
- Kemenkes. 2014. Infodatin pusat data dan informasi kemenkes RI. Situasi penyakit HIV AIDS di Indonesia
- Louw, J., Peltzer, K., Naidoo, P., Matseke, G., Mchunu, G., & Tutshana, B. (2012). Quality of life among tuberculosis (TB), TB retreatment and/or TB-HIV co-infected primary public health care patients in three districts in South Africa, 1-9.
- Melinda, F., Lakshmi, D., & Damayanti, P. (2018). HUBUNGAN ANTARA KEJADIAN DIARE DENGAN KADAR CD4 DAN PENGOBATAN PENCEGAHAN KOTRIMOKSASOL SEBAGAI TERAPI PROFILAKSIS INFEKSI OPORTUNISTIK PADA PASIEN HIV/AIDS DI RSUP SANGLAH JANUARI 2014 – SEPTEMBER 2015. *E-jurnal Medika Udayana*.
- Pardede, J. A., Hutajulu, J., & Pasaribu, E. P. (2020). HARGA DIRI DENGAN DEPRESI PASIEN HIV/AIDS. *Jurnal Media Keperawatan ;Politeknik Kesehatan Makassar* .
- Parker, R., Stein, J. D., & Jelsma, J. (2014). Pain in people living with HIV/AIDS: a systematic review. *Journal Of The International AIDS Society*.

- PPNI. (2019). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2019). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PNI .
- PPNI. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI.
- Salehitali, S., Noorian, K., Hafizi, M., & Hassanpour, A. (2019). J Clin Tuberc Other Mycobact Dis Quality of life and its effective factors in tuberculosis patients receiving directly observed treatment short-course (DOTS). J Clin Tuberc Other Mycobact Dis, 15, 100093.
<https://doi.org/10.1016/j.jctube.2019.100093>
- Sarkar, P., & Rasheed, H. F. (2013). Clinical review: Respiratory failure in HIV-infected patients - a changing picture. Critical Care.
- Sutanto, V. A., & Fitriana, Y. (2017). Kebutuhan Dasar Manusia ; Teori dan Aplikasi dalam Keperawatan Profesional. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Tanan, N., & Raya, U. P. (2018). HIV dan Malnutrisi : Efek pada Sistem Kekebalan Tubuh,.
<https://doi.org/10.5281/zenodo.1182572>
- UNAIDS (United Nations Programme HIV/AIDS). Data 2019. <http://aidsinfo.unids.org>

Profil Penulis



Nirwanto K. Rahim, S.Kep,Ns.M.Kep

Keperawatan Medikal Bedah merupakan bidang yang diminati oleh penulis. Penulis menyelesaikan program pendidikan strata satu (S1) di Universitas Negeri Gorontalo pada tahun 2016. Setelah lulus pada tahun 2018 penulis melanjutkan studi magister di Universitas Indonesia dengan konsentrasi Keperawatan Medikal Bedah. Selain dalam proses penyusunan buku ini penulis memiliki kesibukan lain sebagai dosen tetap di Universitas Negeri Gorontalo. Ketertarikan penulis terhadap pengajaran HIV merupakan motivasi besar penulis dalam Menyusun dan merampungkan bagian dari buku ini.

Email Penulis: nirwanto@ung.ac.id

KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN HIV/AIDS SECARA UMUM BERBASIS SDKI, SIKI, SLKI

Ita Sulistiani, S.Kep, NS. M.Kep
Universitas Negeri Gorontalo

Pendahuluan

Human immunodeficiency virus (HIV) dan diagnosis *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) merupakan salah satu penyakit imunodefisiensi yang paling dikenal . Data WHO (2022), Prevalensi orang dengan HIV di dunia yaitu 38,4 juta orang, diperkirakan 0,7% [0,6-0,8%] orang dewasa berusia 15–49 tahun di seluruh dunia hidup dengan HIV. Meningkatkan angka kejadian HIV di dunia sehingga. Peningkatan kasus HIV di dunia menuntut tenaga Kesehatan terutama perawat agar dapat meningkatkan peran dalam pemberian asuhan keperawatan terutama pada pasien HIV/AIDS.

HIV merupakan retrovirus yang menyebabkan immunosupresi. Infeksi virus menyebabkan orang tersebut rentan terhadap infeksi yang biasanya dikendalikan melalui respon imun. Istilah penyakit HIV digunakan bergantian dengan infeksi HIV. Dengan kemajuan pengobatan, HIV dikelola sebagai penyakit kronis, karena orang hidup lebih lama (Harding and Kwong, 2019).

Proses Keperawatan pasien dengan HIV-AIDS

Pengkajian

Orang dewasa yang mengidap penyakit HIV dipantau secara teratur untuk perubahan Imunitas atau status kesehatan yang menunjukkan perkembangan penyakit dan perlunya intervensi. Frekuensi pemantauan bervariasi dari setiap 2 hingga 6 bulan berdasarkan perkembangan penyakit dan respons terhadap pengobatan. Melanjutkan penilaian sangat penting untuk memastikan bahwa obat terus bekerja secara optimal karena pasien mungkin memiliki masalah pengobatan atau masalah yang berkaitan dengan penyakit di banyak sistem organ. Kaji perubahan sehingga masalah apa pun dapat ditemukan lebih awal dan ditangani. Identifikasi faktor risiko potensial, termasuk praktik seksual dan riwayat penggunaan narkoba IV/suntikan. Kaji status fisik dan psikologis. Jelajahi secara menyeluruh faktor-faktor yang mempengaruhi fungsi sistem kekebalan tubuh (Williams and Wilkins, 2010);(Ignatavicius *et al.*, 2018)

1. Tanyakan tentang usia, jenis kelamin, pekerjaan, dan di mana pasien tinggal. Kaji penyakit saat ini secara menyeluruh, termasuk kapan dimulai, tingkat keparahan gejala, masalah terkait, dan intervensi apa pun hingga saat ini. Tanyakan kepada pasien tentang kapan infeksi HIV didiagnosis dan gejala apa yang menyebabkan diagnosis tersebut. Minta dia untuk memberikan riwayat kronologis infeksi dan masalah sejak diagnosis. Kaji riwayat kesehatan pasien, termasuk apakah dia menerima transfusi darah (sebelum tes darah rutin untuk kontaminasi HIV). Tanyakan kepada pasien tentang praktik seks, infeksi menular seksual (IMS), dan penyakit menular utama, termasuk tuberkulosis dan hepatitis. Jika pasien menderita hemofilia, tanyakan tentang pengobatan dengan faktor pembekuan. Tentukan apakah pasien

telah terlibat dalam penggunaan narkoba suntikan di masa lalu atau sekarang. Kaji fungsi kognitif pasien dan tingkat pengetahuan tentang diagnosis, manajemen gejala, tes diagnostik, pengobatan, sumber daya komunitas, dan cara penularan HIV. Juga nilai pemahamannya dan penggunaan praktik seks yang aman dan berikan pengajaran pasien yang sesuai

2. Status nutrisi
 - a. Kaji riwayat diet.
 - b. Identifikasi faktor-faktor yang dapat mengganggu asupan oral, seperti anoreksia, mual, muntah, nyeri mulut, atau kesulitan menelan.
 - c. Kaji kemampuan pasien untuk membeli dan menyiapkan makanan.
 - d. Ukur status gizi menurut berat badan, pengukuran antropometri (pengukuran lipatan kulit trisept), dan nitrogen urea darah (BUN), protein serum, albumin, dan kadar transferrin
3. Kulit dan membran mukosa
 - a. Periksa setiap hari untuk kerusakan, ulserasi, dan infeksi.
 - b. Pantau rongga mulut terhadap kemerahan, ulserasi, dan bercak putih krem (kandidiasis).
 - c. Kaji area perianal untuk ekskoriasi dan infeksi.
 - d. Dapatkan kultur luka untuk mengidentifikasi organisme infeksius.
4. Sistem pernafasan
 - a. Pantau batuk, produksi sputum, sesak napas, ortopnea, takipnea, dan nyeri dada; menilai suara napas.

- b. Kaji parameter lain dari fungsi paru (rontgen dada, gas darah arteri [ABG], oksimetri nadi, tes fungsi paru).
5. Sistem neuro
- a. menilai status mental sedini mungkin untuk memberikan garis dasar. Catat tingkat kesadaran dan orientasi
 - b. menilai status mental sedini mungkin untuk memberikan garis dasar. Catat tingkat kesadaran dan orientasi terhadap orang, tempat, dan waktu serta terjadinya penyimpangan ingatan.
 - c. Amati defisit sensorik, seperti perubahan visual, sakit kepala, dan mati rasa dan kesemutan di ekstremitas
 - d. Amati gangguan motorik, seperti perubahan cara berjalan dan paresis.
 - e. Observasi adanya kejang
6. Status cairan dan elektrolit
- a. Periksa kulit dan membran mukosa untuk turgor dan kekeringan.
 - b. Kaji dehidrasi dengan mengamati peningkatan rasa haus, penurunan haluaran urin, tekanan darah rendah, denyut nadi cepat yang lemah, atau berat jenis urin.
 - c. Pantau ketidakseimbangan elektrolit. (Studi laboratorium menunjukkan kadar natrium, kalium, kalsium, magnesium, dan klorida serum yang rendah.)

- d. Kaji tanda dan gejala defisit elektrolit, termasuk perubahan status mental, kedutan otot, kram otot, denyut nadi tidak teratur, mual dan muntah, dan pernapasan dangkal
7. Tingkat pengetahuan
- a. Evaluasi pengetahuan pasien tentang penyakit dan penularannya.
 - b. Kaji tingkat pengetahuan keluarga dan teman.
 - c. Jelajahi reaksi pasien terhadap diagnosis infeksi HIV atau AIDS.
 - d. Jelajahi bagaimana pasien menghadapi penyakit dan stres utama kehidupan di masa lalu.
 - e. Identifikasi sumber daya pasien untuk mendapatkan dukungan.
8. Terapi alternatif
- a. Tanyakan pasien tentang penggunaan terapi alternatif.
 - b. Dorong pasien untuk melaporkan setiap penggunaan terapi alternatif kepada penyedia layanan kesehatan primer.
 - c. Menjadi akrab dengan potensi efek samping dari terapi alternatif; jika efek samping diduga akibat dari terapi alternatif, diskusikan dengan pasien dan penyedia layanan kesehatan primer dan alternatif. Lihat terapi alternatif dengan pikiran terbuka, dan cobalah untuk memahami pentingnya pengobatan bagi pasien.

Diagnosa Keperawatan berdasarkan SDKI

Diagnosa keperawatan berdasarkan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017)

1. Bersihan jalan napas tidak efektif (D.0001)
2. Diare (D.0020)
3. Defisit nutrisi (D.0019)
4. Hipovolemia (D.0023)
5. Gangguan integritas kulit dan jaringan (D.0129)
6. Keletihan (D.0057)

Luaran dan Intervensi Keperawatan

Luaran dan intervensi keperawatan berdasarkan SIKI dan SLKI, (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018; Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Tabel 7.1. SDKI, SLKI dan SIKI

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1.	<p>Bersihan Jalan Napas (D.0001) Kategori: Fisiologis Subkategori: Respirasi</p> <p>Definisi Ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten.</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor Subjektif (Tidak tersedia)</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Batuk tidak efektif b. Tidak mampu batuk c. Sputum berlebih d. Mengi, wheezing dan/atau ronkhi kering 	<p>Bersihkan Jalan Napas (L.01001) Setelah dilakukan intervensi selama 3 jam, maka Bersihan Jalan Napas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum menurun 3. Frekuensi napas membaik 4. Pola napas membaik 	<p>Manajemen Jalan Nafas (I.01011)</p> <p>Definisi Mengidentifikasi dan mengelola kepatenan jalan nafas</p> <p>Tindakan Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) b. Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) c. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a.pertahankan kepatenan jalan napas dengan head tilt dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma servikal) b.posisikan semi-fowler atau fowler c.berikan minuman hangat d.lakukan fisioterapi dada,jika perlu e.berikan oksigen,jika perlu <p>Edukasi</p>

	<p>Gejala dan Tanda Minor Subjektif</p> <p>a. Dispnea b. Sulit bicara c. Ortopnea</p> <p>Objektif</p> <p>a. Bunyi napas menurun b. Frekuensi napas berubah c. Pola napas berubah</p>		<p>a. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi b. ajarkan teknik batuk efektif</p> <p>Kolaborasi</p> <p>a. kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu</p>
2.	<p>Diare (D.0020) Kategori: Fisiologis Subkategori: Nutrisi dan Cairan</p> <p>Definisi Pengeluaran feses yang sering, lunak dan tidak berbentuk</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor Subjektif (Tidak tersedia)</p> <p>Objektif</p> <p>a. Defekasi lebih dari tiga kali dalam 24 jam b. Feses lembek atau cair</p> <p>Gejala dan Tanda Minor Subjektif</p> <p>a. Urgency b. Nyeri/kram abdomen</p> <p>Objektif</p> <p>a. Frekuensi peristaltik meningkat b. Bising usus hiperaktif</p>	<p>Eliminasi fekal(L.04033) Setelah dilakukan intervensi selama 3 jam, maka</p> <p>Eliminasi Fekal</p> <p>Membaik dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Konsistensi feses membaik b. Frekuensi BAB membaik c. Peristaltik usus membaik</p>	<p>Manajemen Diare(I.03101)</p> <p>Definisi Mengidentifikasi dan mengelola diare dan dampaknya.</p> <p>Tindakan Observasi</p> <p>a. Identifikasi penyebab diare b. Monitor wama, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja c. Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal d. Memonitor jumlah pengeluaran diare e. Monitor keamanan penyiapan makanan</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Berikan asupan cairan oral (mis. larutan garam gula, oralit, pedialyte, renalyte) b. Pasang jalur intravena c. Berikan cairan intravena (mis. ringer asetat, ringer laktat), jika perlu d. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit -Ambil sampel feses untuk kultur, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap b. Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas dan mengandung laktosa</p> <p>kolaborasi</p> <p>a. Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (mis. loperamide, difenoksilat) b. Kolaborasi pemberian obat antispasmodic/spasmolitik (mis. papaverin, ekstrak belladonna, mebeverine)</p>

			c. Kolaborasi pemberian obat pengeras feses (mis. atapulgita, smektit, kaolin-pektin)
3.	<p>Defisit Nutrisi (D.0019) Kategori: Fisiologis Subkategori: Nutrisi dan Cairan Definisi Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme Gejala dan Tanda Mayor Subjektif (Tidak tersedia) Objektif a. Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal Gejala dan Tanda Minor Subjektif a. Cepat kenyang setelah makan b. Kram/nyeri abdomen c. Nafsu makan menurun Objektif a. Bising usus hiperaktif b. Otot pengunyah lemah c. Otot Menelan lemah d. Membran mukosa pucat e. Sariawan f. Serum albumin turun g. Rambut rontok berlebihan h. Diare Kondisi Klinis Terkait a. AIDS</p>	<p>Status Nutrisi (L.03030) Setelah dilakukan intervensi selama 3 jam, maka Status Nutrisi Membaik dengan kriteria hasil: a. Indeks Massa Tubuh (IMT) membaik b. Sariawan menurun c. Berat badan membaik d. Frekuensi makan membaik e. Nafsu makan membaik f. Serum albumin meningkat</p>	<p>Manajemen Nutrisi (I.03119) Definisi Mengidentifikasi dan mengelola asupan nutrisi yang seimbang Tindakan Observasi: a. identifikasi status nutrisi b. identifikasi alergi dan intoleransi makanan c. identifikasi makanan yang disukai d. identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi e. identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik f. monitor asupan makanan g. monitor berat badan h. monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik a. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu b. Fasilitas menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan) c. sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai d. berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein e. berikan suplemen makanan, jika perlu Edukasi a. Anjurkan posisi duduk, jika mampu b. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antiemetik), jika perlu b. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu</p>
4.	<p>Hipovolemia (D.0023) Kategori: Fisiologis Subkategori: Nutrisi dan Cairan Definisi Penurunan volume cairan intravaskular,</p>	<p>Status Cairan (L.03028) Setelah dilakukan intervensi selama 24 jam, maka Status Cairan</p>	<p>Manajemen Hipovolemia (I.03116) Definisi Mengidentifikasi dan mengelola penurunan volume cairan intravaskuler.</p>

	<p>interstisial, dan/atau intraseluler.</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor Subjektif (Tidak tersedia)</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> Frekuensi nadi meningkat Nadi teraba lemah Tekanan darah menurun Tekanan nadi menyempit Turgor kulit menurun Membran mukosa kering Volume urin menurun Hematokrit meningkat <p>Gejala dan Tanda Minor Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> Merasa lemah Mengeluh haus <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> Pengisian vena menurun Status mental berubah Suhu tubuh meningkat Konsentrasi urin meningkat Berat badan turun tiba-tiba <p>Kondisi Klinis Terkait</p> <ol style="list-style-type: none"> AIDS 	<p>Membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kekuatan nadi meningkat Turgor kulit meningkat 	<p>Tindakan Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah) Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Hitung kebutuhan cairan Berikan asupan cairan oral <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL) Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. glukosa 2,5%, NaCl 0,4%) Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis, albumin, Plasmanate)
5.	<p>Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D. 0129)</p> <p>Kategori: Lingkungan</p> <p>Subkategori: Keamanan dan Proteksi</p> <p>Definisi</p> <p>Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, korea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen).</p>	<p>Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi selama 3 jam, maka Integritas Kulit dan Jaringan Meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Elastisitas meningkat 	<p>Perawatan luka (I.14564)</p> <p>Definisi</p> <p>Mengidentifikasi dan meningkatkan penyembuhan luka serta mencegah terjadinya komplikasi luka</p> <p>Tindakan Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu

	<p>Gejala dan Tanda Mayor Subjektif (tidak tersedia) Objektif a. Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit</p> <p>Gejala dan Tanda Minor Subjektif (tidak tersedia) Objektif a. Nyeri b. Perdarahan c. Kemerahan d. Hematoma</p> <p>Kondisi Klinis Terkait a. Imunodefisiensi (mis. AIDS)</p>	<p>b. Hidrasi meningkat c. Perfusi jaringan meningkat d. Kerusakan jaringan menurun e. Kerusakan lapisan kulit menurun f. Nyeri menurun</p>	<p>Edukasi a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi b. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein c. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</p> <p>Kolaborasi a. kolaborasi prosedur debridement (mis. enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu b. kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu</p>
6.	<p>Keletihan (D. 0057) Kategori: Fisiologis Subkategori: Aktivitas/Istirahat Definisi Penurunan kapasitas kerja fisik dan mental yang tidak pulih dengan istirahat</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor Subjektif a. Merasa energi tidak pulih walaupun telah tidur b. Merasa kurang tenaga c. Mengeluh lelah</p> <p>Objektif a. Tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin b. Tampak lesu</p> <p>Gejala dan Tanda Minor Subjektif a. Merasa bersalah akibat tidak mampu menjalankan tanggung jawab b. Libido menurun</p>	<p>Tingkat Keletihan (L.05046) Setelah dilakukan intervensi selama 3 jam, maka Tingkat Keletihan Menurun dengan kriteria hasil: a. Verbalisasi kepulihan energi meningkat b. Tenaga meningkat c. Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat d. Motivasi meningkat e. Verbalisasi lelah menurun f. Lesu menurun g. Gangguan konsentrasi menurun</p>	<p>Manajemen Energi (1.05178)</p> <p>Definisi Mengidentifikasi dan mengelola penggunaan energi untuk mengatasi atau mencegah keletihan dan mengoptimalkan proses pemulihan.</p> <p>Tindakan Observasi a. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan -Monitor kelelahan fisik dan emosional b. Monitor pola dan jam tidur c. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p>Terapeutik a. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis, cahaya, suara, kunjungan) - Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif -Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan b. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</p> <p>Edukasi a. Anjurkan tirah baring b. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap -Anjurkan menghubungi perawat jika tanda</p>

	<p>Objektif a. Kebutuhan istirahat meningkat</p> <p>Kondisi Terkait a. AIDS</p>		<p>dan gejala kelelahan tidak berkurang</p> <p>c. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</p> <p>Kolaborasi a. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Daftar Pustaka

- Harding, M.M. and Kwong, J. (2019) 'Lewis ' s Medical-Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems'.
- Ignatavicius, D.D. *et al.* (2018) 'Medical surgical nursing: concepts for interprofessional collaborative care', *Elsevier*, p. 1808.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) *STANDAR INTERVENSI KEPERAWATAN INDONESIA*. 1st edn. Jakarta.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) *STANDAR LUARAN KEPERAWATAN INDONESIA*. 1st edn. Jakarta.
- WHO (2022) *THE GLOBAL HEALTH OBSERVATORY, Explore a world of health data*. Available at: [https://www.who.int/data/gho/data/themes/hiv-aids#:~:text=Globally%2C 38.4 million %5B33.9-39.9%5D%2C,considerably between countries and regions](https://www.who.int/data/gho/data/themes/hiv-aids#:~:text=Globally%2C%2038.4%20million%20%5B33.9%2D39.9%5D%2C%20considerably%20between%20countries%20and%20regions).
- Williams, L. and Wilkins (2010) *Handbook for Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. Twelfth. London: Wolters Kluwer.

Profil Penulis



Ita Sulistiani, S.Kep, NS. M.Kep

Ketertarikan penulis terhadap dunia kesehatan dimulai pada tahun 2006 silam penulis memilih untuk melanjutkan sekolah di jurusan Keperawatan UIN Alauddin Makassar. Setelah menyelesaikan Pendidikan sarjana penulis melanjutkan Pendidikan profesi Ners di STIK GIA Makassar. Empat tahun kemudian, penulis melanjutkan studi S2 Keperawatan di Universitas Hasanuddin Makassar. Penulis memilih peminatan keperawatan medikal bedah. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif melakukan penelitian dan pengabdian di bidang keperawatan.

Email Penulis: itasulistiani@ung.ac.id

KASUS NYATA (*CASE STUDY*) PASIEN DENGAN HIV/AIDS BERBASIS SDKI, SLKI, DAN SIKI

Rahmawati Raharjo, S. Kep. Ns., M. Kes
Universitas Bakti Indonesia

Pengkajian Keperawatan Pasien Dengan HIV/AIDS

Pengkajian mencakup data yang dikumpulkan melalui wawancara berisi tentang identitas, keluhan utama, pengumpulan Riwayat Kesehatan (riwayat penyakit sekarang, dahulu, keluarga dll), pengkajian fisik, pemeriksaan laboratorium, dan diagnostik serta review catatan sebelumnya (Doenges et al., 2000). Adapun data pengkajian diperoleh melalui hasil pencarian artikel dan karya tulis tentang studi kasus pada pasien dengan HIV AIDS sebagai berikut (Iswandi, 2017); (Kaat, 2019); (Manafe et al., 2020); (Ngongo, 2018); (Theovena, 2022):

Riwayat Kesehatan: - Keluhan utama: antara pasien satu dengan lainnya memiliki keluhan yang mirip. Pasien mengatakan diare, BAB cair dengan frekuensi bervariasi (3 hingga 6 kali sehari), konsistensi feses cair dan berwarna kuning, lamanya diare juga bervariasi (lebih dari 1 minggu), keadaan umum pasien lemah, letih,

nafsu makan menurun, berat badan berkurang, pasien sering haus.

- Riwayat Kesehatan sekarang: pasien tampak kurus lemah, penurunan berat badan akibat diare yang berlangsung cukup lama. Karakteristik diare yang dialami pasien bervariasi dari segi frekuensi, lama dan konsistensi feses yang terkadang berdarah disertai lendir. Pasien mengeluhkan mual muntah, tidak nafsu makan, tidak menghabiskan porsi makannya. Pasien terkadang juga mengalami demam turun naik.
- Riwayat Kesehatan dahulu: pasien mendapatkan terapi ARV, pasien memiliki riwayat pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya karena keluhan batuk darah dan mendapatkan terapi pengobatan OAT. Pasien pernah melakukan hubungan seksual dengan pacar, wanita penghibur, dan dengan sesama jenis.

Riwayat
Kesehatan:

- Riwayat Kesehatan keluarga: pasien mengatakan tidak ada keluarga yang mengalami atau memiliki riwayat penyakit menular

Pola
Kesehatan:

- Nutrisi: klien mengatakan makan 3 kali sehari tapi tidak pernah menghabiskan porsi makanan yang disediakan, hanya memakan 3-5

sendok. Sering merasa mual muntah. Klien mengeluhkan nyeri saat makan disebabkan sariawan.

- Cairan: klien mengatakan sering haus, minum menghabiskan kurang lebih 4 gelas dalam sehari. Pasien juga mendapatkan terapi cairan infus seperti Ringer laktat 20-30 tpm, Sodium Chloride 0,9 % 28 tpm
- Pola eliminasi: ada pasien yang terpasang urine kateter, pengeluaran urine bervariasi antara 1100 hingga 1500cc sehari. pasien yang tidak terpasang kateter, mengatakan BAK 3-4 kali per hari dengan karakteristik urine dalam batas normal. Pola eliminasi BAB, pasien mengatakan diare, **BAB 3 sampai 6 kali** sehari, konsistensi feses cair, ada yang terkadang disertai darah dan lender.
- Pola aktivitas: saat sakit ini, untuk aktivitas seperti makan/minum, toileting, berpakaian, mobilitas di tempat tidur, dan berpindah dibantu oleh keluarga karena kelemahan yang dialami pasien.
- Pola istirahat tidur: klien mengatakan tidur tidak nyenyak, sering terbangun dan sulit untuk mengawali tidur terutama di malam hari. Rata-rata waktu tidur siang selama 1-2 jam, malam 2-3 jam,

- Pola personal hygiene: klien mengatakan sering kali tidak teratur dalam melakukan gosok gigi, mandi, menggunting kuku atau pun mengganti pakaiannya.
- Pola konsep diri: pasien tidak lagi sekuat sebelum sakit, berharap ingin segera sembuh, ada pasien tidak malu dengan kondisinya.
- Pola hubungan peran: pasien mengatakan hubungan dengan keluarga baik-baik saja.
- Pola fungsi seksual: pasien mengatakan pernah melakukan hubungan seks tanpa kondom, namun saat sakit tidak pernah melakukannya lagi.
- Pola mekanisme koping: pasien merasa takut pada penyakit yang dialami.
- Pola nilai dan kepercayaan: pasien percaya bahwa Tuhan akan memberikan kesembuhan.

Pemeriksaan Fisik: - Keadaan umum: pasien tampak lemah, kurus, pucat

- Kesadaran: compos mentis. GSC 456

- Tanda-tanda vital:

- Tekanan darah: systole 110 mmHg, diastole 70 mmHg

- Nadi: 86 x/menit

- Suhu: 37,5⁰ C

- RR: 20 x/menit
- Penurunan BB 10% - 20%
- IMT: kategori kurus hingga sangat kurus
- Status gizi, kurang
- Wajah: tampak pucat
- Kepala: rambut kusam, mudah rontok
- Mata: konjungtiva anemis
- Mulut: mukosa bibir kering, tampak sariawan, kandidiasis oral, lidah kotor
- Paru: tidak ada kelainan, bentuk dada simetris, tidak ada otot bantu, bentuk dada simetris, tidak ada otot bantu, : Suara resonan, nyeri tekan negative, SPO2: 98%
- Abdomen: bising usus 22 x/menit, distensi abdomen. Perkusi timpani, ada nyeri tekan.
- Kulit: tampak kering,, turgor kulit < 2 detik,
- Ekstremitas: tampak terpasang infus set di ekstremitas atas sebelah kiri, edema negative, akral hangat, CRT < 3 detik, dan tonus otot melemah

Diagnosa Keperawatan Pasien dengan HIV/AIDS

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian kritis berkaitan dengan respon klien terhadap masalah yang

dihadapi atau proses kehidupan yang dialami yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2016). Pada studi kasus ini teridentifikasi diagnosa keperawatan antara lain 1) Diare berhubungan dengan proses infeksi, 2) Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis.

Tabel 8.1. Diagnosa Keperawatan Pasien dengan HIV/AIDS

No	Diagnosa Keperawatan	Analisa Data
1	Diare berhubungan dengan proses infeksi	Data subjektif: Pasien mengatakan diare, BAB cair dengan frekuensi bervariasi (3 hingga 6 kali sehari) Data objektif: <ul style="list-style-type: none"> - konsistensi feses cair dan berwarna kuning - terkadang berdarah disertai lendir - diare sudah lebih 1 minggu - bising usus 22 x/menit
2	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis	Data subjektif: pasien mengatakan nafsu makan menurun, berat badan berkurang Data objektif: <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum lemah - Pasien tampak kurus, pucat - Mual muntah - Nafsu makan berkurang - tidak menghabiskan porsi makannya, hanya memakan 3-5 sendok dari porsi yang disediakan - Penurunan BB 10% - 20% - IMT: kategori kurus hingga sangat kurus - Status gizi, kurang - Konjungtiva anemis - Mukosa bibir kering, tampak sariawan, kandidiasis oral, lidah kotor

Intervensi Keperawatan Pasien Dengan HIV/AIDS

Rencana asuhan keperawatan dilakukan pada pasien dengan mengacu pada SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia). Adapun rencana keperawatan

berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah teridentifikasi yaitu (SLKI, 2018); (Tim Pokja SIKI DPP PPNi, 2018):

Tabel 8.2. Intervensi Keperawatan Pasien dengan HIV/AIDS

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	
	SLKI	SIKI
Diare b.d proses infeksi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, pasien diharapkan:</p> <p>Eliminasi fekal</p> <p>Ekspektasi: membaik</p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi : 5 (Membaik) BAB - Konsistensi : 5 (Membaik) feses - Peristaltic : 5 (Membaik) usus - Warna feses : 5 (Membaik) - Kelembapan : 5 (Membaik) mukosa - Berat badan : 5 (Membaik) - Dehidrasi : 5 (Membaik) - TTV : 5 (Membaik) - Diare : 1 (Menurun) 	<p>Manajemen Diare</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab diare (mis, inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal, proses infeksi, malabsorpsi, ansietas, stress, efek obat-obatan, pemberian botol susu) 2. Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja 3. Monitor tanda dan gejala hypovolemia (mis, takikardia, nadi teraba lemah, tekanan darah turun, turgor kulit turun, mukosa mulut kering, CRT melambat, BB menurun) 4. Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal 5. Monitor jumlah pengeluaran diare <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Berikan asupan cairan oral (mis, larutan garam gula, oralit, pedialyte, renalyte)

		<p>7. Berikan cairan intravena (mis, ringer asetat, ringer laktat), jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>8. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap</p> <p>9. Anjurkan menghindari makanan pembentukan gas, pedas, dan mengandung laktosa</p> <p>olaborasi</p> <p>10. Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (mis, loperamide, difenoksilat)</p> <p>11. Kolaborasi pemberian obat penguas feses (mis, atapulgita, smektit, krolinpektin)</p> <p>Manajemen Cairan</p> <p>Observasi</p> <p>1. Monitor status hidrasi (mis frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembapan mukosa, turgor kulit, tekanan darah)</p> <p>2. Monitor BB harian</p> <p>Terapeutik</p> <p>3. Catat intake-output cairan 24 jam</p> <p>4. Berikan asupan cairan sesuai kebutuhan</p> <p>5. Berikan cairan intravena</p>
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan, pasien diharapkan: Status nutrisi Ekspektasi: membaik Dengan kriteria hasil:	Manajemen nutrisi Observasi 1. Identifikasi status nutrisi

<p>dengan faktor biologis</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nafsu makan : 5 (Membaik) - Berat badan : 5 (Membaik) - IMT : 5 (Membaik) - Mual : 5 (Menurun) - Muntah : 5 (Menurun) - Keinginan makan : 5 (Membaik) - Asupan makanan : 5 (Membaik) - Asupan nutrisi : 5 (Membaik) - Mempertahankan makanan di mulut : 5 (Membaik) 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 10. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) 11. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 12. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 13. Berikan suplemen makanan, jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 15. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu
-------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>16. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu</p> <p>Promosi berat badan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemungkinan penyebab BB kurang 2. Monitor adanya mual dan muntah 3. Monitor jumlah kalori yang dikonsumsi sehari-hari 4. Monitor berat badan 5. Monitor albumin, limfosit, dan elektrolit serum <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Berikan perawatan mulut sebelum pemberian makan, jika perlu 7. Sediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien (mis. Makanan dengan tekstur halus, makanan yang di blender, makanan cair yang diberikan melalui NGT atau gastrostomy, total parenteral nutrition sesuai indikasi) 8. Hidangkan makanan secara menarik 9. Berikan suplemen, jika perlu
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		10. Berikan pujian pada pasien/keluarga untuk peningkatan yang dicapai Edukasi 11. Jelaskan jenis makanan yang bergizi tinggi, namun tetap terjangkau 12. Jelaskan peningkatan asupan kalori yang dibutuhkan
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Implementasi Keperawatan Pasien dengan HIV/AIDS

Rencana keperawatan yang telah disusun untuk mengatasi masalah keperawatan yang dialami pasien, kemudian dilanjutkan dengan memberikan tindakan keperawatan dan tindakan/intervensi tersebut harus didokumentasikan dengan cermat. Perawat melakukan pengawasan terhadap efektifitas tindakan/intervensi yang dilakukan, bersamaan pula dengan menilai perkembangan pasien terhadap pencapaian tujuan atau hasil yang diharapkan. Adapun implementasi yang dilakukan sesuai dengan perencanaan yaitu :

1. Diagnosa diare berhubungan dengan proses infeksi antara lain: 1) Monitor buang air besar termasuk frekuensi, konsistensi, bentuk, volume dan warna; 2) Memonitor bising usus; 3) Mengkaji riwayat diare; 4) Menginstruksikan pasien atau anggota keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja; 5) Menilai turgor kulit; 6) Monitor ketidakseimbangan asam basa; 7) Monitor adanya mual muntah; 8) Mengidentifikasi ketidakseimbangan elektrolit; 9) Monitor adanya mual muntah dan diare; 10) Berikan terapi infus NaCl 0,9%; 11) Monitor kecepatan aliran infus; 12) Monitor tanda- tanda vital
2. Diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor

biologis, antara lain: 1) Menentukan status gizi; 2) Mengkaji riwayat alergi; 3) Monitor kalori dan asupan makanan; 4) Menentukan IMT; 5) Memonitor penurunan berat badan; 6) Memonitor turgor kulit; 7) Memonitor adanya mual muntah; 8) Mengidentifikasi diare; 9) Memonitor diet dan asupan kalori; 10) Mengidentifikasi penurunan nafsu makan; 11) Memonitor konjungtiva; 12) Mengidentifikasi rongga mulut; 13) Menilai hasil laboratorium (kolesterol, albumin, nitrogen, limfosit, dan nilai elektrolit); 14) Memastikan insersi intravena cukup paten; 15) Mempertahankan kecepatan aliran infus; 16) Memonitor intake dan output cairan; 17) Memonitor kadar albumin, protein total, elektrolit, profil lipid, glukosa darah dan kimia darah; 18) Memonitor tanda-tanda vital.

Evaluasi Keperawatan Pasien dengan HIV/AIDS

Masalah keperawatan teratasi, jika tujuan intervensi keperawatan tercapai ditandai dengan kriteria hasil yang mendekati atau memenuhi ekspektasi membaik. Adapun evaluasi keperawatan yang diperoleh dari pengamatan dan penilaian perkembangan pasien terhadap pencapaian tujuan setelah pemberian tindakan/implementasi keperawatan:

1. Diagnosa keperawatan diare berhubungan dengan proses infeksi.

S : pasien mengatakan diare mulai
(subjektif) berkurang hingga menurun

O : - Konsistensi cair hingga lunak,
(objektif) berwarna kuning, tidak ada lendir
ataupun darah
- Bising usus menurun

2. Diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis

S : pasien mengatakan nafsu makan mulai bertambah
(subjektif)

O :
(objektif)

- Porsi makan yang dihabiskan meningkat
- Berat badan tidak semakin berkurang, cenderung meningkat
- IMT meningkat
- Mual muntah tidak ada dikeluarkan oleh pasien
- Keinginan untuk makan, asupan makan/nutrisi meningkat

Daftar Pustaka

- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Geissler, A. C. (2000). Rencana Asuhan Keperawatan: pedoman untuk perencanaan dan pendokumentasian perawatan pasien. In *EGC. Jakarta*. Jakarta : EGC.
- Gunawan, Y. T., Prasetyowati, I., & Ririanty, M. (2016). Hubungan Karakteristik ODHA Dengan Kejadian Loss To Follow Up Terapi ARV Di Kabupaten Jember. *Jurnal IKESMA*, 12(1), 53–64.
- Iswandi, F. (2017). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan HIV AIDS Di IRNA non Bedah Penyakit dalam RSUP DR. M. Djamil Padang*. Padang: Poltekkes Kemenkes Padang.
- Kaat, F. (2019). *Asuhan Keperawatan Penyakit HIV/AIDS Pada Ny. Y. K Di Ruang Cempaka RSUD Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang*. Kupang: Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
- Manafe, A. M., Fouk, M. F. W. A., & Ratu, M. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Nn. G.B dan Tn.M.B.A. Yang Mengalami HIV/AIDS Dengan Masalah Perubahan Membran Mukosa Oral Di Ruang Melati dan Flamboyan RSUD Mgr. Gabriel Manek, SVD Atambua. *Jurnal Sahabat Keperawatan*, 2(02), 18–
- Ngongo, R. E. B. (2018). Asuhan Keperawatan Dengan Hiv Aids Di Ruangan Cempaka Rsud. Prof.Dr.W.Z Johannes Kupang. In *Journal of Chemical Information and Modeling*. upang : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
- PPNI, T. P. D. P. P. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) Edisi 1*. Jakarta : DPP PPNI.
- SLKI, D. T. P. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Indikator dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta : DPP PPNI.

Theovena, E. M. (2022). *Asuhan Keperawatan Pada Tn. J Dengan Diagnosa Medis AIDS dan Hemoroid Interna Grade II Di Ruang Dahlia Rumah Sakit Umum Daerah dr. H. Jusuf SK Tarakan*. Tarakan : Universitas Borneo Tarakan.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta : DPP PPNI.

Profil Penulis



Rahmawati Raharjo, S. Kep. Ns., M. Kes

Penulis dilahirkan di kota Kampar, 23 April 1990. Penulis menyelesaikan Pendidikan Sarjana Keperawatan Di STiKES Banyuwangi (2008-2012), kemudian melanjutkan Profesi Ners di STIKES Surya Mitra Husada Kediri (2013-2014). Serta melanjutkan Pendidikan S2 di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Konsentrasi Kesehatan Reproduksi (2014-2016). Hingga saat ini penulis berprofesi sebagai dosen di program studi S1 Ilmu Keperawatan Universitas Bakti Indonesia yang beralamat di Banyuwangi, selain itu penulis saat ini juga aktif melakukan penelitian, menulis artikel, berbagai jurnal ilmiah dan buku.

Email Penulis: rahmawatiraharjo2@gmail.com

PERAN DAN DUKUNGAN KELUARGA DAN MASYARAKAT PADA PASIEN ODHA

Iskandar Arfan, S.K.M., M.Kes.(Epid)
Universitas Muhammadiyah Pontianak

Pendahuluan

Human Immunodeficiency Virus (HIV) dan *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) masih menjadi masalah kesehatan yang serius di seluruh dunia. Di Indonesia sendiri, jumlah kasus HIV dan AIDS terus meningkat dari tahun ke tahun. Salah satu faktor yang dapat memengaruhi kualitas hidup penderita HIV dan AIDS adalah dukungan keluarga dan masyarakat sekitar. Pada bab ini akan membahas secara komprehensif mengenai peran dan dukungan keluarga dan masyarakat pada ODHA (orang dengan HIV dan AIDS) dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang bagaimana dukungan keluarga dan masyarakat dapat membantu untuk meningkatkan kualitas hidup, serta mengoptimalkan pengobatan dan perawatan pada ODHA.

Dukungan Keluarga

1. Pengertian

Dukungan keluarga terdiri dari informasi atau nasehat verbal dan nonverbal, bantuan nyata, atau

tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial atau didapat karena kehadiran mereka dan mempunyai manfaat emosional atau efek perilaku bagi pihak penerima (Gottlieb, 1983). Dukungan keluarga adalah segala bentuk bantuan yang diberikan oleh keluarga kepada anggota keluarga lainnya untuk mempromosikan kesehatan dan kesejahteraan, membantu dalam situasi sulit, dan memberikan rasa keamanan dan cinta (Friedman et al., 2003). Berdasarkan Pengertian diatas bahwa dukungan keluarga merupakan berbagai bentuk bantuan yang diberikan oleh keluarga untuk mempromosikan kesehatan dan kesejahteraan, membantu dalam situasi sulit, dan memberikan rasa keamanan dan cinta. Dukungan keluarga terdiri dari informasi atau nasehat verbal dan nonverbal, bantuan nyata, atau tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial atau didapat karena kehadiran mereka dan mempunyai manfaat emosional atau efek perilaku bagi pihak penerima.

2. Jenis-Jenis Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga terdiri dari beberapa jenis antara lain:

- a. Dukungan emosional (*Emotional support*) merupakan dukungan yang diberikan dalam bentuk perhatian, kasih sayang, dukungan moral, dan hubungan interpersonal yang positif. Dukungan emosional dapat membantu pasien dengan HIV/AIDS merasa didukung dan memperbaiki kesejahteraan psikologis mereka.
- b. Dukungan spiritual merupakan dukungan yang diberikan pada dimensi spiritual pasien, yaitu keyakinan, nilai, dan praktek keagamaan atau kepercayaan yang dimiliki oleh pasien. Dukungan

spiritual sangat penting bagi pasien ODHA karena dapat membantu pasien menghadapi stres, meredakan ketakutan, meningkatkan kesejahteraan emosional, dan meningkatkan kualitas hidup.

- c. Dukungan instrumental (*Instrumental support*) merupakan dukungan dalam bentuk bantuan materi dan praktis, seperti uang, makanan, transportasi, atau bantuan fisik. Dukungan ini membantu pasien dengan HIV/AIDS untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari mereka dan mengurangi beban finansial mereka.
 - d. Dukungan penilaian (*Appraisal support*) adalah dukungan dalam bentuk pandangan objektif dan evaluasi positif yang diberikan oleh anggota keluarga atau teman. Dukungan penilaian dapat membantu pasien HIV/AIDS untuk membuat keputusan yang lebih baik dan memperbaiki persepsi diri mereka.
 - e. Dukungan informasional (*informational support*) adalah dukungan yang diberikan dalam bentuk informasi, saran, dan arahan untuk membantu pasien dalam mengatasi masalah atau memperoleh pengetahuan yang diperlukan terkait kondisi medis mereka (Desalegn et al., 2022; Lifson et al., 2015).
3. Dampak dukungan keluarga bagi ODHA

Dukungan keluarga dapat memiliki dampak positif yang signifikan bagi ODHA, seperti:

- a. Meningkatkan kesehatan fisik: Dukungan keluarga dapat membantu ODHA untuk menjaga kesehatan fisik mereka, seperti membantu mereka mengingat waktu minum obat, membantu mereka

menghindari aktivitas yang dapat menyebabkan infeksi, dan membantu mereka untuk menjaga pola makan yang sehat.

- b. Meningkatkan kesehatan mental: Dukungan keluarga dapat membantu ODHA merasa lebih aman dan terlindungi dari diskriminasi dan stigmatisasi. Hal ini dapat membantu memperbaiki kesehatan mental pasien dan memungkinkan mereka untuk mengatasi stres yang terkait dengan HIV/AIDS.
- c. Mengurangi risiko penularan: Dukungan keluarga dapat membantu ODHA untuk memahami bagaimana menghindari penularan HIV/AIDS kepada orang lain. ODHA yang didukung oleh keluarga biasanya lebih mungkin untuk menjaga perilaku seksual yang aman dan menghindari perilaku berisiko yang dapat menyebabkan penularan HIV/AIDS.
- d. Meningkatkan kemampuan ODHA untuk mengatasi stigma: Dukungan keluarga dapat membantu ODHA untuk mengatasi stigma yang terkait dengan kondisi mereka. Keluarga dapat membantu mempromosikan pemahaman yang lebih baik tentang kondisi HIV/AIDS dan membantu ODHA merasa lebih diterima di masyarakat.
- e. Meningkatkan pengetahuan tentang HIV/AIDS: Dukungan keluarga dapat membantu ODHA dan keluarga mereka untuk memahami lebih banyak tentang kondisi HIV/AIDS, termasuk cara mencegah penyebarannya dan bagaimana cara menjaga kesehatan ODHA. Ini dapat membantu ODHA dan keluarga mereka untuk mengambil tindakan yang tepat dalam menjalani hidup dengan kondisi ini.

- f. Meningkatkan kepatuhan pada perawatan: Dukungan keluarga dapat membantu ODHA untuk lebih patuh dalam menjalani perawatan medis yang diperlukan. Hal ini dapat membantu ODHA untuk mengurangi risiko komplikasi dan meningkatkan kualitas hidup mereka.
 - g. Meningkatkan kualitas hidup: Dukungan keluarga dapat membantu ODHA merasa lebih aman dan nyaman di rumah, dan merasa lebih termotivasi untuk menjalani kegiatan sehari-hari. Ini dapat membantu ODHA merasa lebih puas dengan hidup mereka secara keseluruhan.
 - h. Meningkatkan harapan hidup ODHA: Dukungan keluarga dapat membantu ODHA untuk meningkatkan harapan hidup mereka. Dukungan keluarga dapat membantu ODHA untuk mengelola kondisi HIV/AIDS mereka dengan lebih baik dan menjalani hidup yang lebih sehat secara keseluruhan (Li et al., 2006; Mohanan & Kamath, 2009; Xu et al., 2017).
4. Dukungan ODHA di rumah
- a. Tahapan baru mengetahui terinfeksi HIV
 - 1) Sampaikan bahwa untuk ODHA sudah ada obat ARV yang disediakan oleh pemerintah secara cuma-cuma di layanan kesehatan yang telah menyediakan layanan perawatan, dukungan dan pengobatan;
 - 2) Sampaikan informasi yang benar berkaitan dengan HIV agar ODHA dan keluarga tidak panik dan dapat menerima kondisinya dengan lebih baik; dan

- 3) Tunjukkan dukungan moral/emosional dan spiritual kepada ODHA dan anggota keluarga lainnya.
- b. Tahapan telah menerima terinfeksi HIV
- 1) Jaga kebersihan
Jaga kebersihan terdiri dari:
 - a) Menjaga kebersihan ODHA agar selalu mencuci tangan menggunakan sabun setelah buang air besar, sebelum dan sesudah makan;
 - b) Menjaga kebersihan kamar dan tempat tidur yakni mencuci kain alas tidur atau sprei sarung bantal dan guling setidaknya seminggu sekali, menjaga agar sirkulasi udara baik pada jendela dan ventilasi, dan membersihkan lantai dari debu; dan
 - c) Kebersihan lingkungan dengan membersihkan dan merawat tanaman sekitar rumah, buang dan menutup tempat-tempat terbuka yang memungkinkan bersarangnya nyamuk serta pastikan saluran air pembuangan berfungsi dengan baik.
 - 2) Mengoptimalkan nutrisi ODHA
Mengoptimalkan nutrisi ODHA dengan memperhatikan makanan seimbang yang mengandung cukup zat gizi seperti karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral. Adapun kriteria yang baik untuk mengoptimalkan nutrisi bagi ODHA adalah:

- a) Dengan komposisi makanan 50% karbohidrat, 30% protein, dan 20% lemak serta vitamin dan mineral yang cukup. Jenis makanan mengandung karbohidrat: nasi, sagu, roti, umbi-umbian seperti singkong, kentang, ubi jalar dan talas. Makan mie instan tidak boleh terlalu sering karena seratnya kurang baik. Protein: telur, daging-dagingan, kacang-kacangan, tahu, tempe, ikan dan produk olahan kacang kedelai dan kacang lainnya. Lemak: minyak sayur, ikan, daging dan susu. Vitamin: semua jenis sayur dan buah-buahan.
 - b) Makan dengan porsi kecil tapi sering kalau sedang mual dikarenakan sedang minum obat ARV.
 - c) Makanlah minimal 1 jam sebelum minum ARV
- 3) Mengoptimalkan waktu istirahat dan tidur yang cukup bagi ODHA
- Memberikan dukungan dan motivasi untuk berolahraga yang dilakukan minimal 30 menit 2 sampai 3 kali seminggu seperti jogging, jalan sehat, senam aerobik, bersepeda, olahraga ketangkasan sesuai hobby dan aktivitas-aktivitas lain yang menggunakan otot besar.
- Lakukan dukungan kepatuhan pengobatan:
- a) Sampaikan manfaat ARV yang diminum secara teratur dan terus menerus.
 - b) Jadilah PMO (pendamping Minum Obat) yang baik, sabar dan telaten dengan selalu mengingatkan untuk minum obat pada waktunya

- c) Berilah dorongan kepada ODHA untuk mandiri dalam pengobatannya sehingga lambat laun PMO tidak selalu harus mengingatkan.
- d) Berilah dorongan dan kesempatan kepada ODHA untuk mampu melakukan aktivitas sehari-hari seperti biasa sebelum terinfeksi HIV serta meyakinkan ODHA bahwa pengobatan ARV yang teratur tetap menjadikannya aktif dan produktif seperti orang yang terinfeksi HIV.
- e) Jika timbul efek samping yang tidak bisa diatasi oleh keluarga atau pendamping ODHA, maka segeralah rujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat yang memiliki fasilitas pengobatan bagi ODHA (Kemenkes RI, 2017).

c. Tahapan terminal

Dukungan emosional menjelang kematian:

- 1) Pahami perasaan pasien: marah, ketakutan, kesedihan, penerimaan;
- 2) Dengarkan, perhatian, pengertian, empati;
- 3) Tawarkan untuk membicarakan perasaan takut kehilangan keluarga, teman;
- 4) Dengarkan dan berikan dukungan emosional;
- 5) Dorong keluarga atau orang lain untuk bertindak yang sama;
- 6) Bahasa kekhawatiran: perwalian, pengasuhan, biaya hidup/sekolah anak, biaya pemakaman;

- 7) Usahakan dukungan spiritual, wasiat, kepercayaan;
- 8) Jangan berusaha mengambil harta milik pasien untuk kepentingan pribadi;
- 9) Berdoa bersama; dan
- 10) Konseling untuk orang yang merawat dan orang yang dicintai .

d. Tahapan Meninggal

Apabila ODHA meninggal maka yang perlu dilakukan oleh keluarga:

- 1) Menghubungi layanan kesehatan segera
- 2) Jika meninggal di rumah dan keluarga tidak mau memandikan pasien di rumah, dapat dirujuk ke Rumah Sakit yang menangani dengan pembiayaan ditanggung keluarga.
- 3) Jika meninggal di rumah dan keluarga mau memandikan pasien sendiri, semua langkah-langkah mengikuti standar prosedur operasional penyelenggaraan jenazah, tetap semua limbah dimasukkan ke dalam kantong plastik dan dibakar (Kemenkes RI, 2017).

5. Dukungan ODHA pada hamil

Setiap wanita hamil seharusnya mendapatkan pelayanan kesehatan selama kehamilannya atau disebut ANC minimal 4 kali, demikian juga pada ODHA. Pada ODHA setiap kehamilan harus direncanakan lebih baik. Bentuk dukungan keluarga dalam kondisi ini adalah:

- a. Anjurkan pemeriksaan kehamilan sesegera mungkin untuk mendapatkan pengobatan ARV yang tepat dan sedini mungkin. Pastikan ODHA

melakukan pemeriksaan kehamilannya secara teratur serta mendapatkan informasi yang benar tentang kehamilan dan rencana persalinan serta perawatan setelah melahirkan (selama nifas) dan pemeliharaan bayinya. Pemberian pengobatan ARV lebih dari 6 bulan dapat menurunkan jumlah virus dalam darah (viral load) sampai tidak terdeteksi sehingga menurunkan risiko penularan HIV dari ibu ke bayinya dari 45% hingga menjadi kurang dari 1%. Risiko itu dapat diturunkan baik sejak kehamilan, persalinan dan menyusui.

- b. Apabila ODHA telah mendapatkan pengobatan ARV, lakukan dukungan kepatuhan pengobatan seperti ODHA yang tidak hamil.
- c. Selama pengobatan ARV perhatikan jika terjadi efek samping obat serta apa yang harus dilakukan membantu penanganannya.
- d. Berikan dukungan mental dan spiritual dari keluarga untuk persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan.
- e. Ketika ODHA sudah melahirkan
 - 1) Ingatkan ODHA untuk terus minum ARV secara teratur.
 - 2) Ingatkan juga ODHA untuk memberikan ASI eksklusif atau PASI (pengganti ASI) eksklusif sesuai anjuran petugas kesehatan. Pastikan ODHA sudah mendapatkan informasi yang jelas dan benar dari petugas kesehatan.
 - 3) Ingatkan untuk melakukan pemeriksaan nifas ke fasilitas kesehatan sesuai anjuran.

- 4) Beri dukungan dan kesempatan ODHA untuk mandiri merawat bayinya. Pastikan ODHA merawat bayi sesuai dengan anjuran petugas fasilitas pelayanan kesehatan.
- 5) Bayi ODHA kemungkinan mendapatkan pengobatan pencegahan (*Profilaksis cotrimoxazole*) atau pengobatan ARV (berdasarkan diagnosis dokter), maka pastikan ibu bayi memberikan pengobatan kepada bayinya sesuai anjuran petugas layanan kesehatan.
- 6) Bayi dari ibu ODHA juga perlu mendapatkan pelayanan kesehatan seperti bayi dari ibu lainnya dan sebaiknya diperiksa status HIV nya pada usia setelah 6 (enam) minggu ke fasilitas pelayanan kesehatan serta mengikuti anjuran dokter
- 7) Bilamana bayi terinfeksi HIV maka pengobatan mengikuti anjuran dokter seumur hidup.

6. Dukungan ODHA dengan tuberkulosis

Adapun bentuk dukungan keluarga untuk ODHA dengan tuberkulosis adalah sebagai berikut:

- a. Perhatikan tentang upaya pencegahan penularan TB dan ingatkan ODHA jika melakukan hal yang tidak sesuai.
- b. Apabila ODHA mendapatkan OAT (obat anti TB), perhatikan apakah ODHA minum OAT sesuai dengan anjuran dokter
- c. Ketika ODHA mendapat obat ARV dan TB, pastikan ODHA minum kedua jenis obat tersebut sesuai dengan anjuran dokter.

- d. Jika ada efek samping obat pastikan untuk tetap tidak berhenti minum obat tetapi minta pertolongan kepada petugas kesehatan atau dokter setempat.

Peran Masyarakat

Penanganan terhadap penderita HIV/AIDS atau ODHA (Orang dengan HIV/AIDS) bukanlah hanya tanggung jawab dokter atau tenaga medis ataupun keluarga saja tetapi juga merupakan tanggung jawab seluruh masyarakat. Hal ini penting karena stigma dan diskriminasi masih menjadi salah satu halangan dalam upaya penanganan dan pencegahan penyebaran HIV/AIDS di masyarakat. Oleh karena itu, peran masyarakat sangatlah penting dalam membantu ODHA untuk mendapatkan pengobatan, dukungan, dan pemenuhan hak-haknya sebagai manusia yang setara. Bentuk partisipasi masyarakat dalam mendukung perawatan ODHA terdiri dari:

1. Masyarakat

Yakni masyarakat sekitar tempat tinggal ODHA sebagai bentuk pemberdayaan, dimana masyarakat secara nyata ambil bagian dalam meningkatkan kesehatan, pelayanan kesehatan serta meningkatkan kualitas hidup ODHA.

- a. Meningkatkan ketahanan keluarga yakni setia pada pasangan dan saling asah, asih dan asuh dalam keluarga menuju hidup sehat, khususnya kesehatan reproduksi dan menghindari Napza.
- b. Bergotong royong dalam melaksanakan PHBS (perilaku hidup bersih dan sehat)
- c. Membangun lingkungan nyaman dan kondusif di sekitar tempat tinggal ODHA.

- d. Membangun kader/warga peduli AIDS sebagai sumber informasi di lingkungan sekitar dan membantu ODHA dan keluarganya dalam perawatan jika diperlukan
- e. Mencegah terjadinya stigma dan diskriminasi terhadap orang terinfeksi HIV dan keluarga, serta terhadap komunitas populasi kunci yakni dengan cara:
 - 1) Memahami dengan benar dan lengkap mengenai cara penularan HIV dan pencegahannya;
 - 2) Memberdayakan orang terinfeksi HIV sebagaimana anggota masyarakat lainnya; dan
 - 3) Mengajak semua anggota masyarakat untuk tidak mendiskriminasi orang terinfeksi HIV baik dari segi pelayanan kesehatan, pendidikan, pekerjaan dan semua aspek kehidupan.

2. Kelurahan dan Kecamatan

- a. Membantu ODHA dalam mengurus hal-hal administratif untuk mendukung perawatan dan pengobatannya, seperti surat domisili, surat keterangan miskin/tidak mampu, KTP dll.
- b. Membantu ODHA jika ada yang terlantar atau tidak memiliki keluarga sehingga dapat ditempatkan pada layanan kesehatan dan sosial seperti panti atau rumah singgah yang dikelola oleh dinas sosial.
- c. Mendekatkan akses layanan kesehatan dengan masyarakat sehingga mudah diakses dan terjangkau.

- d. Menjadikan layanan yang berada di wilayahnya menjadi komprehensif dan ramah terhadap ODHA tanpa stigma dan diskriminasi.
- e. Menggalakkan pos kesehatan seperti posyandu dalam lingkungan RT dan RW.

3. RT/RW

- a. Membantu ODHA dalam mengurus hal hal administratif untuk mendukung perawatan dan pengobatannya, misal seperti surat keterangan tinggal, surat keterangan miskin/tidak mampu, membantu dalam persyaratan BPJS dll.
- b. Membantu menyediakan transportasi desa/lingkungan sekitar seperti ambulance ketika ada ODHA yang memerlukan tindakan reaksi cepat.
- c. Membangun lingkungan yang kondusif di wilayah RT RW nya untuk kenyamanan ODHA tanpa stigma dan diskriminasi.
- d. Mendorong warga masyarakat yang berpotensi melakukan perbuatan beresiko tertular HIV untuk memeriksakan diri ke fasilitas pelayanan untuk pemeriksaan.

4. LSM (lembaga swadaya masyarakat)

- a. Membantu ODHA dan keluarga dalam hal merujuk pada layanan kesehatan maupun layanan/kebutuhan sosial lainnya.
- b. Memberikan dukungan konseling pada ODHA
- c. Memberikan pengetahuan dan informasi
- d. Memberikan support moral dan psikososial pada keluarga ODHA

5. Kelompok dukungan sebaya
 - a) Menjadi tempat/wadah berbagi cerita dan pengalaman sebagai sumber kekuatan untuk ODHA
 - b) Memberikan dukungan dan dorongan sesama ODHA dalam kepatuhan minum obat atau terapi lainnya
 - c) Memberikan dukungan moral untuk sesama ODHA misalnya dengan melakukan home visit ketika ada ODHA yang sakit atau terkena masalah lainnya.
6. Komunitas (populasi kunci/populasi berisiko)
 - a. Sebagai sumber bertukar informasi
 - b. Membantu dalam upaya advokasi ketika menghadapi kesulitan dalam mengakses layanan (Kemenkes RI, 2013, 2017).

Daftar Pustaka

- Desalegn, M., Gutama, T., Merdassa, E., Kejela, G., & Benti, W. (2022). Family and Social Support Among Patients on Antiretroviral Therapy in West Wollega Zone Public Hospitals, Western Ethiopia: A Facility-Based Cross-Sectional Study. *HIV/AIDS (Auckland, N.Z.)*, 14, 167. <https://doi.org/10.2147/HIV.S360431>
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003). *Family Nursing: Research, Theory, & Practice*. 5th Edition. Pearson Education Inc.
- Gottlieb, B. H. (1983). Social support as a focus for integrative research in psychology. *The American Psychologist*, 38(3), 278–287. <https://doi.org/10.1037//0003-066X.38.3.278>
- Kemenkes RI. (2013). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2013 Tentang Penanggulangan HIV Dan AIDS*.
- Kemenkes RI. (2017). *Panduan perawatan orang dengan HIV AIDS untuk keluarga dan masyarakat*.
- Li, L., Wu, S., Wu, Z., Sun, S., Cui, H., & Jia, M. (2006). Understanding Family Support for People Living with HIV/AIDS in Yunnan, China. *AIDS and Behavior*, 10(5), 509. <https://doi.org/10.1007/S10461-006-9071-0>
- Lifson, A. R., Workneh, S., Hailemichael, A., Demissie, W., Slater, L., & Shenie, T. (2015). Perceived social support among HIV patients newly enrolled in care in rural Ethiopia. *AIDS Care*, 27(11), 1382–1386. <https://doi.org/10.1080/09540121.2015.1098765>
- Mohanani, P., & Kamath, A. (2009). Family support for reducing morbidity and mortality in people with HIV/AIDS. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006046.PUB2>
- Xu, J. F., Ming, Z. Q., Zhang, Y. Q., Wang, P. C., Jing, J., & Cheng, F. (2017). Family support, discrimination, and quality of life among ART-treated HIV-infected patients: A two-year study in China. *Infectious Diseases of Poverty*, 6(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/S40249-017-0364-5/TABLES/4>

Profil Penulis



Iskandar Arfan, S.K.M., M.Kes.(Epid)

Penulis dilahirkan di Kota Pontianak Provinsi Kalimantan Barat pada Tanggal 29 Oktober 1986. Merupakan anak ke-dua dari pasangan H.Suparman, S.Pdi (Alm) dan Hj. Sartini, A.md Penulis menyelesaikan program S1 di Program Studi Kesehatan Masyarakat Peminatan Ilmu Perilaku Prodi Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Pontianak angkatan 2005 dan menyelesaikan program S2 di Program Magister Epidemiologi Universitas Diponegoro angkatan tahun 2012 dengan beasiswa BPPDN (Beasiswa Pendidikan Pascasarjana Dalam Negeri). Saat ini penulis sedang melanjutkan pendidikan S3 di Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga angkatan 2022 dengan beasiswa BPI (Beasiswa Pendidikan Indonesia). Penulis merupakan dosen di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pontianak, Selain sebagai dosen penulis aktif sebagai editor in chief dan reviewer di beberapa jurnal. Penulis juga aktif dalam kegiatan ilmiah dan organisasi keprofesian yaitu Perhimpunan Ahli Epidemiologi Indonesia (PAEI). Sehari-harinya bekerja sebagai dosen pengampu mata kuliah dasar epidemiologi, epidemiologi penyakit menular, epidemiologi penyakit tidak menular, surveilans kesehatan masyarakat, sistem informasi geografis kesehatan, manajemen data epid, dll. Selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal nasional maupun internasional serta aktif menulis buku ajar dan book chapter.

Email Penulis: iskandar.arfan@unmuhpnk.ac.id

PERAN TENAGA DAN LAYANAN KESEHATAN DALAM MENINGKATKAN KUALITAS HIDUP PASIEN ODHA

Ayu Rizky, S.K.M., M.Kes

Institut Teknologi dan Kesehatan Muhammadiyah
Kalimantan Barat

Pendahuluan

Penderita HIV/AIDS (ODHA) memerlukan perawatan kesehatan yang terus menerus sepanjang hidupnya. Perawatan yang tepat dan berkualitas merupakan kunci untuk meningkatkan kualitas hidup pasien ODHA, baik secara fisik maupun psikologis. Tenaga dan layanan kesehatan memiliki peran penting dalam memberikan perawatan yang optimal bagi pasien ODHA. Dengan dukungan tenaga dan layanan kesehatan yang memadai, pasien ODHA dapat mendapatkan perawatan yang komprehensif dan bermutu serta memperoleh dukungan emosional dan sosial yang dibutuhkan. Dalam bab ini, penulis menjelaskan hal ini secara lebih rinci (UNAID, 2019).

Peran Tenaga Kesehatan

Petugas kesehatan memainkan peran yang sangat penting dalam menjaga kesehatan dan keselamatan masyarakat.

Berikut adalah beberapa peran kunci profesional kesehatan:

1. Menyediakan layanan perawatan kesehatan yang berkualitas:

Profesional perawatan kesehatan memiliki tanggung jawab untuk memberikan perawatan yang berkualitas kepada pasien. Mereka harus memiliki pengetahuan dan keterampilan untuk mengidentifikasi, mendiagnosa, dan mengobati penyakit (Kemenkes RI, 2017).

2. Meningkatkan kesadaran kesehatan:

Petugas kesehatan harus mampu memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat untuk meningkatkan kesadaran kesehatan dan mencegah penyakit. Mereka juga harus membantu masyarakat mengadopsi gaya hidup sehat dan mempromosikan gaya hidup sehat (WHO, 2013).

3. Melakukan penelitian dan pengembangan:

Tenaga kesehatan harus terlibat dalam penelitian dan pengembangan untuk meningkatkan pemahaman tentang berbagai penyakit dan pengobatannya. Mereka harus terus memperbarui ilmu kesehatan mereka dan mengembangkan teknologi dan praktik terbaru untuk meningkatkan perawatan kesehatan (NIH, 2018).

4. Manajemen sistem kesehatan:

Petugas kesehatan harus mampu mengelola sistem kesehatan yang efisien dan efektif untuk memastikan bahwa pasien menerima perawatan yang tepat. Mereka harus mengawasi dan memantau petugas layanan kesehatan lainnya, mengelola sumber daya, dan memastikan sistem berfungsi dengan baik (WHO, 2010).

5. Dukungan mental dan psikologis:

Petugas kesehatan harus mampu memberikan dukungan emosional dan psikologis kepada pasien dan keluarganya dalam menghadapi penyakit dan perawatan medis. Mereka harus memiliki keterampilan komunikasi dan empati yang baik untuk memahami kebutuhan pasien dan keluarga mereka (APA, 2013).

Peran Tenaga dan Layanan Kesehatan dalam Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien ODHA

Petugas dan layanan kesehatan memainkan peran penting dalam meningkatkan kualitas hidup orang yang hidup dengan HIV. ODHA (Orang dengan HIV/AIDS) adalah sekelompok pasien yang membutuhkan perawatan kesehatan khusus dan dukungan psikologis.

Beberapa peran yang dimainkan petugas kesehatan dan layanan dalam meningkatkan kualitas hidup pasien yang hidup dengan HIV meliputi:

1. Memberikan Perawatan Medis Komprehensif:

Profesional kesehatan harus memberikan perawatan medis yang komprehensif dan terpadu untuk pasien yang terinfeksi HIV, termasuk obat antiretroviral, imunisasi, perawatan gigi dan mata, dan pengobatan untuk penyakit terkait HIV/AIDS.

2. Memberikan dukungan psikologis:

Pasien dengan HIV seringkali menjadi korban stigma dan diskriminasi dan membutuhkan dukungan psikologis untuk membantu mereka mengatasi masalah ini. Layanan medis harus memberikan dukungan psikologis yang memadai, seperti konseling dan dukungan kelompok.

3. Berikan pendidikan:

Pasien dengan HIV perlu diberitahu tentang status kesehatan mereka, bagaimana mengelola penyakit, dan bagaimana menjaga kesehatan mereka secara umum. Petugas kesehatan harus memberikan pendidikan yang jelas dan dapat dipahami untuk membantu pasien memahami kondisi mereka dan membuat keputusan yang tepat tentang perawatan mereka.

4. Kembangkan rencana perawatan terpadu:

Petugas kesehatan harus mengembangkan rencana perawatan terpadu untuk pasien terinfeksi HIV, termasuk perawatan medis, dukungan psikologis, pendidikan, dan dukungan sosial (WHO, 2016).

Menurut Kemenkes, RI (2013) Tugas dan Tanggung Jawab:

Tugas dan tanggung jawab Pemerintah dalam mengatasi HIV dan AIDS meliputi beberapa hal, antara lain:

1. Mengembangkan kebijakan dan pedoman untuk memberikan layanan yang promotif, preventif, diagnostik, pengobatan/perawatan, dukungan, dan rehabilitasi;
2. Berkolaborasi dengan pemerintah daerah dalam menerapkan kebijakan serta memantau dan mengevaluasi implementasinya;
3. Menjamin ketersediaan obat dan alat kesehatan yang dibutuhkan secara nasional untuk penanganan HIV dan AIDS;
4. Melakukan pengembangan sistem informasi; serta
5. Berkolaborasi di tingkat regional dan global dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS.

Untuk menangani HIV dan AIDS, pemerintah daerah provinsi memiliki tanggung jawab sebagai berikut:

1. Melakukan koordinasi dalam melaksanakan berbagai upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS;
2. Menentukan situasi epidemi HIV pada tingkat provinsi;
3. Mengelola sistem pencatatan, pelaporan, dan evaluasi dengan menggunakan sistem informasi; serta
4. Memastikan ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan di tingkat dasar dan rujukan untuk mengatasi HIV dan AIDS sesuai dengan kapasitas yang ada.

Untuk menangani HIV dan AIDS, tugas serta tanggung jawab pemerintah daerah kabupaten/kota mencakup beberapa hal seperti:

1. Melaksanakan berbagai usaha pengendalian dan penanggulangan HIV dan AIDS;
2. Mengorganisir penilaian situasi epidemi HIV pada tingkat kabupaten/kota;
3. Memastikan ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan di tingkat dasar dan rujukan untuk menangani HIV dan AIDS sesuai dengan kemampuan; dan
4. Melaksanakan sistem pencatatan, pelaporan, serta evaluasi dengan memanfaatkan sistem informasi.

Kegiatan Penanggulangan

Kegiatan untuk mengatasi HIV dan AIDS meliputi dua aspek, yaitu:

1. Promosi kesehatan;
2. Upaya pencegahan penyebaran virus HIV;
3. Pemeriksaan untuk mendiagnosis HIV;
4. Perawatan, pengobatan, dan bantuan;
5. Proses pemulihan.

Pengobatan dan Perawatan

Perawatan

1. Semua layanan kesehatan harus memberikan pengobatan dan perawatan kepada ODHA dan tidak diperbolehkan menolak mereka.
2. Jika suatu fasilitas layanan kesehatan tidak dapat memberikan pengobatan dan perawatan, maka mereka harus merujuk ODHA ke fasilitas layanan kesehatan lain yang mampu atau ke rumah sakit rujukan ARV.

Pengobatan

1. Tujuan dari terapi HIV adalah untuk mengurangi kemungkinan penularan HIV, menghambat kemajuan infeksi oportunistik, dan meningkatkan kualitas hidup individu yang terinfeksi HIV.
2. Terapi HIV yang dimaksud dalam paragraf sebelumnya harus dilakukan secara bersamaan dengan penapisan dan pengobatan infeksi oportunistik, pemberian kondom, dan konseling.
3. Tujuan dari terapi AIDS adalah untuk menurunkan jumlah virus HIV dalam darah hingga tidak terdeteksi menggunakan kombinasi obat antiretroviral (ARV).

Perawatan dan Dukungan

1. Pelaksanaan perawatan dan dukungan bagi orang yang terinfeksi HIV dan AIDS harus disesuaikan dengan kebutuhan mereka melalui dua pendekatan:
 - a. Perawatan yang disediakan di fasilitas pelayanan kesehatan.
 - b. Perawatan yang dilakukan di rumah oleh masyarakat (*Community Home Based Care*).
2. Pendekatan dalam pelaksanaan perawatan dan dukungan HIV dan AIDS, seperti yang dijelaskan pada ayat (1), harus mencakup seluruh aspek secara holistik dan komprehensif dengan menggunakan pendekatan biopsikososiospiritual, yang mencakup:
 - a. Penanganan gejala;
 - b. Perawatan akut;
 - c. Penanganan penyakit kronis;
 - d. Edukasi kesehatan;
 - e. Pencegahan komplikasi dan infeksi oportunistik;
 - f. Perawatan paliatif;
 - g. Dukungan psikologis dan kesehatan mental, dukungan sosial dan ekonomi, serta pemberdayaan masyarakat untuk membentuk kelompok dukungan; dan
 - h. Evaluasi dan pelaporan hasil.
3. Merawat orang yang terinfeksi HIV dengan infeksi oportunistik membutuhkan perawatan di fasilitas kesehatan yang mengikuti sistem rujukan. Ini disebut perawatan berbasis fasilitas pelayanan kesehatan.
4. Jika seseorang terinfeksi HIV tanpa infeksi oportunistik dan ingin dirawat di rumah, maka jenis perawatannya disebut Perawatan Rumah Berbasis Masyarakat (*Community Home Based Care*).

5. Tujuan dari merawat diri di rumah seperti yang dijelaskan pada ayat (4) adalah untuk menghindari terinfeksi, mengurangi komplikasi, mengurangi ketidaknyamanan, meningkatkan penerimaan terhadap situasi, memahami diagnosis, prognosis, dan pengobatan, serta meningkatkan kemampuan mandiri dalam mencapai kualitas hidup yang lebih baik.

Dalam Pasal 17, dukungan diartikan sebagai bentuk bantuan untuk individu yang terkena infeksi HIV dan keluarganya. Hal ini dimulai dengan sikap empati, dukungan dari layanan publik, dan tindakan untuk mengurangi stigma baik dari dalam maupun luar diri individu tersebut (Permenhan, 2019).

Rehabilitasi

1. Dalam kegiatan penanganan HIV dan AIDS, rehabilitasi dilakukan untuk berbagai cara penularan HIV pada populasi kunci, terutama pada pekerja seks dan pengguna napza suntik.
2. Rehabilitasi di dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS dilaksanakan dengan mengadopsi metode rehabilitasi baik dari segi medis maupun sosial.
3. Tujuan dari rehabilitasi dalam kegiatan penanggulangan HIV dan AIDS adalah untuk memperbaiki kualitas hidup sehingga individu dapat berkontribusi secara ekonomi dan sosial.
4. Pada populasi kunci pekerja seks sebagaimana yang disebutkan pada poin pertama, rehabilitasi dilakukan dengan memberikan pemberdayaan keterampilan kerja dan meningkatkan kepercayaan diri melalui sektor sosial baik dari pemerintah maupun masyarakat.

5. Pada populasi kunci pengguna napza suntik sebagaimana yang disebutkan pada poin pertama, rehabilitasi dilakukan melalui berbagai cara seperti rawat jalan, rawat inap, dan program pasca rawat sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Mitigasi Dampak

1. Melakukan upaya untuk mengurangi dampak kesehatan dan sosial ekonomi disebut sebagai mitigasi dampak.
2. Untuk mengurangi dampak sosial ekonomi bagi ODHA dan keluarga, pemerintah, pemerintah daerah, swasta, dan masyarakat dapat melaksanakan tindakan bersama seperti memberikan jaminan kesehatan, menghapus diskriminasi dalam memberikan layanan dan kehidupan sosial, menyelenggarakan program bantuan untuk meningkatkan pendapatan keluarga, dan melibatkan ODHA dan keluarga dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS sebagai sarana untuk pemberdayaan ekonomi dan sosial ODHA.

Sumber Daya Kesehatan

Fasilitas Pelayanan Kesehatan

1. Semua orang yang hidup dengan HIV/AIDS berhak untuk mendapatkan akses layanan kesehatan.
2. Semua fasilitas kesehatan harus memberikan layanan kesehatan kepada orang yang hidup dengan HIV/AIDS sesuai dengan kapasitas mereka.
3. Fasilitas kesehatan primer harus mampu melakukan upaya promosi kesehatan, pencegahan, konseling, deteksi dini, dan merujuk pasien yang membutuhkan rujukan.

4. Setiap rumah sakit dengan kelas minimal C harus dapat melakukan diagnosis, pengobatan, dan perawatan bagi orang yang hidup dengan HIV/AIDS sesuai dengan aturan dalam sistem rujukan.
5. Fasilitas kesehatan primer dan rumah sakit kelas D dapat memberikan diagnosis, pengobatan, dan perawatan kepada ODHA sesuai dengan kemampuan dan prosedur rujukan yang ada.
6. Jika fasilitas layanan kesehatan tidak menerapkan tindakan pencegahan untuk menghentikan penyebaran infeksi seperti yang dijelaskan pada ayat (1) dan (2), maka Menteri, pemerintah daerah provinsi, dan pemerintah daerah kabupaten/kota dapat memberikan tindakan administratif berupa:
 - a. teguran lisan;
 - b. teguran tertulis; dan/atau
 - c. pencabutan izin sesuai dengan wewenang masing-masing.

Sumber Daya Manusia

1. Tenaga kesehatan dan non-kesehatan termasuk dalam sumber daya manusia untuk menangani HIV dan AIDS.
2. Sumber daya manusia di bidang kesehatan yang disebutkan sebelumnya merujuk pada tenaga kesehatan yang memiliki kualifikasi dan wewenang sesuai dengan peraturan yang berlaku.
3. Jika di suatu wilayah tidak ada tenaga kesehatan yang memenuhi kualifikasi dan wewenang yang dibutuhkan, maka tenaga kesehatan terlatih lainnya dapat ditugaskan untuk mengambil peran tersebut.

4. Kepala dinas kesehatan setempat dapat menugaskan tenaga kesehatan terlatih yang disebutkan sebelumnya setelah mempertimbangkan saran dari organisasi profesi yang relevan.
5. Pada ayat (1), dijelaskan bahwa tenaga non kesehatan memiliki peran penting dalam berbagai bidang seperti kebijakan, kesejahteraan, kesehatan, pendidikan, sosial, dan budaya yang meliputi seluruh aspek terkait HIV dan AIDS secara menyeluruh.

Ketersediaan Obat dan Perbekalan Kesehatan

1. Ketersediaan obat dan perbekalan kesehatan yang diperlukan untuk mengatasi HIV dan AIDS dijamin oleh pemerintah dan pemerintah daerah.
2. Obat dan perbekalan kesehatan yang dimaksud dalam ayat (1) termasuk:
 - a. kondom;
 - b. lubrikan;
 - c. alat suntik steril;
 - d. reagensia untuk tes HIV dan IMS;
 - e. obat ARV;
 - f. obat untuk tuberculosi;
 - g. obat untuk IMS; dan
 - h. obat untuk infeksi oportunistik.
3. Agar terjamin ketersediaan obat dan perbekalan kesehatan sesuai Pasal 44, pemerintah, pemerintah daerah provinsi, dan pemerintah daerah kabupaten/kota perlu menyusun rencana kebutuhan secara bertahap.

4. Pemerintah, pemerintah daerah provinsi, dan/atau pemerintah daerah kabupaten/kota harus memenuhi pengadaan obat dan perbekalan kesehatan untuk menangani HIV dan AIDS dengan mematuhi ketentuan peraturan perundang-undangan dan menyimpan catatan serta laporan yang sesuai.

Peran Serta Masyarakat

1. Partisipasi masyarakat dalam usaha untuk mengatasi HIV dan AIDS dapat dilakukan dengan beberapa cara, yaitu:
 - a. memperkenalkan pola hidup sehat;
 - b. meningkatkan kekuatan keluarga;
 - c. mencegah munculnya stigma dan diskriminasi terhadap orang yang terinfeksi HIV dan keluarganya, serta terhadap kelompok populasi yang lebih rentan;
 - d. membentuk dan mengembangkan komunitas Warga Peduli AIDS; dan
 - e. mendorong masyarakat yang berpotensi melakukan tindakan berisiko terkena HIV agar memeriksakan diri di fasilitas pelayanan KTS.
2. ODHA turut berkontribusi dalam usaha penanggulangan HIV dan AIDS melalui beberapa cara, yaitu:
 - a. menjaga kesehatan pribadi;
 - b. melakukan tindakan pencegahan penularan HIV kepada orang lain; serta
 - c. memberitahu status HIV kepada pasangan seksual dan petugas kesehatan demi kepentingan medis (Kemenkes, RI 2013).

Kaidah ILO tentang HIV/AIDS dan Dunia Kerja

ILO (*International Labour Organization*) adalah sebuah organisasi PBB yang bertujuan untuk mempromosikan kesempatan kerja yang layak dan produktif, perlindungan sosial, serta memperbaiki kondisi kerja dan kehidupan para pekerja di seluruh dunia. ILO didirikan pada tahun 1919 dan berkantor pusat di Jenewa, Swiss. Organisasi ini terdiri dari pemerintah, perwakilan dari pengusaha, dan serikat pekerja (*International Labour Organization* (ilo.org))

Pada tanggal 21 Juni 2001, ILO (Organisasi Buruh Internasional) telah mengambil langkah dengan mengadopsi Kaidah ILO tentang HIV/AIDS di tempat kerja setelah berkonsultasi dengan konstituennya. Kaidah ini bertujuan untuk membantu meminimalkan penyebaran HIV dan dampaknya terhadap pekerja dan keluarganya. Kaidah tersebut berisi prinsip-prinsip dasar yang dapat dijadikan pedoman untuk mengembangkan kebijakan dan praktik di perusahaan maupun komunitas dalam upaya pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS (Tenaga Kerja dan Transmigrasi RI, 2004).

10 Prinsip Kaidah ILO tentang HIV/AIDS dan Dunia Kerja

1. Pengakuan HIV/AIDS sebagai Persoalan Dunia Kerja:
Penyakit HIV/AIDS merupakan isu yang terkait dengan dunia kerja dan harus diperlakukan dengan serius seperti penyakit lainnya yang muncul dalam lingkungan kerja.
2. Non-diskriminasi:
Diskriminasi terhadap buruh/pekerja yang terinfeksi HIV atau memiliki status HIV/AIDS tidak diizinkan. Tindakan semacam itu hanya akan menghambat upaya promosi pencegahan HIV/AIDS karena terjadi stigmatisasi dan diskriminasi.

3. Kesetaraan Gender:

Penting untuk menekankan dimensi gender dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS. Wanita cenderung lebih rentan terinfeksi dan terdampak oleh wabah HIV/AIDS dibandingkan dengan pria. Oleh karena itu, kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan sangat penting untuk mencapai kesuksesan dalam pencegahan penyebaran infeksi dan membantu perempuan dalam mengatasi HIV/AIDS.

4. Kesehatan Lingkungan:

Untuk memenuhi kebutuhan semua pihak, penting untuk terus menjaga kondisi lingkungan kerja agar tetap sehat dan aman sebisa mungkin sesuai dengan Konvensi ILO No. 155 Tahun 1988 yang berkaitan dengan kesehatan dan keselamatan kerja.

5. Dialog Sosial:

Kesuksesan dalam pelaksanaan program dan kebijakan HIV/AIDS tergantung pada kerja sama dan kepercayaan yang terjalin antara pengusaha, pekerja, dan pemerintah. Hal ini melibatkan partisipasi aktif para pekerja yang terkena atau terpengaruh HIV/AIDS.

6. Larangan Skrining dalam Proses Rekrutmen dan Kerja:

Skrining HIV/AIDS tidak boleh dipersyaratkan saat seseorang melamar pekerjaan atau digunakan untuk buruh/pekerja yang sudah memiliki status.

7. Kerahasiaan:

Meminta keterangan mengenai rincian pribadi sehubungan dengan HIV dari kandidat pekerja atau buruh tidaklah dapat disetujui. Informasi pribadi mengenai status HIV seseorang pekerja atau buruh

haruslah diakses dengan mengikuti prinsip kerahasiaan yang ditetapkan oleh Kaidah ILO Tahun 1977 tentang Perlindungan Data Pribadi Pekerja.

8. Kelanjutan Status Hubungan Kerja:

Pemecatan dari pekerjaan tidak boleh dilakukan berdasarkan infeksi HIV. Seperti halnya dengan kondisi medis lainnya, infeksi HIV tidak seharusnya mengakibatkan seseorang kehilangan kesempatan untuk bekerja selama mereka masih mampu bekerja dan memiliki persetujuan medis yang membenarkan kemampuan mereka untuk bekerja.

9. Pencegahan:

Ada cara untuk mencegah terinfeksi HIV. Ada berbagai strategi pencegahan yang dapat disesuaikan dengan sasaran nasional dan mempertimbangkan nilai budaya yang sensitif. Selain itu, langkah-langkah pencegahan termasuk kampanye untuk mengubah perilaku, meningkatkan pengetahuan, memberikan pengobatan, dan menciptakan lingkungan yang bebas dari diskriminasi.

10. Kepedulian dan Dukungan:

Dalam menanggapi isu HIV/AIDS di tempat kerja, hal yang harus dipegang teguh adalah prinsip solidaritas, kepedulian, dan dukungan. Semua pekerja, termasuk mereka yang terjangkit HIV, berhak untuk mendapatkan akses ke layanan kesehatan yang terjangkau, asuransi, perlindungan sosial, dan berbagai jenis paket asuransi kesehatan lainnya.

Daftar Pustaka

- American Psychological Association. (2013). Guidelines for Psychological Practice with Older Adults. Washington, DC: American Psychological Association.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2019). UNAIDS Data 2019. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf
- Kementerian Kesehatan RI. (2013). *Penanggulangan HIV dan AIDS*. Jakarta: Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. (2017). *Pedoman Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- National Institutes of Health. (2018). Strategic Plan for NIH Nutrition Research. Bethesda, MD: National Institutes of Health.
- Permenhan. (2019). *Tentang Penanggulangan HIV/AIDS*. Jakarta: Permenhan.
- Tenaga Kerja dan Transmigrasi. (2004). *Tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS di Tempat Kerja*. Jakarta: Keputusan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi RI.
- World Health Organization. (2010). Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2013). Health Promotion: A Discussion Document on the Concept and Principles. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2016). Global Health Sector Strategy on HIV, 2016-2021. Geneva, Switzerland.

Profil Penulis



Ayu Rizky, S.K.M., M.Kes

Penulis dilahirkan di Sekadau 29 Maret 1994, anak ketiga (bungsu) dari pasangan Bapak Supriyanto dan Ibu Nurbanun. Penulis merupakan Dosen pada Program Studi Administrasi Kesehatan Institut Teknologi dan Kesehatan Muhammadiyah Kalimantan Barat.

Pendidikan penulis S1 Universitas Muhammadiyah Pontianak angkatan 2011, S2 di Universitas Malahayati Bandar Lampung angkatan 2016. Penulis aktif melakukan penelitian dan pengabdian yang diterbitkan di berbagai jurnal terakreditasi. Selain itu penulis juga aktif di organisasi salah satunya sebagai sekretaris pengurus IAGIKMI Provinsi Kalimantan Barat. Dan aktif juga sebagai editor in chief di beberapa jurnal terakreditasi dan editor buku.

Email Penulis: ayurizkyar.ar@gmail.com

URGENSI PENDIDIKAN DAN PROMOSI KESEHATAN BAGI ODHA

Yohanes Jakri, S. Kep., M. Kes

Universitas Katolik Indonesia Santu Paulus Ruteng

Pendidikan Kesehatan

Pendidikan adalah untuk mempersiapkan manusia dalam memecahkan problem kehidupan di masa kini maupun di masa yang akan datang (Djumalik, 2014). Sementara itu, Syamsul Kurniawan (Kurniawan, 2017), mendefinisikan pendidikan adalah mengalihkan nilai-nilai, pengetahuan, pengalaman dan keterampilan kepada generasi muda sebagai usaha generasi tua dalam menyiapkan fungsi hidup generasi selanjutnya, baik jasmani maupun rohani Pendidikan adalah upaya untuk membantu jiwa anak-anak didik baik lahir maupun batin, dari sifat kodratnya menuju Ke Arah peradaban manusia yang lebih baik, sebagai contoh dapat dikemukakan; anjuran atau arahan untuk anak duduk lebih baik, tidak berisik agar tidak mengganggu orang lain, mengetahui badan bersih seperti apa, rapih pakaian, hormat pada orang yang lebih tua dan menyayangi yang muda, saling peduli satu sama lain, itu merupakan sebagian contoh proses pendidikan untuk memmanusiakan manusia (Sujana, 2019).

Menurut Soekidjo Notoatmodjo (Notoatmodjo, 2010) pendidikan kesehatan adalah sebuah upaya persuasi atau pembelajaran kepada masyarakat agar masyarakat mau melakukan tindakan-tindakan untuk memelihara, dan meningkatkan taraf kesehatannya. Pendidikan kesehatan merupakan bentuk tindakan mandiri keperawatan untuk membantu klien baik individu, kelompok, maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya melalui kegiatan pembelajaran yang didalamnya perawat sebagai perawat pendidikan sesuai dengan tugas seorang perawat. Pendidikan kesehatan adalah suatu upaya atau kegiatan untuk menciptakan perilaku masyarakat yang kondusif untuk kesehatan, artinya pendidikan kesehatan berupaya agar masyarakat menyadari bagaimana cara memelihara kesehatan mereka, bagaimana menghindari atau mencegah hal-hal yang merugikan kesehatan dirinya dan kesehatan orang lain, kemana mencari pengobatan jika sakit dan sebagainya (Windasari, 2014).

Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan tidak hanya untuk merubah perilaku tetapi juga perubahan lingkungan yang memfasilitasi perubahan perilaku tersebut (WHO, 1984). Menurut Soekidjo Notoatmodjo, promosi kesehatan merupakan suatu bentuk pendidikan yang berupaya agar masyarakat berperilaku kesehatan yang baik (Notoatmodjo, 2010). Sementara itu, menurut Kementerian Kesehatan RI (Kemenkes, 2011), Promosi kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran diri oleh dan untuk masyarakat agar dapat menolong dirinya sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat sesuai sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan.

Berdasarkan pentahapan upaya promosi kesehatan menurut Soekidjo Notoatmodjo (Notoatmodjo, 2014) sasaran dibagi menjadi 3 kelompok yaitu:

1. Sasaran Primer (*Primary Target*)

Upaya promosi yang dilakukan terhadap sasaran primer ini sejalan dengan strategi pemberdayaan masyarakat (*Empowerment*). Masyarakat menjadi sasaran langsung segala upaya pendidikan dan promosi kesehatan. Sesuai dengan permasalahan kesehatan, maka sasaran ini dapat dikelompokkan menjadi: kepala keluarga untuk masalah kesehatan umum, ibu hamil dan menyusui untuk masalah KTA (kesejahteraan ibu anak), anak sekolah untuk kesehatan remaja, dan sebagainya.

2. Sasaran Sekunder (*Secondary Target*)

Upaya promosi yang dilakukan terhadap sasaran sekunder ini adalah sejalan dengan strategi dukungan sosial (*social support*). Tokoh agama, masyarakat, adat dan sebagainya disebut sasaran sekunder, karena dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada kelompok ini akan diharapkan untuk selanjutnya kelompok ini akan memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat di sekitarnya.

3. Sasaran Tersier (*Tertiary Target*)

Upaya promosi yang dilakukan terhadap sasaran tersier ini adalah sejalan dengan strategi advokasi (*advocacy*). Pembuat keputusan atau penentu kebijakan baik ditingkat pusat, maupun daerah adalah sasaran tersier promosi kesehatan. Dengan kebijakan atau keputusan yang dikeluarkan oleh kelompok ini akan mempunyai dampak terhadap perilaku para tokoh masyarakat (sasaran sekunder) dan masyarakat umum (sasaran primer).

Promosi kesehatan juga didasarkan pada dimensi dan tempat pelaksanaannya (Notoatmodjo, 2010). Ruang lingkup promosi kesehatan dapat didasarkan kepada 2 dimensi, yaitu dimensi aspek sasaran pelayanan kesehatan dan dimensi tempat pelaksanaan promosi kesehatan atau tatanan (*setting*).

1. Ruang lingkup promosi kesehatan berdasarkan aspek pelayanan kesehatan, secara garis besarnya terdapat 2 jenis, yakni:
 - a. Aspek preventif dan promotif, adalah pelayanan bagi kelompok masyarakat yang sehat, agar kelompok itu tetap sehat bahkan meningkat status kesehatannya. Derajat kesehatan bersifat dinamis, meskipun seseorang sudah dalam kondisi sehat, tetap perlu ditingkatkan dan dibina kesehatannya. Pada dasarnya pelayanan ini dilaksanakan oleh kelompok profesi kesehatan masyarakat
 - b. Aspek kuratif dan rehabilitatif (penyembuhan dan pemulihan). Pada aspek ini upaya promosi kesehatan mencakup tiga kegiatan yakni:
 - 1) Pencegahan tingkat pertama (*primary prevention*). Tujuan upaya promosi kesehatan pada kelompok ini adalah agar mereka tidak jatuh sakit atau terkena penyakit. Sasaran pada aspek ini adalah kelompok masyarakat yang beresiko tinggi (*high risk*) seperti pada kelompok ibu hamil dan menyusui, para perokok obesitas, para pekerja seks komersial, dan sebagainya.
 - 2) Pencegahan Tingkat Kedua (*secondary prevention*). Tujuan upaya promosi kesehatan pada kelompok ini adalah agar penderita mampu mencegah penyakitnya menjadi lebih

parah. Sasaran pada aspek ini adalah para penderita penyakit kronis, misalnya asma, diabetes mellitus, tuberculosis, rematik, tekanan darah tinggi dan sebagainya.

- 3) Pencegahan Tingkat Ketiga (*tertiary prevention*). Tujuan upaya promosi kesehatan pada kelompok ini adalah agar kesehatan penderita segera pulih kembali. Dengan kata lain mendorong penderita yang baru sembuh dari penyakitnya ini agar tidak menjadi cacat atau mengurangi kecacatan seminimal mungkin. Sasaran pada aspek ini adalah kelompok pasien yang baru sembuh dari suatu penyakit.
2. Ruang lingkup promosi kesehatan berdasarkan tatanan (tempat pelaksanaan):
 - a. Promosi kesehatan pada tatanan keluarga.
 - b. Promosi keluarga pada tatanan sekolah.
 - c. Promosi kesehatan pada tempat kerja.
 - d. promosi kesehatan di tempat-tempat umum.
 - e. Pendidikan kesehatan di institusi pelayanan kesehatan

Upaya Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

Pencegahan adalah mengambil suatu tindakan yang diambil terlebih dahulu sebelum kejadian, dengan didasarkan pada data/keterangan yang bersumber dari hasil analisis epidemiologi atau hasil pengamatan/penelitian epidemiologi (Noor, 2016). Pencegahan penyakit adalah upaya mengekang perkembangan penyakit, memperlambat kemajuan penyakit, dan melindungi tubuh dari berlanjutnya pengaruh yang lebih membahayakan. Konsep pencegahan

adalah suatu bentuk upaya sosial untuk promosi, melindungi, dan mempertahankan kesehatan pada suatu populasi tertentu (Mead, 2002)

Menurut Hugh Rodman Leavell dan Gurney E. Clark (Clark, 1958), pencegahan penyakit terbagi dalam 5 tahapan (*5 level of prevention*) yaitu:

1. *Health Promotion* (Promosi Kesehatan) Dalam tingkat ini pendidikan kesehatan sangat diperlukan, misalnya dalam peningkatan gizi, kebiasaan hidup, perbaikan sanitasi lingkungan dan sebagainya. Seperti penyediaan air rumah tangga yang baik, perbaikan cara pembuangan sampah, kotoran, air limbah, hygiene perorangan, rekreasi, sex education, persiapan memasuki kehidupan pra nikah dan persiapan menopause

2. *Specific Protection* (Perlindungan Khusus)

Perlindungan khusus yang dimaksud dalam tahapan ini adalah perlindungan yang diberikan kepada Orang-orang atau kelompok yang beresiko terkena suatu penyakit tertentu. Perlindungan tersebut Dimaksudkan agar kelompok yang beresiko tersebut dapat bertahan dari serangan penyakit yang Mengincarnya. Penggunaan kondom untuk mencegah penularan HIV/AIDS, penggunaan sarung tangan dan masker saat bekerja sebagai tenaga kesehatan Beberapa usaha lain di antaranya:

- a. Vaksinasi untuk mencegah penyakit-penyakit tertentu.
- b. Isolasi penderitaan penyakit menular
- c. Pencegahan terjadinya kecelakaan baik di tempat-tempat umum maupun di tempat kerja.

3. *Early Diagnosis and Prompt Treatment* (Diagnosis Dini dan Pengobatan yang Cepat dan Tepat)

Diagnosis dini dan pengobatan yang tepat dan cepat merupakan langkah pertama ketika seseorang telah jatuh sakit. Tentu saja sasarannya adalah orang-orang yang telah jatuh sakit, agar sakit yang dideritanya dapat segera diidentifikasi dan secepatnya pula diberikan pengobatan yang tepat. Tindakan ini dapat mencegah orang yang sudah sakit, agar penyakitnya tidak tambah parah. Semakin cepat pengobatan diberikan kepada penderita, maka semakin besar pula kemungkinan untuk sembuh. Diagnosis dini dan pengobatan yang tepat dan cepat dapat mengurangi biaya pengobatan dan dapat mencegah kecacatan yang mungkin timbul jika suatu penyakit dibiarkan tanpa tindakan kuratif karena rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit, maka sering sulit mendeteksi penyakit-penyakit yang terjadi di masyarakat.

Beberapa usaha deteksi dini di antaranya:

- a. Mencari penderita di dalam masyarakat dengan jalan pemeriksaan: misalnya pemeriksaan darah, rontgen paru-paru dan sebagainya serta segera memberikan pengobatan.
- b. Mencari semua orang yang telah berhubungan dengan penderita penyakit yang telah berhubungan dengan penderita penyakit menular (*contact person*) untuk diawasi agar derita penyakitnya timbul dapat segera diberikan pengobatan dan tindakan-tindakan lain yang perlu misalnya isolasi, desinfeksi dan sebagainya.

- c. Pendidikan kesehatan kepada masyarakat agar mereka dapat mengenal gejala penyakit pada tingkat awal dan segera mencari pengobatan. Masyarakat perlu menyadari bahwa berhasil atau tidaknya usaha pengobatan, tidak hanya tergantung pada baiknya jenis obat serta keahlian tenaga kesehatannya, melainkan juga tergantung pada kapan pengobatan itu diberikan.

Pengobatan yang terlambat akan menyebabkan:

- 1) Usaha penyembuhan menjadi lebih sulit, bahkan mungkin tidak dapat sembuh lagi misalnya Pengobatan kanker (neoplasma) yang terlambat.
 - 2) Kemungkinan terjadinya kecacatan lebih besar.
 - 3) Penderitaan si sakit menjadi lebih lama
 - 4) Biaya untuk perawatan dan pengobatan menjadi lebih besar.
4. *Disability Limitation* (Pembatasan Kecacatan)

Karena kurangnya pengertian dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan dan penyakit, maka sering masyarakat tidak melanjutkan pengobatannya sampai tuntas. Dengan kata lain mereka tidak melakukan pemeriksaan dan pengobatan yang komplit terhadap penyakitnya. Pengobatan yang tidak layak dan sempurna dapat mengakibatkan orang yang bersangkutan cacat atau ketidak mampuan. Oleh karena itu, pendidikan kesehatan juga diperlukan pada tahap ini. Penanganan secara tuntas pada kasus-kasus infeksi organ reproduksi mencegah terjadinya infertilitas. Pada tahapan ini dapat disebut juga pengobatan yang sempurna (*perfect treatment*) karena kecacatannya yang ditakutkan terjadi disebabkan pengobatan kepada penderita tidak sempurna.

5. *Rehabilitation* (Rehabilitasi)

Selanjutnya yang terakhir adalah tahapan rehabilitasi. Rehabilitasi merupakan tahapan yang sifatnya pemulihan. Ditujukan pada kelompok masyarakat yang dalam masa penyembuhan sehingga diharapkan agar benar-benar pulih dari sakit sehingga dapat beraktivitas dengan normal kembali..

Rehabilitasi ini terdiri atas:

- a. Rehabilitasi fisik, yaitu agar bekas penderita memperoleh perbaikan fisik semaksimal mungkin. Misalnya, seseorang yang karena kecelakaan, patah kakinya perlu mendapatkan rehabilitasi dari kaki yang patah ini sama dengan kaki yang sesungguhnya.
- b. Rehabilitasi mental, yaitu agar bekas penderita dapat menyesuaikan diri dalam hubungan perorangan dan sosial secara memuaskan.
- c. Rehabilitasi sosial vokasional, yaitu agar bekas penderita menempati suatu pekerjaan/jabatan dalam masyarakat dengan Kapasitas kerja yang semaksimal-maksimalnya sesuai dengan kemampuan dan ketidak mampuannya
- d. Rehabilitasi aesthesis, yaitu usaha rehabilitasi aesthetis perlu dilakukan untuk mengembalikan rasa keindahan, Walaupun kadang-kadang fungsi dari alat tubuhnya itu sendiri tidak dapat dikembalikan. Misalnya: penggunaan mata palsu.

Stigma ODHA

ODHA adalah singkatan dari Orang Dengan HIV/AIDS, sebagai pengganti istilah penderita yang mengarah pada pengertian bahwa orang tersebut sudah secara positif di diagnosa terinfeksi HIV/AIDS. Di Indonesia, istilah ODHA

telah disepakati sebagai istilah untuk mengartikan orang yang terinfeksi positif mengidap HIV/AIDS (Nurbaeni, 2013). HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) merupakan virus yang dapat menyebabkan AIDS dengan cara menyerang sel darah putih yang bernama sel CD4 (*Cluster of Differentiation 4*) sehingga dapat merusak sistem kekebalan tubuh manusia. Virus ini termasuk RNA virus *genus Lentivirus* golongan *Retrovirus family Retroviridae*. Spesies HIV-1 dan HIV-2 merupakan penyebab infeksi HIV pada manusia (Soedarto, 2009).

Orang dengan HIV/AIDS rentan dengan beberapa penyakit yang disebut dengan indikator penyakit oportunistik. Penyakit AIDS yang diderita ODHA jika tidak mengonsumsi obat secara rutin akan mengakibatkan penderita mengalami wasting syndrom yaitu mengalami keadaan mendekati sekarat (Ma'arif, 2017).

Menurut (Lubis, 2009), pasien yang menderita penyakit dengan kondisi akut seperti HIV/AIDS sebagian besar akan menunjukkan adanya gangguan psikologis seperti ketakutan, kecemasan, sedih, tidak ada harapan, putus asa, merasa dirinya tidak berguna.

Masalah yang dialami ODHA (Nurbaeni, 2013) dapat berupa:

1. Permasalahan psikologis

Permasalahan psikologis yang timbul seperti ansietas, kecemasan, gangguan kognitif, gangguan psikis, sampai gangguan kepribadian, takut, sedih, merasa bahwa dirinya tidak berguna, tidak ada harapan, dan merasa putus asa.

2. Permasalahan sosial

Permasalahan sosial yang sering dialami oleh ODHA adalah diskriminasi, stigmatisasi, diberhentikan dari pekerjaan, perceraian, serta dijauhi dari keluarga dan kerabat.

3. Permasalahan biologis

Permasalahan biologis yang sering dialami oleh ODHA berupa infeksi oportunistik gejala simptomatik yang berhubungan dengan AIDS, efek samping dari obat ARV, serta sindrom pemulihan kekebalan tubuh.

Stigma merupakan atribut, perilaku atau reputasi sosial yang mendiskreditkan dengan cara tertentu. Stigma HIV juga merupakan prasangka yang muncul dengan melabeli seseorang sebagai bagian dari kelompok itu yang diyakini secara sosial tidak dapat diterima. Stigma berbeda dengan diskriminasi yang memiliki arti perilaku yang sebenarnya. Diskriminasi berarti memperlakukan satu orang berbeda dari yang lain dengan cara seperti itu tidak adil. Misalnya, memperlakukan satu orang lebih sedikit hanya karena dia memiliki HIV.

Pendidikan dan Promosi Kesehatan Bagi ODHA

Edukasi adalah kegiatan penyampaian pesan kesehatan kepada kelompok atau individu dengan tujuan dapat memperoleh pengetahuan yang lebih baik (Nugrahani, 2021). Menurut Putri Kumala Sari (Sari, 2023) edukasi dan promosi kesehatan mengenai infeksi HIV berperan besar dalam menghilangkan stigma dan diskriminasi terhadap pasien terinfeksi HIV. Selain itu, karena HIV masih belum memiliki pengobatan definitif hingga kini, edukasi dan promosi kesehatan akan penting untuk meningkatkan kesadaran terkait pencegahan dan deteksi dini. Setelah terkonfirmasi HIV positif, pasien diberikan konseling pasca diagnosis mengenai pencegahan, pengobatan dan pelayanan infeksi HIV, yang mempengaruhi transmisi HIV dan status kesehatan pasien. Selain itu, pasien juga perlu diedukasi bahwa obat antiretroviral (ARV), seperti *zidovudine*, harus diminum seumur hidup dengan tingkat kepatuhan yang tinggi dan

harus diikuti dengan pengurangan perilaku berisiko dalam upaya pencegahan transmisi HIV.

Promosi kesehatan mengenai infeksi HIV/AIDS dilakukan melalui iklan layanan masyarakat, kampanye penggunaan kondom pada setiap hubungan seks berisiko, promosi kesehatan bagi remaja dan dewasa muda, serta peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dan tenaga non-kesehatan terlatih dalam promosi pencegahan penyalahgunaan zat dan penularan HIV.

Pencegahan dan penanggulangan infeksi HIV meliputi:

1. Pencegahan Transmisi Seksual

Pencegahan transmisi seksual dilakukan dengan ABCDE:

- a. *Abstinence*: tidak melakukan hubungan seksual bagi orang yang belum menikah
- b. *Be faithful*: setia dengan pasangan, hanya berhubungan seksual dengan pasangan tetap yang diketahui tidak terinfeksi HIV
- c. *Condom use*: menggunakan kondom secara konsisten untuk hubungan seks dengan pasangan yang telah terinfeksi HIV atau infeksi menular seksual
- d. *Don't use Drug*: menghindari penyalahgunaan obat dan zat adiktif
- e. *Education and Equipment*: meningkatkan kemampuan pencegahan melalui edukasi, termasuk menggunakan peralatan dan jarum suntik steril.

2. Pencegahan Transmisi Non Seksual

Pencegahan transmisi non seksual antara lain:

- a. Uji saring darah pendonor
- b. Pencegahan infeksi HIV pada tindakan medis dan nonmedis yang melukai tubuh: menggunakan peralatan steril, mematuhi standar prosedur operasional, memperhatikan kewaspadaan umum (*universal precaution*)
- c. Pengurangan dampak buruk pada pengguna narkoba suntik: program layanan alat suntik steril, konseling perubahan perilaku, dukungan psikososial, dan mendorong pengguna khususnya untuk menjalani program terapi rumatan

3. Pencegahan Transmisi Vertikal

Pencegahan transmisi vertikal dilakukan melalui:

- a. Pencegahan penularan HIV pada perempuan usia reproduktif: VCT antenatal atau menjelang persalinan, terutama pada ibu hamil yang tinggal di daerah dengan epidemi meluas atau memiliki keluhan infeksi menular seksual atau tuberkulosis (TB)
- b. Pencegahan kehamilan yang tidak direncanakan pada perempuan dengan HIV positif
- c. Pencegahan penularan HIV dari ibu hamil ke janin
- d. Pemberian dukungan psikologis, sosial dan perawatan kepada ibu dengan infeksi HIV beserta anak dan keluarganya

4. Pencegahan Transmisi HIV Pra-Pajanan

Profilaksis pra-pajanan HIV atau *pre-exposure prophylaxis* (PrEP) adalah pemberian ARV profilaksis untuk mengurangi risiko terinfeksi HIV pada pasien HIV negatif dengan perilaku berisiko tinggi. PrEP dapat memberikan proteksi maksimal setelah 7 hari konsumsi rutin pada *receptive anal sex*, dan setelah 21 hari konsumsi rutin pada *receptive vaginal sex* atau pengguna narkoba suntik. Sebelum memulai terapi PrEP, perlu dilakukan tes HIV untuk memastikan kondisi tidak terinfeksi HIV (HIV negatif).

5. Pencegahan Transmisi HIV Pasca-Pajanan

Pencegahan pasca pajanan atau *post-exposure prophylaxis* (PEP) adalah pemberian terapi ARV dalam waktu singkat untuk mengurangi kemungkinan terinfeksi HIV setelah terpapar ketika bekerja atau setelah kekerasan seksual. PEP sebaiknya diberikan sesegera mungkin pada semua kejadian pajanan yang berisiko, idealnya dalam waktu 72 jam setelah pajanan. Namun, jika orang yang terpapar baru bisa mengakses layanan sesudah 72 jam, pemberian PEP tetap dapat dipertimbangkan. PEP diberikan selama 28 hari.

Daftar Pustaka

- Clark, H. R. (1958). *Preventive medicine for the doctor in his community: An epidemiologic approach*. New York: McGraw-Hill.
- Djumalik. (2014). *Landasan Pendidikan*. Yogyakarta: Gava Media.
- Kemenkes. (2011). *Pedoman Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Kurniawan, S. (2017). *Pendidikan Karakter: Konsepsi & Implementasinya secara Terpadu di Lingkungan Keluarga, Sekolah, Perguruan Tinggi, dan Masyarakat*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.
- Lubis, N. L. (2009). *Depresi: tinjauan psikologis*. Jakarta: Kencana.
- Ma'arif, A. W. (2017). *Diskriminasi orang dengan HIV/AIDS (ODHA). (Skripsi)*. Yogyakarta: Universitas Islam Negeri Sunan Kalijaga .
- Mead, C. (2002, July 10). Communicable Diseases Intelligence
<https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/cda-pubs-cdi-2002-cdi2602-cdi2602q.htm>. *The National Public Health Partnership*.
- Noor, N. N. (2016). *Pengantar Epidemiologi Penyakit Menular*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Promosi Kesehatan Teori Dan Aplikasi, Edisi Revisi 2010*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Promosi Kesehatan Teori Dan Aplikasinya-Edisi Revisi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2014). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugrahani, R. H. (2021). PENGARUH METODE EDUKASI TERHADAP PENGETAHUAN PASIEN HIV DENGAN ART (ANTIRETROVIRAL THERAPY). *Jurnal Mahasiswa Bimbingan Dan Konseling Vol. 7 No. 3*, 85-92.

- Nurbaeni, F. (2013). *Dukungan Sosial Pada ODHA*. Jakarta: Universitas Gunadarma.
- Sari, P. K. (2023). *Edukasi Dan Promosi Kesehatan HIV*.
- Soedarto. (2009). *Penyakit Menular di Indonesia* . Sagung Seto: Jakarta.
- Sujana, I. W. (2019). Fungsi Dan Tujuan Pendidikan Indonesia. *Adi Widya: Jurnal Pendidikan Dasar* Volume. 4, Nomor 1, 29-38.
- WHO. (1984). *Health promotion: a discussion document on the concept and principles: summary report of the Working Group on Concept and Principles of Health Promotion, Copenhagen, 9-13 July 1984* <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107835>. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Windasari. (2014). *Pendidikan Kesehatan Dalam Keperawatan, Mulia Medika Cetakan I*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Profil Penulis



Yohanes Jakri, S. Kep., M. Kes

Penulis lahir di Watu Weri (Manggarai Timur, NTT) pada tanggal 17 Mei 1988. Penulis adalah anak pertama dari dua bersaudara dari pasangan Bapak Damianus Jani dan Ibu Kristina Mejong. Lulus tahun 2013 Sarjana Keperawatan Pada STIKES Katolik St. Vincentius A Paulo Surabaya.

Melanjutkan Studi Pascasarjana di Universitas Respati Indonesia Jakarta Program Studi S2 Kesehatan Masyarakat (Administrasi dan Kebijakan Kesehatan), lulus tahun 2016. November 2013-Juni 2014 bekerja sebagai Perawat Pada Puskesmas Mukun, Manggarai Timur, NTT. Sejak tahun 2017-sekarang bekerja sebagai Dosen di Universitas Katolik Indonesia Santu Paulus Ruteng, Homepage Program Studi S1 Keperawatan.

Penulis juga menulis jurnal ilmiah tidak terakreditasi maupun yang terakreditasi baik sebagai penulis pertama maupun sebagai penulis kedua sejak tahun 2017. Selain menulis dan mengajar, penulis juga aktif dalam memberikan berbagai pelatihan dan menjadi narasumber dalam beberapa kegiatan, antara lain Pelatihan Kepemimpinan Dasar bagi mahasiswa, Manajemen Waktu, Pemberian *Coaching* untuk meningkatkan Kinerja dan Motivasi bagi Perawat, Narasumber pada Webinar Literasi Digital Bagi Kaum Milenial yang diselenggarakan oleh Kominfo RI. Penulis sudah menulis beberapa *Bookcpater* dengan judul Ilmu Keperawatan Umum dan Kesehatan Masyarakat subtema Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat, Buku Manajemen Keperawatan dengan Subtema Motivasi, Kinerja dan Kepuasan Kerja, Buku Ilmu Keperawatan Dasar dengan subtema Sistem dan Mutu Pelayanan Keperawatan, dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan Negara, semoga bermanfaat.

Email Penulis: johanjakri17@gmail.com

PARADIGMA STIGMA ODHA DI MASYARAKAT

Rista Islamarida, S.Kep.,Ns., M.Kep.
STIKES Guna Bangsa Yogyakarta

Stigma

Penyakit HIV-AIDS termasuk kategori penyakit menular kronis yang berbeda dengan penyakit lainnya. Penderita HIV-AIDS akan mengalami beban fisik akibat dari proses penyakit serta timbulnya infeksi sekunder, selain itu penderita juga akan mengalami beban emosional yaitu depresi akibat ketidakpastian proses penyembuhan dan kematian yang setia saat menghantui. Beban lainnya yang harus ditanggung adalah beban psikososial dimana penderita akan menerima diskriminasi dan isolasi sosial akibat dari stigma yang ada di masyarakat (Hudzaifah et al., 2021).

Arti stigma menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), yaitu ciri negatif yang menempel pada pribadi seseorang karena pengaruh lingkungannya. Stigma adalah suatu usaha untuk memberi label tertentu sebagai sekelompok orang yang kurang patut dihormati dari pada ada orang lain. Stigma adalah bentuk prasangka (prejudice) yang mendiskreditkan atau menolak seseorang atau kelompok karena dianggap mereka berbeda dengan diri kita atau kebanyakan orang. Stigma berhubungan dengan kekuasaan dan dominasi di masyarakat. Stigma

akan menciptakan ketidaksetaraan sosial. Hal ini menyebabkan beberapa kelompok kurang dihargai, sedangkan kelompok lainnya merasa superior (Yani et al., 2020).

Bentuk Stigma

Menurut Simorangkir et al. (2021), terdapat beberapa bentuk stigma dalam masyarakat, yaitu:

1. *Labeling*

Labeling adalah pembedaan dan memberikan label atau penamaan berdasarkan perbedaan-perbedaan yang dimiliki anggota masyarakat tersebut. Sebagian besar perbedaan individu tidak dianggap relevan secara sosial, namun beberapa perbedaan yang diberikan dapat menonjol secara sosial. Pemilihan karakteristik yang menonjol dan penciptaan label bagi individu atau kelompok merupakan sebuah prestasi sosial yang perlu dipahami sebagai komponen penting dari stigma. Berdasarkan pemaparan di atas, labeling adalah penamaan berdasarkan perbedaan yang dimiliki kelompok tertentu (Aris Tristanto et al., 2022).

2. *Stereotip*

Stereotip adalah kerangka berpikir atau aspek kognitif yang terdiri dari pengetahuan dan keyakinan tentang kelompok sosial dan traits tertentu. Stereotip merupakan keyakinan mengenai karakteristik yang merupakan keyakinan tentang atribut personal yang dimiliki oleh orang-orang dalam suatu kelompok atau kategori sosial tertentu (Aris Tristanto et al., 2022).

3. *Separation*

Separation adalah pemisahan "kita" (sebagai pihak yang tidak memiliki stigma atau pemberi stigma) dengan "mereka" (kelompok yang mendapatkan

stigma). Hubungan label dengan atribut negatif akan menjadi suatu pembenaran ketika individu yang dilabel percaya bahwa dirinya memang berbeda sehingga hal tersebut dapat dikatakan bahwa proses pemberian stereotip berhasil

4. *Diskriminasi*

Diskriminasi adalah perilaku yang merendahkan orang lain karena keanggotaannya dalam suatu kelompok (Rahman, 2013). Menurut Taylor, Peplau, dan Sears (2009) diskriminasi adalah komponen behavioral yang merupakan perilaku negatif terhadap individu karena individu tersebut adalah anggota dari kelompok tertentu.

Aspek-Aspek Stigma

1. Perspektif

Perspektif merupakan pandangan seseorang akan sesuatu ataupun pandangan seseorang dalam menilai orang lain. Seseorang yang memberikan stigma melibatkan persepsi dalam menilai orang lain. Proses perilaku ini dapat memperburuk keadaan seseorang yang dikenai stigma (Saparina et al., 2022).

2. Identitas

Identitas terdiri dari identitas pribadi dan identitas kelompok. Seseorang dapat terkena stigma karena dia berbeda dengan yang lain, misalnya perbedaan warna kulit, cacat fisik, atau penyakit yang dianggap aib. Selain itu, seseorang juga dapat terkena stigma apabila dia masuk dalam kelompok tertentu yang berbeda dengan yang lain (Erlina & Mixrova, 2022).

3. Reaksi

Aspek reaksi terdiri dari aspek kognitif, afektif, dan behavior. Aspek kognitif meliputi pengetahuan seseorang dalam menilai tanda-tanda orang yang dikenai stigma. Aspek afektif merupakan perasaan tidak suka atau terancam sehingga menunjukkan perilaku menghindar. Aspek behavior merupakan paduan dari aspek kognitif dan aspek afektif, yakni pikiran dan perasaan terancam pada orang yang dikenai stigma sehingga menunjukkan perilaku menghindar (Erlina & Mixrova, 2022).

Faktor yang Mempengaruhi Stigma pada ODHA

Faktor-faktor yang menyebabkan terbentuknya stigma menurut Asra et al. (2020) adalah sebagai berikut:

1. Pengetahuan tentang HIV-AIDS

Pengetahuan tentang HIV/AIDS sangat mempengaruhi bagaimana individu akan bersikap kepada ODHA. Stigma dan diskriminasi muncul karena ketidaktahuan tentang mekanisme penularan HIV, perkiraan risiko tertular yang berlebihan melalui kontak biasa dan sikap negatif terhadap kelompok sosial yang tidak proporsional yang dipengaruhi oleh epidemic HIV/AIDS.

2. Persepsi tentang ODHA

Herek et al. (2013) mengungkapkan hasil penelitiannya di Amerika Serikat bahwa sekitar 40 sampai 50% masyarakat percaya jika HIV dapat ditularkan melalui percikan bersin atau batuk, minum dari gelas yang sama, dan pemakaian toilet umum, sedangkan 20% percaya bahwa ciuman pipi bisa menularkan HIV. Persepsi terhadap ODHA akan sangat mempengaruhi bagaimana orang tersebut

akan bersikap dan berperilaku terhadap ODHA. Persepsi terhadap ODHA berkaitan dengan nilai-nilai seperti rasa malu, sikap menyalahkan dan menghakimi yang berhubungan dengan penyakit tersebut (Balatif, 2020).

3. Tingkat Pendidikan

Pendidikan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi munculnya stigma dan diskriminasi terhadap ODHA. Mahendra pada tahun 2006 menyatakan bahwa jenis tenaga kesehatan sesuai dengan latar belakang pendidikannya mempengaruhi skor stigma dan diskriminasi terhadap ODHA (Wilandika, 2019).

4. Umur

Umur secara alamiah mempunyai pengaruh terhadap kinerja fisik dan perilaku seseorang. Bertambahnya umur seseorang mempengaruhi proses terbentuknya motivasi sehingga faktor umur diperkirakan berpengaruh terhadap kinerja dan perilaku seseorang.

5. Dukungan Institusi

Faktor kelembagaan atau institusi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas dan klinik mempengaruhi adanya stigma dan diskriminasi terhadap ODHA, antara lain hal-hal yang terkait penetapan kebijakan, SOP (Standard Operating Procedure), penyediaan sarana, fasilitas, bahan dan alat-alat perlindungan diri dalam penanganan pasien HIV/AIDS. Studi tentang pengaruh faktor lembaga atau institusi memang masih jarang dilakukan padahal sebenarnya hal ini sangat penting untuk mengintervensi secara legal terhadap adanya stigma dan diskriminasi terhadap ODHA oleh petugas kesehatan (Muhammad Saleh Nuwa, Stefanus Mendes Kiik, 2019).

Proses Terjadinya Stigma

Menurut Ihwani et al. (2020) proses pemberian stigma yang dilakukan masyarakat terjadi melalui tiga tahap yaitu:

1. Proses Interpretasi

Pelanggaran norma yang terjadi dalam masyarakat tidak semuanya mendapatkan stigma dari masyarakat, tetapi hanya pelanggaran norma yang diinterpretasikan oleh masyarakat sebagai suatu penyimpangan perilaku yang dapat menimbulkan stigma.

2. Proses Pendefinisian

Orang yang dianggap berperilaku menyimpang, setelah pada tahap pertama dilakukan dimana terjadinya interpretasi terhadap perilaku yang menyimpang, maka selanjutnya adalah proses pendefinisian orang yang dianggap berperilaku menyimpang oleh masyarakat.

3. Perilaku Diskriminasi

Tahap selanjutnya setelah proses kedua dilakukan, maka masyarakat memberikan perlakuan yang bersifat membedakan.

Dampak Stigma

Menurut Sholekhah et al. (2019) beberapa dampak stigma antara lain:

1. Stigma membuat individu sulit mencari bantuan
2. Stigma membuat individu sulit memulihkan kehidupan normal karena menyebabkan individu tersebut menarik diri dari masyarakat

3. Stigma menyebabkan diskriminasi sehingga individu tersebut sulit mendapatkan akomodasi maupun pekerjaan
4. Masyarakat bisa lebih kasar dan kurang manusiawi
5. Keluarga individu akan merasa lebih terhina dan terganggu

Stigma pada ODHA

Stigma masyarakat terhadap ODHA dalam beberapa penelitian ini adalah sikap dan persepsi negatif seseorang terhadap ODHA karena kurangnya pengetahuan informan tentang HIV/AIDS. Persepsi terhadap penyakit HIV/AIDS dan orang yang terinfeksi menimbulkan stigma yang bermacam-macam seperti menjauhi penderita HIV/AIDS disebabkan karena pengetahuan dan pandangan masyarakat yang kurang, penyakit yang tidak bisa disembuhkan, sangat menular, tidak adil terhadap ODHA berdasarkan status HIV nya baik dilakukan oleh keluarga, orang terdekat, petugas kesehatan dan masyarakat(Yani et al., 2020).

Stigma instrumental merupakan cerminan dari ketakutan terhadap hal-hal yang berkaitan dengan penyakit mematikan dan menular. Stigma ini muncul karena dua hal. Pertama, HIV dan AIDS telah secara luas dianggap sebagai kondisi yang tidak dapat diubah, degeneratif, dan fatal walaupun kemajuan terbaru dalam pengobatan HIV, terutama keberhasilan penggunaan ARV telah dapat dibuktikan. Kedua, HIV dan AIDS dipahami secara luas dapat menular, dimana pada stadium lanjut, gejala yang sering terlihat jelas oleh orang lain adalah menjijikkan, jelek, atau menakutkan (Tristante et al., 2022). Hasil penelitian menemukan bahwa stigma dan diskriminasi yang diterima ODHA adalah mendapatkan pelecehan secara verbal maupun menerima perlakuan negatif.

Stigma dan diskriminasi yang dialami ODHA berdampak pada psikologisnya. Hal ini membuat perubahan mental pada ODHA. Hasil penelitian mendapatkan bahwa stigma menimbulkan rasa takut pada ODHA, gampang sensitif dan juga membuat pasien merasa “*down*” (Hasibuan et al., 2020).

Label negatif dan bentuk diskriminasi dari lingkungan yang diterima ODHA dijadikan sebagai informasi untuk menilai dirinya sendiri. Perasaan terstigma akan memperburuk kondisi ODHA dan menghambat program pencegahan penularan HIV/AIDS pada ODHA. Dengan adanya stigma yang dialami oleh ODHA maka mereka enggan untuk mengakses pelayanan kesehatan, sehingga pencegahan infeksi pada ODHA menjadi sangat rendah, yang akan menyebabkan kualitas hidup ODHA juga rendah, baik secara fisik maupun psikologis, karena stigma diri yang negatif yang dialami ODHA yang akan membuat ODHA selalu merasa didiskriminasi oleh orang lain, baik keluarga, masyarakat dan petugas kesehatan (Hudzaifah et al., 2021).

Daftar Pustaka

- Aris Tristanto, Afrizal, Sri Setiawati, & Mery Ramadani. (2022). Stigma Masyarakat Dan Stigma Pada Diri Sendiri Terkait HIV Dan AIDS: Tinjauan Literatur. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*, 5(4), 334–342. <https://doi.org/10.56338/Mppki.V5i4.2220>
- Asra, E., Supriyatni, N., & Mansyur, S. (2020). Stigma Terhadap Orang Dengan HIV Dan AIDS (ODHA) Pada Masyarakat Di Kelurahan Kayu Merah Kota Ternate Tahun 2019. *Jurnal Biosains Tek*, 2(01), 47–57. <https://doi.org/10.52046/Biosainstek.V2i01.325>
- Balatif, R. (2020). Pelajari Hiv, Hentikan Stigma Dan Diskriminasi Orang Dengan Hiv/Aids (Odha). *JIMKI: Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kedokteran Indonesia*, 7(2), 125–129. <https://doi.org/10.53366/Jimki.V7i2.52>
- Erlina, E., & Mixrova, S. (2022). Hubungan Dukungan Sosial Dg Stigma Pada Orang Dengan Hiv/Aids (Odha) Di Kabupaten Purbalingga. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 1(1), 202–214. <https://doi.org/10.55681/Sentri.V1i1.222>
- Hasibuan, E. K., Aryani, N., & Simanjuntak, G. V. (2020). Stigma Dan Diskriminasi Serta Strategi Koping Pada Orang Dengan HIV Dan AIDS (ODHA) Di Kota Medan, Sumatera Utara. *Holistik Jurnal Kesehatan*, 13(4), 396–401. <https://doi.org/10.33024/Hjk.V13i4.1824>
- Hudzaifah, A. F., Ningrum, T. P., & Shalma, S. (2021). Hubungan Stigma HIV Dengan Kualitas Hidup Penderita HIV/AIDS. *Jurnal Keperawatan BSI*, 9(1), 68–73. <https://ejournal.ars.ac.id/index.php/Keperawatan/article/view/482>
- Ihwani, N., Gobel, F. A., Arman, & Tussauds, N. (2020). Faktor Yang Berhubungan Dengan Stigma IRT Terhadap Pengidap HIV/AIDS. *Window Of Public Health Journal*, 01(04), 341–350.

- Muhammad Saleh Nuwa, Stefanus Mendes Kiik, A. R. V. (2019). Penanganan Terhadap Stigma Masyarakat Tentang Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Di Komunitas. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*, 10(1), 49–54. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.33846/sf.v10i1.310>
- Saparina, T., Firmansyah, Akbar, Mu. I., & Ban, A. R. S. (2022). Determinan Stigma Terhadap Orang Dengan HIV/AIDS Di Wilayah Kerja Puskesmas Perumnas. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Celebes*, 03(01), 16–22.
- Sholekhah, B. A., Indah, T. A. K., & Putri, S. R. S. (2019). Hubungan Karakteristik Responden Dan Interaksi Bersama Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Terhadap Stigma Mahasiswa Pada ODHA. *Publikasi Ilmiah UMS*, 354–372.
- Simorangkir, T. L., Sianturi, S. R., & Supardi, S. (2021). Hubungan Antara Karakteristik, Tingkat Pengetahuan Dan Stigma Pada Penderita Hiv/Aids. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 12(2), 208. <https://doi.org/10.26751/jikk.v12i2.789>
- Tristanto, A., Afrizal, Setiawati, S., & Ramadani, M. (2022). Stigma Yang Dirasakan ODHA Di Sumatera Barat. *Jurnal NOKEN Ilmu-Ilmu Sosial*, 7(2), 138–152.
- Wilandika, A. (2019). PENILAIAN STIGMA PETUGAS KESEHATAN PADA ORANG DENGAN HIV/AIDS (ODHA) PADA SALAH SATU PUSKESMAS DI BANDUNG Health Care Provider Stigma On People Living With HIV/AIDS (PLWHA) In Bandung. *Health Care Provider Stigma On People Living With HIV/AIDS (PLWHA) In Bandung Angga*, 10(1), 7–15.
- Yani, F., Sylvana, F., & J. Hadi, A. (2020). Stigma Masyarakat Terhadap Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Di Kabupaten Aceh Utara. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*, 3(1), 56–62. <https://doi.org/10.56338/mppki.v3i1.1028>

Profil Penulis



Rista Islamarida, S.Kep.,Ns., M.Kep.

Penulis lahir di Kab.Semarang, 17 Januari 1991. Lulus dari program studi keperawatan dan profesi dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang pada tahun 2013. Kemudian melanjutkan studi di program Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta dan lulus pada tahun 2018. Pada tahun 2014 penulis pernah menjadi staff tutor di program studi keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen di STIKES Guna Bangsa Yogyakarta sejak tahun 2015 dan memiliki ketertarikan pada bidang ilmu keperawatan jiwa. Ketertarikan dalam bidang keperawatan jiwa maupun masalah psikososial sejak di bangku kuliah. Fokus bidang yang diajar serta ditekuni adalah keperawatan jiwa, keperawatan bencana, keperawatan komunitas, dan keperawatan dasar. Penulis banyak melakukan penelitian maupun pengabdian masyarakat terutama pada masalah kesehatan jiwa, psikososial dan komunitas. Buku yang pernah ditulis yaitu keperawatan gawat darurat dan bencana serta buku ilmu keperawatan jiwa. Penulis masih bercita-cita untuk dapat membuat dan mengembangkan sebuah buku atau panduan praktis dalam menangani masalah kesehatan jiwa di masyarakat.

Email Penulis: rista.islamarida91@gmail.com

- 1 INSIDEN, PREVALENSI DAN GAMBARAN PENYAKIT INFEKSIUS
SERTA HIV/AIDS
Yance Komela Sari
- 2 KONSEP DASAR DAN GAMBARAN PENYAKIT HIV/AIDS
Wa Ode Sitti Justin
- 3 PATOFISIOLOGI DAN PROSES PERJALANAN PENYAKIT HIV/AIDS
Zaenal Arifin
- 4 RESPON TUBUH TERHADAP PERUBAHAN FISILOGI PENYAKIT HIV/AIDS
Kurniati Prihatin
- 5 PERAWATAN KELOMPOK KHUSUS/RENTAN PASIEN DENGAN PENYAKIT
HIV/AIDS (ODHA)
Ni Luh Seri Astuti
- 6 PERAWATAN DAN PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR MANUSIA PADA ODHA
Nirwanto K. Rahim
- 7 KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN HIV/AIDS SECARA UMUM
BERBASIS SDKI, SIKI, SLKI
Ita Sulistiani
- 8 KASUS NYATA (CASE STUDY) PASIEN DENGAN HIV/AIDS BERBASIS SDKI,
SLKI, DAN SIKI
Rahmawati Raharjo
- 9 PERAN DAN DUKUNGAN KELUARGA DAN MASYARAKAT PADA PASIEN ODHA
Iskandar Arfan
- 10 PERAN TENAGA DAN LAYANAN KESEHATAN DALAM MENINGKATKAN
KUALITAS HIDUP PASIEN ODHA
Ayu Rizky
- 11 URGENSI PENDIDIKAN DAN PROMOSI KESEHATAN BAGI ODHA
Yohanes Jakri
- 12 PARADIGMA STIGMA ODHA DI MASYARAKAT
Rista Islamarida

Editor:

Made Martini

Untuk akses **Buku Digital**,
Scan **QR CODE**



Media Sains Indonesia
Melong Asih Regency B.40, Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
Email : penerbit@medsan.co.id
Website : www.medsan.co.id



ISBN 978-623-195-317-9 (PDF)

