



FAKULTAS SAINS, TEKNOLOGI, DAN KESEHATAN

UNIVERSITAS SAHID SURAKARTA

Jl. Adi Sucipto 154, Solo 57144, Indonesia

Tel. +62 - (0)271 - 743493, 743494, Fax. +62 - (0)271 - 742047

www.usahidsolo.ac.id

SURAT PENUGASAN

No.: 274/FSTK/D/Usahid-Ska/IX/2021

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Firdhaus Hari Saputro Al Haris, S.T., M.Eng
Jabatan : Dekan Fakultas Sains, Teknologi dan Kesehatan
Universitas Sahid Surakarta

Memberikan penugasan kepada :

1. Nama : Atik Aryani, S.Kep., Ns., M.Kep
Jabatan : Dosen Program Studi Keperawatan
Universitas Sahid Surakarta
2. Nama : Widiyono, S.Kep., Ns., M.Kep
Jabatan : Dosen Program Studi Keperawatan
Universitas Sahid Surakarta
3. Nama : Anik Suwarni, S.Kep., Ns., M.Kes
Jabatan : Dosen Program Studi Keperawatan
Universitas Sahid Surakarta

Telah melaksanakan pembuatan buku mata ajar keperawatan HIV/AIDS.

Demikian surat penugasan ini dibuat untuk dapat dilaksanakan sebagaimana mestinya.

Surakarta, 15 September 2021

Yang menugaskan

Dekan Fakultas Sains, Teknologi, dan Kesehatan

Firdhaus Hari Saputro Al Haris, S.T., M.Eng
0614068201

Telah dilaksanakan dengan baik,

Fajar Alam Putra, S.Kep. Ns., M.K.M

*) Mohon untuk dapat ditanda tangani disertai Cap/Stempel dari tempat tujuan.

Tembusan :

1. Arsip

**BUKU
MATA AJAR**

Keperawatan

HIV AIDS



Buku Mata Ajar Keperawatan HIV/AIDS

“

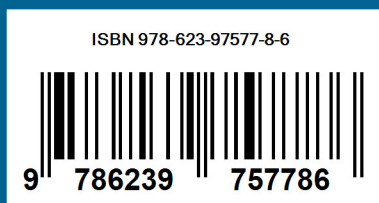
Buku ini merupakan panduan belajar yang bisa dipelajari secara mandiri. Buku ini berisi materi mulai dari konsep penyakit HIV/AIDS, terapi ARV, prinsip perawatan ibu hamil dan bayi dengan HIV/AIDS, prinsip perawatan anak dengan HIV/AIDS, pengkajian biopsikososial spiritual, kultural pada pasien HIV/AIDS, pemeriksaan fisik dan diagnostik, VCT, ARV, stigmatisasi dan diskriminasi pada ODHA, komunikasi dan konseling pada ODH sampai penggunaan terapi komplementer pada pasien HIV/AIDS.

Buku ini disusun sesuai capaian belajar mahasiswa sehingga dengan mendalami buku ini capaian pembelajaran mahasiswa dalam mata kuliah keperawatan HIV/AIDS dapat tercapai. Buku ini akan memandu mahasiswa dalam mencapai kompetensi yang ditetapkan dosen dalam pendekatan Student Centered Learning (SCL). Kami berharap panduan belajar ini dapat mengantarkan mahasiswa mencapai kompetensi yang berkaitan dengan mata kuliah Keperawatan HIV/AIDS.

”



<https://limaaksara.com>
penerbitlimaaksara
cvlimaaksara@gmail.com
limaaksara



Atik Aryani, S.Kep., Ns., M.Kep
Widiyono, S.Kep., Ns., M.Kep
Anik Suwarni, S.Kep., Ns. M.Kes

BUKU MATA AJAR KEPERAWATAN HIV/AIDS

**Atik Aryani, S.Kep., Ns., M.Kep
Widiyono, S.Kep., Ns., M.Kep
Anik Suwarni, S.Kep., Ns. M.Kes**



**PENERBIT
LIMA AKSARA**

**Judul:**

BUKU MATA AJAR
KEPERAWATAN HIV/AIDS

Penulis:

Atik Aryani, S.Kep., Ns., M.Kep
Widiyono, S.Kep., Ns., M.Kep
Anik Suwarni, S.Kep., Ns. M.Kes

ISBN 978-623-97577-8-6

Editor:

Dr. Erni Munastiwi, M.M (UIN SUKA
Yogyakarta)

Penyunting:

Wening Puspowati

Desain sampul dan tata letak

Limax Media

Penerbit:

Lima Aksara

Redaksi:

Pratama Residence Blok C23/B19 Plosogeneng-
Jombang | 0814-5606-0279 |

<https://limaaksara.com>

Distributor tunggal:

CV. Lima Aksara | Pratama Residence Kav C23/B19
Plosogeneng-Jombang | 0857-4666-6795 | IG@limaaksara |
Fb: Lima Aksara Indonesia

Cetakan pertama Agustus 2021

Hak cipta dilindungi undang-undang. Plagiasi
dipertanggungjawabkan secara utuh oleh penulis. Dilarang
memperbanyak isi buku ini, baik sebagian maupun seluruhnya
dalam bentuk apapun tanpa izin tertulis dari Penerbit.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT atas tersusunnya buku mata ajar Keperawatan HIV/AIDS. Buku mata ajar ini merupakan pedoman bagi mahasiswa untuk memahami Keperawatan HIV/AIDS. Buku ini disusun berdasarkan kurikulum AIPNI pada mata kuliah keperawatan HIV/AIDS.

Buku ini merupakan panduan belajar yang bisa dipelajari secara mandiri. Buku ini berisi materi mulai dari konsep penyakit HIV/AIDS, terapi ARV, prinsip perawatan ibu hamil dan bayi dengan HIV/AIDS, prinsip perawatan anak dengan HIV/AIDS, pengkajian biopsikososial spiritual, kultural pada pasien HIV/AIDS, pemeriksaan fisik dan diagnostik, VCT, ARV, stigmatisasi dan diskriminasi pada ODHA, komunikasi dan konseling pada ODH sampai penggunaan terapi komplementer pada pasien HIV/AIDS.

Buku ini disusun sesuai capaian belajar mahasiswa sehingga dengan mendalami buku ini capaian pembelajaran mahasiswa dalam mata kuliah keperawatan HIV/AIDS dapat tercapai. Buku ini akan memandu mahasiswa dalam mencapai kompetensi yang ditetapkan dosen dalam pendekatan *Student Centered Learning* (SCL). Kami berharap panduan belajar ini dapat mengantarkan mahasiswa mencapai kompetensi yang berkaitan dengan mata kuliah Keperawatan HIV/AIDS.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan buku ajar ini tentunya masih terdapat beberapa kekurangan, sehingga penulis bersedia menerima saran dan kritik dari berbagai pihak untuk dapat menyempurnakan buku ajar ini di kemudian hari. Semoga dengan adanya buku ajar ini dapat membantu proses belajar mengajar dengan lebih baik lagi.

Surakarta, Agustus 2021

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	iii
Daftar Isi	vi
Daftar Tabel	v
1 Konsep Penyakit HIV/AIDS	3
2 Pengkajian Bio, Psiko, Sosio , Spiritual dan Kultural pada Pasien Dengan HIV/AIDS	16
3 Pemeriksaan Fisik dan Diagnostik Pada Pasien HIV/AIDS	28
4 <i>Voluntary Counseling And Testing</i> (VCT)	36
5 <i>Asuhan</i> Keperawatan pada Pasien Dengan HIV/AIDS	44
6 ODHA dan <i>Family Centered</i> Pada ODHA	65
7 Prinsip Perawatan Pada Ibu Hamil Dan Bayi Dengan HIV/AIDS	75
8 Prinsip Perawatan Anak Dengan HIV/AIDS	85
9 Stigmatisasi Dan Diskriminasi Pasien HIV/AIDS	101
10 Komunikasi Dan Konseling Pada ODHA	112
11 Penatalaksanaan Dan Pencegahan Infeksi Oportunistik Pada Penderita HIV/AIDS	125
12 Antiretroviral(ARV)	139
13 <i>Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome</i> (IRIS) ..	153
14 Terapi Komplementer Pasien HIV/AIDS	159
15 <i>Drug Holiday/Drug Vacation</i> Pada ODHA	175
16 Tinjauan Agama Tentang HIV/AID	180
17 Trend Dan Issue KeperawataN HIV/AIDS	191

DAFTAR TABEL

- Tabel 1. Respon Psikologis Pasien HIV/AIDS
- Tabel 2. Tahap reaksi emosi
- Tabel 3. Gejala dan tanda klinis yang patut diduga infeksi HIV
- Tabel 4. Intervensi Keperawatan pada Pasien HIV/AIDS
- Tabel 5. Skenario Pemeriksaan HIV
- Tabel 6. Klasifikasi Regimen ARV
- Tabel 7. *Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors* (NRTIs)
- Tabel 8. *Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors* (NNRTIs)
- Tabel 9. Protease Inhibitors
- Tabel 10. Fusion Inhibitor
- Tabel 11. Saat memulai terapi ARV pada ODHA dewasa
- Tabel 12. Tatalaksana IO sebelum memulai terapi ARV
- Tabel 13. Paduan obat ARV lini pertama
- Tabel 14. Paduan ARV yang tidak dianjurkan
- Tabel 15. Pemberian Antiretroviral pada ibu hamil dengan berbagai Situasi Klinis
- Tabel 16. Terapi ARV untuk Pasien Ko-infeksi TB-HIV
- Tabel 17. Penyakit infeksi dan non infeksi penyebab SPI pada ODHA

PENDAHULUAN

A. Dekripsi Mata Kuliah Keperawatan HIV/AIDS

Mata kuliah ini mempelajari tentang trend issue dan perilaku yang berisiko tertular/menularkan HIV AIDS, Pengkajian bio, psiko, sosial spiritual dan kultural; pemeriksaan fisik dan diagnostik; tanda dan gejala; dan penatalaksanaan pasien dengan HIV/AIDS, Prinsip hidup dengan ODHA, *family centered* pada ODHA dan stigma pada ODHA, Prinsip komunikasi konseling pada klien dengan HIV/AIDS, Konseling pada klien dengan HIV/AIDS, Prinsip perawatan pada bayi dan anak penderita HIV AIDS atau dengan orang tua HIV AIDS, Pengkajian spiritual dan kultural pada klien dengan HIV/AIDS dan *long term care*, Berbagai macam terapi komplementer, Tinjauan agama tentang penyakit HIV/AIDS.

B. Capaian Pembelajaran

Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran Keperawatan HIV/AIDS dan diberi data/kasus/artikel, maka :

1. Mahasiswa mampu memahami kompetensi dan metode pembelajaran mengenai keperawatan HIV/AIDS
2. Mahasiswa mampu mengetahui dan memahami trend dan issue, perilaku yang berisiko tertular/menularkan HIV AIDS
3. Mahasiswa mampu memahami pengkajian bio, psiko, spiritual dan kultural, pemeriksaan fisik dan diagnostik, tanda dan gejala, dan penatalaksanaan pasien dengan HIV AIDS
4. Mahasiswa mampu memahami prinsip hidup bersama dengan ODHA, *family centered* pada ODHA dan stigma pada ODHA
5. Mahasiswa mampu mendemonstrasikan komunikasi dan konseling pada klien dengan HIV/AIDS

6. Mahasiswa mampu memahami prinsip perawatan pada bayi dan anak penderita HIV AIDS atau dengan orang tua HIV AIDS
7. Mahasiswa mampu menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien terminal illness (palliative care)
8. Mahasiswa mampu menganalisa aspek spiritual dan cultural pada pasien dengan HIV/ AIDS dan *long term care*
9. Mahasiswa mampu mengintegrasikan terapi komplementer pada HIV/AIDS and *long term care*
10. Tinjauan Agama tentang HIV/AIDS and *long term care*

BAB 1

KONSEP PENYAKIT HIV/AIDS

1. Tujuan Umum

Mahasiswa memahami tentang konsep penyakit HIV/AIDS.

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mengetahui pengertian HIV/AIDS
- b. Mahasiswa mengetahui penyebab HIV/AIDS
- c. Mahasiswa mengetahui patofisiologi HIV/AIDS
- d. Mahasiswa mengetahui gejala HIV/AIDS
- e. Mahasiswa mengetahui tahapan perubahan HIV/AIDS
- f. Mahasiswa mengetahui cara penularan HIV/AIDS
- g. Mahasiswa mengetahui tes infeksi HIV/AIDS
- h. Mahasiswa mengetahui pencegahan HIV/AIDS
- i. Mahasiswa mengetahui pengobatan HIV/AIDS

3. Materi

A. Pengertian

Infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dan *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) merupakan salah satu penyakit mematikan di dunia yang menjadi wabah internasional sejak pertama kehadirannya (Arriza, Dewi, Dkk, 2011). Penyakit ini merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi virus *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) yang menyerang sistem kekebalan tubuh (Kemenkes, 2015). Penyakit HIV dan AIDS menyebabkan penderita mengalami penurunan ketahanan tubuh sehingga sangat mudah untuk terinfeksi berbagai macam penyakit lain (Kemenkes, 2015). Meskipun telah ada kemajuan dalam pengobatannya, namun infeksi HIV dan AIDS masih merupakan masalah kesehatan yang penting di dunia ini (Smeltzer dan Bare, 2015).

HIV adalah sebuah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia. AIDS adalah kependekan dari *Acquired Immune Deficiency Syndrome*. *Acquired* berarti

didapat, bukan keturunan. *Immuno* terkait dengan sistem kekebalan tubuh kita. *Deficiency* berarti kekurangan. *Syndrome* atau sindrom berarti penyakit dengan kumpulan gejala, bukan gejala tertentu. Jadi AIDS berarti kumpulan gejala akibat kekurangan atau kelemahan sistem kekebalan tubuh yang dibentuk setelah kita lahir. AIDS muncul setelah virus HIV menyerang sistem kekebalan tubuh kita selama lima hingga sepuluh tahun atau lebih. HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) merupakan virus yang dapat menyebabkan AIDS dengan cara menyerang sel darah putih yang bernama sel CD4 sehingga dapat merusak sistem kekebalan tubuh manusia. AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*) atau kumpulan berbagai gejala penyakit akibat turunnya kekebalan tubuh individu akibat HIV. Ketika individu sudah tidak lagi memiliki sistem kekebalan tubuh maka semua penyakit dapat dengan mudah masuk ke dalam tubuh. Karena sistem kekebalan tubuhnya menjadi sangat lemah, penyakit yang tadinya tidak berbahaya akan menjadi sangat berbahaya. Orang yang baru terpapar HIV belum tentu menderita AIDS. Hanya saja lama kelamaan sistem kekebalan tubuhnya makin lama semakin lemah, sehingga semua penyakit dapat masuk ke dalam tubuh. Pada tahapan itulah penderita disebut sudah terkena AIDS.

B. Penyebab HIV/AIDS

Ada dua jenis HIV yaitu HIV-1 dan HIV-2. HIV-1 dan HIV-2 yang ditransmisikan dengan cara yang sama dan terkait dengan infeksi oportunistik yang serupa, meskipun mereka berbeda dalam efisiensi transmisi dan tingkat perkembangan penyakit. HIV-1 merupakan penyebab bagi mayoritas infeksi di dunia, ada lebih dari 10 sub tipe genetik. HIV-2 ditemukan terutama di Afrika Barat, tampaknya kurang mudah menular dan berkembang lebih lambat untuk AIDS daripada HIV-1. Seseorang bisa

terinfeksi HIV kedua jenis secara bersamaan (UNICEF, 2009).

HIV tipe 1 dapat bermutasi dan berkembang menjadi lebih gana. Ada dua tipe utama varian virus tipe 1 menurut Black & Hawks (2009) yaitu :

1. HIV-1 kelompok M

Terdapat 10 tipe HIV-1 yaitu sub tipe A,B, C, D, E, F, G,H, I, J berdasarkan analisis *phylogenetic* dari gennya. Distribusinya tersebar di seluruh dunia.

2. HIV-1 kelompok O

Untuk menentukan tanda dari virus kelompok O ini harus hati-hati karena virus ini telah mengalami mutasi dan berbeda dari lainnya. kelompok O pertama kali do diagnosa di Afrika Tengah dan Afrika Barat

C. Patofisiologi

Virus HIV masuk ke dalam tubuh manusia melalui perantara darah, semen dan sekret vagina. Human Immunodeficiency Virus (HIV) tergolong retrovirus yang mempunyai materi genetik RNA yang mampu menginfeksi limfosit CD4 (*Cluster Differential Four*), dengan melakukan perubahan sesuai dengan DNA inangnya (Price & Wilson, 2006; Pasek, dkk., 2008; Wijaya, 2010). Virus HIV cenderung menyerang jenis sel tertentu, yaitu sel-sel yang mempunyai antigen CD4 terutama limfosit T4 yang memegang peranan penting dalam mengatur dan mempertahankan sistem kekebalan tubuh. Virus juga dapat menginfeksi sel monosit makrofag, sel Langerhans pada kulit, sel dendrit folikuler pada kelenjar limfe, makrofag pada alveoli paru, sel retina, sel serviks uteri dan sel-sel mikroglia otak. Virus yang masuk kedalam limfosit T4 selanjutnya mengadakan replikasi sehingga menjadi banyak dan akhirnya menghancurkan sel limfosit itu sendiri (Price & Wilson, 2006; Departemen Kesehatan RI, 2003).

Kejadian awal yang timbul setelah infeksi HIV disebut sindrom retroviral akut atau *Acute Retroviral Syndrome*. Sindrom ini diikuti oleh penurunan jumlah CD4 dan peningkatan kadar RNA HIV dalam plasma. CD4 secara perlahan akan menurun dalam beberapa tahun dengan laju penurunan CD4 yang lebih cepat pada 1,5 – 2,5 tahun sebelum pasien jatuh dalam keadaan AIDS. Viral load (jumlah virus HIV dalam darah) akan cepat meningkat pada awal infeksi dan pada fase akhir penyakit akan ditemukan jumlah CD4 < 200/mm³ kemudian diikuti timbulnya infeksi oportunistik, berat badan turun secara cepat dan muncul komplikasi neurologis. Pada pasien tanpa pengobatan ARV, rata-rata kemampuan bertahan setelah CD4 turun < 200/mm³ adalah 3,7 tahun (Pinsky & Douglas, 2009; Corwin, 2008).

D. Gejala HIV/AIDS

Menurut WHO (2005) kriteria klinis tanda dan gejala HIV/AIDS sebagai berikut:

1. Stadium pertama

Terjadi gejala asimtomatis dan *Persistent generalized lymphadenopathy* (PGL) atau pembesaran kelenjar getah bening persisten.

2. Stadium kedua

Penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan (<10% dari asumsi atau pengukuran berat badan), infeksi saluran pernafasan yang terjadi secara berulang-ulang (infeksi saluran pernafasan, sinusitis, bronchitis, otitis media, faringitis), herpes zoster, angular cheilitis, ulserasi mulut yang terjadi secara berulang-ulang, erupsi, *papular pruritic eruptions*, dermatitis seboroik, infeksi jamur di kuku.

3. Stadium ketiga

Gejala klinis pasien di stadium ketiga adalah:

- a. Kondisi yang ditegakkan berdasarkan gejala klinis: penurunan berat badan (>10% dari yang diduga

atau pengukuran berat badan), diare kronis yang tidak dapat dijelaskan selama lebih dari satu bulan, demam persisten yang tidak dapat dijelaskan (intermiten atau konstan selama lebih dari satu bulan), kandidiasis mulut, mulut dan lidah dilapisi selaput berwarna putih, tuberkulosis paru (TB) didiagnosis pada dua tahun terakhir, infeksi bakteri yang berat (misalnya pneumonia, empiema, pyomyositis, infeksi tulang atau sendi, meningitis, bakteremia). Stomatitis, ulseratif nekrosis akut, gingivitis atau periodontitis.

- b. Kondisi dimana perlu ditegakkan berdasarkan pemeriksaan diagnostik : Anemia yang tidak dapat dijelaskan ($<8\text{g/dl}$) dan atau neutropenia ($<500/\text{mm}^3$) dan atau trombositopenia ($<50.000/\text{mm}^3$) selama lebih dari satu bulan.

4. Stadium keempat

- a. Kondisi yang ditegakkan berdasarkan gejala klinis : sindrom penurunan berat badan, pneumonia yang terjadi secara berulang berdasarkan pemeriksaan rdiologis, infeksi herpes simpleks kronis (orolabial, alat kelamin atau daerah anorektal lebih dai satu bulan), kandidiasis esophagus, TB ekstra pulmoner, sarcoma kaposi, toksoplasmosis SSP, ensefalopati HIV.
- b. Kondisi dimana perlu ditegakka berdasarkan pemeriksaan diagnostik : Ekstrapulmoner kriptokokosis termasuk meningitis, Non-tuberkulosis diseminata infeksi mikroakteri, *progressive multifocal leukoencephalopathy (PML)*, Candida dari trakea, bronkus atau paru-paru, Kriptosporidiosis, Isosporiasis, infeksi viseral herpes simpleks, Cytomegalovirus (CMV, infeksi (retinitis atau organ selain hati, ;impa atau kelenjar getah bening), penyakit yang disebarkan oleh jamur mycosis (misal histoplasmosis, coccidiomycosis,

penicilliosis), Salmonella non-typhoidal septicemia yang terjadi secara berulang, Limfoma (otak atau sel B non-Hodgkin), Karsinoma serviks invasive, Visceral leishmaniasis.

Kriteria klinis diatas digunakan pada orang dewasa dan dijadikan sebagai patokan untuk menegakkan diagnosis dan pemberian terapi antiretroviral (ARV).

E. Tahapan Perubahan HIV/AIDS

Perjalanan penyakit HIV terbagi ada 4 stadium klinis dengan waktu pencapaian pada setiap stadium klinis berbeda pada setiap penderita. Semua tergantung dari upaya yang dilakukan oleh penderita tersebut untuk mempertahankan status klinis penyakitnya agar berkembang pada stadium klinis AIDS .

1. Fase 1

Umur infeksi 1-6 bulan (sejak terinfeksi HIV) individu sudah terpapar dan terinfeksi. Tetapi ciri-ciri terinfeksi belum terlihat meskipun ia melakukan tes darah. Pada fase ini antibodi terhadap HIV belum terbentuk. Bisa saja terlihat/mengalami gejala-gejala ringan, seperti flu (biasanya 2-3 hari dan sembuh sendiri). Atau Infeksi yang dimulai dengan masuknya HIV ke dalam tubuh sampai tes antibodi terhadap HIV menjadi positif proses ini disebut window period dengan lama prosesnya satu sampai tiga bulan, bahkan ada yang berlangsung sampai enam bulan.

2. Fase 2

Umur infeksi : 2-10 tahun setelah terinfeksi HIV. Pada fase kedua ini individu sudah positif HIV dan belum menampakkan gejala sakit. Sudah dapat menularkan pada orang lain. Bisa saja terlihat/mengalami gejala-gejala ringan, seperti flu (biasanya 2-3 hari dan sembuh sendiri).

3. Fase 3

Mulai muncul gejala-gejala awal penyakit. Belum disebut sebagai gejala AIDS. Gejala-gejala yang berkaitan antara lain keringat yang berlebihan pada waktu malam, diare terus menerus, pembengkakan kelenjar getah bening, flu yang tidak sembuh-sembuh, nafsu makan berkurang dan badan menjadi lemah, serta berat badan terus berkurang. Pada fase ketiga ini sistem kekebalan tubuh mulai berkurang.

4. Fase 4

Sudah masuk pada fase AIDS. AIDS baru dapat terdiagnosa setelah kekebalan tubuh sangat berkurang dilihat dari jumlah sel-T nya. Timbul penyakit tertentu yang disebut dengan infeksi oportunistik yaitu TBC, infeksi paru-paru yang menyebabkan radang paru-paru dan kesulitan bernafas, kanker, khususnya sariawan, kanker kulit atau sarcoma kaposi, infeksi usus yang menyebabkan diare parah berminggu-minggu, dan infeksi otak yang menyebabkan kekacauan mental dan sakit kepala.

F. Penularan HIV/AIDS

1. Media penularan HIV

HIV dapat ditularkan melalui pertukaran berbagai cairan tubuh dari individu yang terinfeksi, seperti darah, air susu ibu, air mani dan cairan vagina. Individu tidak dapat terinfeksi melalui kontak sehari-hari biasa seperti berciuman, berpelukan, berjabat tangan, atau berbagi benda pribadi, makanan atau air.

2. Cara Penularan

- a. Hubungan seksual : hubungan seksual yang tidak aman dengan orang yang telah terpapar HIV.
- b. Transfusi darah : melalui transfusi darah yang tercemar HIV.

- c. Penggunaan jarum suntik : penggunaan jarum suntik, tindik, tato, dan pisau cukur yang dapat menimbulkan luka yang tidak disterilkan secara bersama-sama dipergunakan dan sebelumnya telah dipakai orang yang terinfeksi HIV. Cara-cara ini dapat menularkan HIV karena terjadi kontak darah.
- d. Ibu hamil kepada anak yang dikandungnya
 - 1) Antenatal : saat bayi masih berada di dalam rahim, melalui plasenta.
 - 2) Intranatal : saat proses persalinan, bayi terpapar darah ibu atau cairan vagina.
 - 3) Postnatal : setelah proses persalinan, melalui air susu ibu. Kenyataannya 25-35% dari semua bayi yang dilahirkan oleh ibu yang sudah terinfeksi di negara berkembang tertular HIV, dan 90% bayi dan anak yang tertular HIV tertular dari ibunya.
- e. Perilaku berisiko yang menularkan HIV/AIDS
 - 1) Melakukan seks anal atau vaginal tanpa kondom.
 - 2) Memiliki infeksi menular seksual lainnya seperti sifilis, herpes, klamidia, kencing nanah, dan vaginosis bakterial.
 - 3) Berbagi jarum suntik yang terkontaminasi, alat suntik dan peralatan suntik lainnya dan solusi obat ketika menyuntikkan narkoba.
 - 4) Menerima suntikan yang tidak aman, transfusi darah, transplantasi jaringan, prosedur medis yang melibatkan pemotongan atau tindakan yang tidak steril.
 - 5) Mengalami luka tusuk jarum yang tidak disengaja, termasuk diantara pekerja kesehatan.
 - 6) Memiliki banyak pasangan seksual atau mempunyai pasangan yang memiliki banyak pasangan lain.

G. Tes Infeksi HIV

Tes HIV adalah tes yang dilakukan untuk memastikan apakah individu yang bersangkutan telah dinyatakan terkena HIV atau tidak. Tes HIV berfungsi untuk mengetahui adanya antibodi terhadap HIV atau mengetes adanya antigen HIV dalam darah. Ada beberapa jenis tes yang biasa dilakukan diantaranya yaitu tes Elisa, tes Dipstik dan tes Western Blot. Masing-masing alat tes memiliki sensitivitas atau kemampuan untuk menemukan orang yang mengidap HIV dan spesifitas atau kemampuan untuk menemukan individu yang tidak mengidap HIV. Untuk tes antibodi HIV semacam Elisa memiliki sensitivitas yang tinggi. Dengan kata lain persentase pengidap HIV yang memberikan hasil negatif palsu sangat kecil. Sedangkan spesifitasnya adalah antara 99,70%-99,90% dalam arti 0,1%-0,3% dari semua orang yang tidak berantibodi HIV akan dites positif untuk antibodi tersebut. Untuk itu hasil Elisa positif perlu diperiksa ulang (dikonfirmasi) dengan metode Western Blot yang mempunyai spesifitas yang lebih tinggi.

Syarat dan prosedur tes darah HIV/AIDS bersifat rahasia, harus dengan konseling pada pra tes dan tidak ada unsur paksaan. Tahapan tes HIV/AIDS pre tes konseling adalah identifikasi risiko perilaku seksual (pengukuran tingkat risiko perilaku), penjelasan arti hasil tes dan prosedurnya (positif/negatif), informasi HIV/AIDS sejelas-jelasnya., identifikasi kebutuhan pasien, setelah mengetahui hasil tes, rencana perubahan perilaku.

Tes darah Elisa, jika hasil tes Elisa (-) kembali melakukan konseling untuk penataan perilaku seks yang lebih aman (safer sex), pemeriksaan diulang kembali dalam waktu 3-6 bulan berikutnya. Hasil tes Elisa (+), konfirmasi dengan Western Blot.

Tes Western Blot, jika hasil tes Western Blot (+) laporkan ke dinas kesehatan (dalam keadaan tanpa

nama). Lakukan pasca konseling dan pendampingan (menghindari emosi putus asa keinginan untuk bunuh diri). Hasil tes Western Blot (-) sama dengan Elisa (-).

H. Pencegahan HIV/AIDS

Lima cara pokok untuk mencegah penularan HIV (A, B, C, D, E) yaitu :

A (*Abstinence*) : artinya absen seks atau tidak melakukan hubungan seks bagi yang belum menikah.

B (*Be faithful*) : artinya bersikap saling setia kepada satu pasangan seks (tidak berganti-ganti pasangan).

C (*Condom*) : artinya cegah penularan HIV melalui hubungan seksual dengan menggunakan kondom.

D (*Drug No*) : artinya dilarang menggunakan narkoba.

E (*Education*) : artinya pemberian edukasi dan informasi yang benar mengenai HIV, cara penularan, pencegahan dan pengobatannya. Individu dapat mengurangi risiko infeksi HIV dengan membatasi paparan faktor risiko.

Individu dapat mengurangi risiko infeksi HIV dengan membatasi paparan faktor risiko. Pendekatan utama untuk pencegahan HIV sebagai berikut :

1) Penggunaan kondom pria dan wanita

Penggunaan kondom pria dan wanita yang benar dan konsisten selama penetrasi vagina atau dubur dapat melindungi terhadap penyebaran infeksi menular seksual, termasuk HIV. Bukti menunjukkan bahwa kondom lateks laki-laki memiliki efek perlindungan 85% atau lebih besar terhadap HIV dan infeksi menular seksual (IMS) lainnya.

2) Tes dan konseling untuk HIV dan IMS

Pengujian untuk HIV dan IMS lainnya sangat disarankan untuk semua orang yang terpajan salah satu faktor risiko. Dengan cara ini orang belajar tentang status infeksi mereka sendiri dan mengakses layanan pencegahan dan perawatan yang diperlukan tanpa penundaan. WHO juga merekomendasikan untuk

menawarkan tes untuk pasangan. Selain itu, WHO merekomendasikan pendekatan pemberitahuan mitra bantuan sehingga orang dengan HIV menerima dukungan untuk menginformasikan mitra mereka sendiri, atau dengan bantuan penyedia layanan kesehatan.

3) Tes dan konseling, keterkaitan dengan perawatan tuberkulosis

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit yang paling umum dan penyebab kematian di antara orang dengan HIV. Hal ini fatal jika tidak terdeteksi atau tidak diobati, yang bertanggung jawab untuk lebih dari 1 dari 3 kematian terkait HIV.

Deteksi dini TB dan keterkaitan yang cepat dengan pengobatan TB dan ARV dapat mencegah kematian pada ODHA. Pemeriksaan TB harus ditawarkan secara rutin di layanan perawatan HIV dan tes HIV rutin harus ditawarkan kepada semua pasien dengan dugaan dan terdiagnosis TB. Individu yang didiagnosis dengan HIV dan TB aktif harus segera memulai pengobatan TB yang efektif (termasuk untuk TB yang resistan terhadap obat) dan ARV. Terapi pencegahan TB harus ditawarkan kepada semua orang dengan HIV yang tidak memiliki TB aktif.

4) Sunat laki-laki oleh medis secara sukarela

Sunat laki-laki oleh medis, mengurangi risiko infeksi HIV sekitar 60% pada pria heteroseksual. Sunat laki-laki oleh medis juga dianggap sebagai pendekatan yang baik untuk menjangkau laki-laki dan remaja laki-laki yang tidak sering mencari layanan perawatan kesehatan.

5) Penggunaan obat antiretroviral untuk pencegahan

Penelitian menunjukkan bahwa jika orang HIV-positif mematuhi rejimen ARV yang efektif, risiko

penularan virus ke pasangan seksual yang tidak terinfeksi dapat dikurangi sebesar 96%. Rekomendasi WHO untuk memulai ARV pada semua orang yang hidup dengan HIV akan berkontribusi secara signifikan untuk mengurangi penularan HIV.

6) Profilaksis pasca pajanan untuk HIV

Profilaksis pasca pajanan adalah penggunaan obat ARV dalam 72 jam setelah terpapar HIV untuk mencegah infeksi. Profilaksis pasca pajanan mencakup konseling, pertolongan pertama, tes HIV, dan pemberian obat ARV selama 28 hari dengan perawatan lanjutan. WHO merekomendasikan penggunaan profilaksis pascapajanan untuk pajanan pekerjaan, non-pekerjaan, dewasa dan anak-anak.

7) Pengurangan dampak buruk bagi orang-orang yang menyuntikkan dan menggunakan narkoba

Mulai berhenti menggunakan NAPZA sebelum terinfeksi HIV, tidak memakai jarum suntik, sehabis menggunakan jarum suntik langsung dibuang atau jika menggunakan jarum yang sama maka disterilkan terlebih dahulu, yaitu dengan merendam pemutih (dengan kadar campuran yang benar) atau direbus dengan suhu tinggi yang sesuai.

8) Bagi remaja

Semua orang tanpa kecuali dapat tertular, sehingga remaja tidak melakukan hubungan seks tidak aman, berisiko IMS karena dapat memperbesar risiko penularan HIV/AIDS. Mencari informasi yang lengkap dan benar yang berkaitan dengan HIV/AIDS. Mendiskusikan secara terbuka permasalahan yang sering dialami remaja dalam hal ini tentang masalah perilaku seksual dengan orang tua, guru, teman maupun orang yang memang paham mengenai hal tersebut. Menghindari penggunaan obat-obatan terlarang dan jarum suntik, tato dan tindik. Tidak melakukan kontak langsung percampuran darah

dengan orang yang sudah terpapar HIV. Menghindari perilaku yang dapat mengarah pada perilaku yang tidak sehat dan tidak bertanggungjawab. Paket komprehensif intervensi untuk pencegahan dan pengobatan HIV meliputi:

- 1) Program jarum dan alat suntik.
- 2) Terapi substitusi opioid untuk orang yang bergantung pada opioid dan pengobatan ketergantungan obat berbasis bukti lainnya.
- 3) Tes dan konseling HIV.
- 4) Perawatan HIV
- 5) Informasi dan edukasi pengurangan risiko dan penyediaan nalokson.
- 6) Penggunaan kondom.
- 7) Manajemen IMS, tuberkulosis dan virus hepatitis.

I. Pengobatan

Untuk menahan lajunya tahap perkembangan virus beberapa obat yang ada adalah antiretroviral dan infeksi oportunistik. Obat antiretroviral adalah obat yang dipergunakan untuk retrovirus seperti HIV guna menghambat perkembangbiakan virus. Obat-obatan yang termasuk antiretroviral yaitu AZT, Didanosine, Zalcitabine, Stavudine. Obat infeksi oportunistik adalah obat yang digunakan untuk penyakit yang muncul sebagai efek samping rusaknya kekebalan tubuh. Yang terpenting untuk pengobatan oportunistik yaitu menggunakan obat-obat sesuai jenis penyakitnya, contohnya : obat-obat anti TBC.

BAB 2

PENGAJIAN BIO, PSIKO, SOSIO , SPIRITUAL DAN KULTURAL

PADA PASIEN DENGAN HIV/AIDS

1. Tujuan Umum :

Mahasiswa memahami tentang pengkajian bio, psiko, sosio, spiritual dan kultural pada pasien dengan HIV/AIDS

2. Tujuan Khusus :

- a. Mahasiswa mengetahui pengkajian biologi pada pasien dengan HIV/AIDS
- b. Mahasiswa mengetahui pengkajian psikologi pada pasien dengan HIV/AIDS
- c. Mahasiswa mengetahui pengkajian sosial pada pasien dengan HIV/AIDS
- d. Mahasiswa mengetahui pengkajian spiritual pada pasien dengan HIV/AIDS
- e. Mahasiswa mengetahui pengkajian kultural pada pasien dengan HIV/AIDS

3. Materi

A. Latar belakang

Human Immunodeficiency Virus merupakan virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh yang biasanya menyerang sel CD4 (*Cluster of Differentiation 4*), sehingga dapat mengakibatkan penurunan sistem imun dalam tubuh. AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) merupakan suatu penyakit yang muncul setelah virus HIV menyerang sistem imun dalam tubuh. (Puspitasari, 2018).

Penurunan imunitas dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain stressor biologis dan psikososial. Stres mempengaruhi sistem endokrin dan imun, yaitu peningkatan sekresi hormon adrenal *terutama* kortikosteroid dan katekolamin, yang secara tidak langsung dapat mempengaruhi melalui perilaku yang meningkatkan kemungkinan terjadinya sakit atau

perluasan, misal mengkonsumsi alkohol dan merokok berlebihan. Terdapat empat hal yang menjadi masalah keperawatan pada pasien dengan HIV/AIDS antara lain biologis, psikis, sosial, dan ketergantungan. Sehingga, peran perawat sangat penting dalam pemenuhan kebutuhan biologis, strategi koping, pemberian dukungan sosial, dan dukungan spiritual kepada pasien secara positif selama menjalani perawatan.

B. Pengkajian Biologi pada Pasien dengan HIV/AIDS

1. Aspek Biologis/ Respon imunitas

Secara imunologis, sel T yang terdiri dari limfosit T-*helper*, disebut limfosit CD4+ akan mengalami perubahan secara kuantitas maupun kualitas. HIV menyerang CD4+ secara langsung maupun tidak langsung. Secara langsung, sampul HIV yang mempunyai efek toksik akan menghambat fungsi sel T (*toxic HIV*). Secara tidak langsung, lapisan luar protein HIV yang disebut sampul gp 120 dan anti p24 berinteraksi dengan CD4+ yang kemudian menghambat aktivasi sel yang mempresentasikan antigen (APC).

Setelah HIV melekat melalui reseptor CD4+ dan co-reseptornya bagian sampul tersebut melakukan fusi dengan membran sel dan bagian intinya masuk ke dalam sel membran. Pada bagian inti terdapat enzim *reverse transcriptase* yang terdiri dari DNA polimerase dan ribonuclease. Pada inti yang mengandung RNA, dengan enzim DNA polimerase menyusun kopi DNA dari RNA tersebut. Enzim ribonuclease memusnahkan RNA asli. Enzim polimerase kemudian membentuk kopi DNA kedua dari DNA pertama yang tersusun sebagai cetakan.

Kode genetik DNA berupa untai ganda setelah terbentuk, maka akan masuk ke inti sel. Kemudian oleh enzim *integrase*, DNA copi dari virus disisipkan

dalam DNA pasien. HIV provirus yang berada pada limfosit CD4+, kemudian bereplikasi yang menyebabkan sel limfosit CD4 mengalami sitolisis (Stewart, 1997). Virus HIV yang telah berhasil masuk dalam tubuh pasien, juga menginfeksi berbagai macam sel, terutama monosit, makrofag, sel-sel mikroglia di otak, sel - sel *hobfour* plasenta, sel-sel dendrit pada kelenjar limfe, sel- sel epitel pada usus, dan sel langerhans di kulit. Efek dari infeksi pada sel mikroglia di otak adalah encephalopati dan pada sel epitel usus adalah diare yang kronis (Stewart, 1997). Gejala-gejala klinis yang ditimbulkan akibat infeksi tersebut biasanya baru disadari pasien setelah beberapa waktu lamanya tidak mengalami kesembuhan. Pasien yang terinfeksi virus HIV dapat tidak memperlihatkan tanda dan gejala selama bertahun tahun. Sepanjang perjalanan penyakit tersebut sel CD4+ mengalami penurunan jumlahnya dari 1000/ul sebelum terinfeksi menjadi sekitar 200 - 300/ul setelah terinfeksi 2 - 10 tahun (Stewart, 1997).

2. Asuhan keperawatan respons biologis (Aspek Fisik)

Aspek fisik pada pasien dengan HIV/AIDS adalah pemenuhan kebutuhan fisik yang meliputi (a) *universal precautions*; (b) pengobatan infeksi sekunder dan pemberian ARV, (c) pemberian nutrisi, (d) aktivitas dan istirahat.

- a. *Universal Precautions* merupakan penerapan kewaspadaan universal oleh perawat selama pasien dalam perawatan dan pasien sendiri sangat penting dengan tujuan untuk mencegah terjadinya penularan virus HIV/AIDS. Prinsip-prinsip kewaspadaan universal meliputi (Depkes RI, 1997):
- 1) Menghindari kontak langsung dengan cairan tubuh dengan menggunakan alat pelindung diri (APD), seperti sarung tangan, masker, kaca mata

pelindung (*google*), penutup kepala (*head cup*), apron, dan sepatu bot yang disesuaikan dengan jenis tindakan yang dilakukan.

- 2) Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, termasuk setelah melepas sarung tangan.
- 3) Dekontaminasi cairan tubuh pasien
- 4) Memakai alat kedokteran sekali pakai atau sterilisasi semua alat kedokteran yang dipakai, terutama jangan menggunakan jarum suntik lebih dari satu kali pakai dan jangan dimasukkan ke dalam penutup jarum atau dibengkokkan.
- 5) Membuang limbah yang tercemar berbagai cairan tubuh secara benar dan aman
- 6) Pemeliharaan kebersihan tempat pelayanan kesehatan.

b. Pengobatan infeksi sekunder dan pemberian ARV

Peran perawat dalam pemberian ARV meliputi :

- 1) Mengkaji kesiapan pasien dalam manajemen pengobatan dengan prinsip pemberian ARV yaitu harus menggunakan tiga jenis obat yang ketiganya harus terserap dan berada dalam dosis terapeutik dalam darah yang dikenal dengan *highly active antiretroviral therapy* (HAART) atau disingkat menjadi ART (*antiretroviral therapy*) atau terapi ARV yang sesuai dengan panduan yang ditetapkan oleh pemerintah berdasarkan lima aspek yaitu efektivitas, efek samping/toksisitas, interaksi obat, kepatuhan dan harga obat.

- 2) Menilai pengertian pasien terhadap ARV

- 3) Mendidik pasien mengenai ARV

c. Pemberian nutrisi:

Dalam pemberian nutrisi, pasien dengan HIV/AIDS membutuhkan beberapa vitamin dan mineral dalam jumlah yang lebih banyak dari yang

biasanya diperoleh dari makanan sehari-hari, karena sebagian besar, pasien tersebut mengalami defisiensi vitamin.

d. Aktivitas dan istirahat

Dalam keadaan akut, latihan fisik berefek buruk pada kesehatan, sebaliknya, latihan fisik yang dilakukan secara teratur menimbulkan adaptasi organ tubuh dengan efek menyehatkan, sehingga menghasilkan perubahan pada jaringan, sel, dan protein pada sistem imun. Berikut pengaruh latihan fisik terhadap tubuh :

1) Perubahan sistem sirkulasi

Latihan fisik meningkatkan *cardiac output* yang menyebabkan peningkatan darah ke otot rangka dan jantung. Latihan yang teratur dapat meningkatkan adaptasi pada sistem sirkulasi, meningkatkan volume dan masa ventrikel kiri, sehingga berdampak pada peningkatan isi sekuncup dan *cardiac output* dan tercapai kapasitas kerja yang maksimal

2) Sistem pulmonal

Latihan fisik juga dapat meningkatkan frekuensi napas, meningkatkan pertukaran gas serta pengangkutan oksigen dan penggunaan oksigen oleh otot.

3) Metabolisme

Dalam melakukan latihan fisik, otot memerlukan energi. Pada latihan fisik, intensitas tinggi kebutuhan energi meningkat, otot semakin tergantung glikogen sehingga metabolisme berubah dari metabolisme aerob menjadi anaerob. Akhirnya latihan fisik yang berlebihan dapat menyebabkan hipernatremia karena banyak cairan isotonis yang keluar bersama keringat, dan juga terjadi dehidrasi dan hiperosmolaritas.

C. Pengkajian Psikologi pada Pasien dengan HIV/AIDS

1. Respons adaptif psikologis (penerimaan diri)

Pengalaman dari suatu penyakit memberikan efek bagi perasaan dan reaksi stres, frustrasi, kecemasan, kemarahan, penyangkalan, rasa malu, berduka, dan ketidakpastian menuju adaptasi terhadap penyakit.

Tabel 1. Respon Psikologis Pasien HIV/AIDS

Reaksi	Proses Psikologis	Hal-Hal yang Biasa Dijumpai
Syok (kaget, goncangan batin)	Merasa bersalah, marah, tidak berdaya	Rasa takut, hilang akal, frustrasi, rasa sedih, susah, <i>acting out</i>
Mengucilkan diri	Merasa cacat dan tidak berguna, menutup diri	Khawatir menginfeksi orang lain, murung
Membuka status secara terbatas	Ingin tahu reaksi orang lain, pengalihan stres, ingin dicintai	Penolakan, stres, konfrontasi
Mencari orang lain yang positif HIV	Berbagi rasa, pengenalan, kepercayaan, penguatan, dukungan sosial	Ketergantungan, campur tangan, tidak percaya pada pemegang rahasia dirinya
Status khusus	Perubahan keterasingan menjadi manfaat khusus, perbedaan menjadi hal yang istimewa, dibutuhkan oleh yang lainnya.	Ketergantungan, dikotomi kita dan mereka (semoua orang dilihat sebagai terinfeksi HIV dan direspons seperti itu), <i>over identification</i>
Perilaku mementingkan orang lain	Komitmen dan kesatuan kelompok, kepuasan memberi dan berbagi, perasaan sebagai kelompok	Pemadaman, reaksi, dan kompensasi yang berlebihan
Penerimaan	Integrasi status positif HIV dengan	Apatis, sulit berubah

Reaksi	Proses Psikologis	Hal-Hal yang Biasa Dijumpai
	identitas diri, keseimbangan antara kepentingan orang lain dengan diri sendiri, bisa menyebutkan kondisi seseorang	

2. Respons psikologis (penerimaan diri) terhadap penyakit menurut Kubler 'Ros (1974) dalam Nursalam, Kurniawati, Misutarno & Solikhah (2018), menyebutkan lima tahap reaksi emosi seseorang terhadap penyakit sebagai berikut:

a. Peningkaran (*denial*)

Tahap pertama, pasien tampak menunjukkan ciri perilaku peningkaran, mereka gagal memahami dan mengalami makna rasional dan dampak emosional dari diagnosis. Peningkaran tersebut disebabkan karena kurang pengetahuan pasien terhadap penyakitnya atau sudah mengetahuinya dan mengancam dirinya, sehingga dapat menimbulkan kecemasan. Peningkaran dapat berlalu sesuai dengan kemungkinan memproyeksikan pada apa yang diterima sebagai kesalahan alat pemeriksaan, kesalahan laporan laboratorium, atau mungkin lebih ke perkiraan dokter atau perawat yang tidak kompeten. Peningkaran bersifat sementara dan segera berubah dalam menghadapi kenyataan.

b. Kemarahan (*Anger*)

Tahap kedua dari pasien apabila peningkaran tidak tertahankan, maka bisa berubah menjadi marah. Perilaku pasien secara karakteristik dihubungkan dengan marah dan rasa bersalah. Biasanya, pasien akan melampiaskan kemarahannya pada sesuatu disekitarnya, terutama

juga dilampiaskan kepada perawat. Dan pasien akan berperilaku cemberut, banyak menuntut, tidak bersahabat, kasar, tidak bisa diajak bekerja sama, mudah tersinggung, minta banyak perhatian, dan iri hati. Itupun juga berlaku kepada keluarganya, jika saat dikunjungi keluarga, pasien menunjukkan sikap penolakan, maka keluarga akan enggan mengunjunginya.

c. Sikap Tawar-Menawar (*Bargaining*)

Tahap ketiga dari respon psikologisnya, setelah pasien marah-marah, pasien akan berpikir bahwa kemarahannya tidak ada artinya, sehingga muncul rasa bersalah dan mulai membina hubungan dengan Tuhan. Ciri yang jelas adalah pasien meminta dan menyanggupi akan menjadi lebih baik bila terjadi sesuatu yang menyimpannya atau berjanji lain jika dapat sembuh.

d. Depresi

Selama tahap ini, pasien sedih/berkabung mengesampingkan marah dan mulai mengatasi berduka secara konstruktif. Pasien mencoba perilaku baru yang konsisten dengan keterbatasan baru. Tingkat emosional adalah kesedihan, tidak berdaya, tidak ada harapan, bersalah, penyesalan yang dalam, dan kesepian. Perilaku pada fase ini mengacu pada ketakutan akan masa depan, bertanya peran baru dalam keluarga.

e. Penerimaan dan partisipasi

Seiring berjalannya waktu, pasien dapat beradaptasi, perasaan berduka mulai berkurang dan bergerak menuju identifikasi sebagai seseorang dengan keterbatasan karena penyakitnya. Pasien dapat bergantung pada orang lain jika perlu dan tidak membutuhkan dorongan melebihi daya tahannya atau terlalu memaksakan keterbatasan atau ketidakadekuatan (Hudak dan Gallo, 1996).

3. Asuhan keperawatan respons adaptif psikologis (Strategi Koping)

Menurut Potter & Perry (2005) dalam Nursalam dkk (2014) menguraikan lima tahap reaksi emosi seseorang terhadap stres yaitu pengingkaran, marah, tawar-menawar, depresi, dan menerima.

Tabel 2. Tahap reaksi emosi

Tahapan Psikologis	Tindakan yang Dibutuhkan
Tahap pengingkaran (<i>denial</i>)	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengidentifikasi terhadap penyakit pasien b. Mendorong pasien untuk mengekspresikan perasaan takut menghadapi kematian dan mengeluarkan keluh kesahnya
Tahap kemarahan (<i>anger</i>)	<ul style="list-style-type: none"> a. Memberikan kesempatan mengekspresikan marahnya b. Memahami kemarahan pasien
Tahap tawar-menawar (<i>bargaining</i>)	<ul style="list-style-type: none"> a. Mendorong pasien agar mau mendiskusikan perasaan kehilangan dan takut menghadapi penyakit pasien b. Mendorong pasien untuk menggunakan kelebihan yang ada pada dirinya
Tahap depresi	<ul style="list-style-type: none"> a. Memberikan dukungan dan perhatian b. Mendorong pasien untuk melakukan aktivitas sehari-hari sesuai kondisi c. Membantu menghilangkan rasa bersalah, bila perlu mendatangkan pemuka agama
Tahap menerima	<ul style="list-style-type: none"> a. Memotivasi pasien agar mau berdoa b. Memberikan bimbingan keagamaan sesuai keyakinan pasien

D. Pengkajian Sosial

1. Interaksi sosial

Gejala : masalah yang dapat ditimbulkan oleh diagnosis. Misal kehilangan karabat/orang terdekat, teman, pendukung, rasa takut untuk mengungkapkannya pada orang lain, takut akan penolakan/kehilangan pendapatan. Isolasi, kesepian, teman dekat ataupun pasangan yang meninggal karena AIDS. Mempertanyakan kemampuan untuk tetap mandiri, tidak mampu membuat rencana.

Tanda : perubahan pada interaksi keluarga/ orang terdekat. aktivitas yang tak terorganisasi.

2. Respons adaptif sosial individu yang menghadapi stressor tertentu menurut Stewart (1997) dalam Nursalam dkk (2014) dibedakan dalam 3 aspek antara lain:

- a. Stigma sosial memperparah depresi dan pandangan yang negatif tentang harga diri individu
- b. Diskriminasi terhadap orang yang terinfeksi HIV, misalnya penolakan bekerja dan hidup serumah juga akan berpengaruh terhadap kondisi kesehatan.
- c. Terjadinya waktu yang lama terhadap respons psikologis mulai penolakan, marah-marah, tawar menawar, dan depresi berakibat terhadap keterlambatan upaya pencegahan dan pengobatan. Adanya dukungan sosial yang baik dari keluarga, teman, maupun tenaga kesehatan dapat meningkatkan kualitas hidup ODHA.

E. Pengkajian Spiritual

Respons Adaptif Spiritual dikembangkan dari konsep konsep Ronaldson (2000) dalam Nursalam dkk (2014). Respons adaptif spiritual, meliputi: menguatkan harapan yang realistis kepada pasien terhadap kesembuhan

Harapan merupakan salah satu unsur yang penting dalam dukungan sosial. Orang bijak mengatakan “hidup

tanpa harapan, akan membuat orang putus asa dan bunuh diri”. Perawat harus meyakinkan kepada pasien bahwa sekecil apapun kesembuhan, misalnya akan memberikan ketenangan dan keyakinan pasien untuk berobat. Respons Adaptif Spiritual menurut Nursalam (2011) meliputi:

1. Menguatkan harapan yang realistis kepada pasien terhadap kesembuhan . Harapan merupakan salah satu unsur yang penting dalam dukungan sosial. Orang bijak mengatakan “hidup tanpa harapan, akan membuat orang putus asa dan bunuh diri”. Perawat harus meyakinkan kepada pasien bahwa sekecil apapun kesembuhan, misalnya akan memberikan ketenangan dan keyakinan pasien untuk berobat.
2. Pandai mengambil hikmah.
Peran perawat dalam hal ini adalah mengingatkan dan mengajarkan kepada pasien untuk selalu berfikir positif terhadap semua cobaan yang dialaminya. Dibalik semua cobaan yang dialami pasien, pasti ada maksud dari Sang Pencipta. Pasien harus difasilitasi untuk lebih mendekatkan diri kepada Sang Pencipta dengan jalan melakukan ibadah secara terus menerus. Sehingga pasien diharapkan memperoleh suatu ketenangan selama sakit.
3. Ketabahan hati.
Karakteristik seseorang didasarkan pada keteguhan dan ketabahan hati dalam menghadapi cobaan. Individu yang mempunyai kepribadian yang kuat, akan tabah dalam menghadapi setiap cobaan. Individu tersebut biasanya mempunyai keteguhan hati dalam menentukan kehidupannya.

Ketabahan hati sangat dianjurkan kepada pasien HIV. Perawat dapat menguatkan diri pasien dengan memberikan contoh nyata dan atau mengutip kitab suci atau pendapat orang bijak. Pasien harus diyakinkan

bahwa semua cobaan yang diberikan pasti mengandung hikmah, yang sangat penting dalam kehidupannya.

F. Pengkajian Cultural

Faktor budaya berkaitan dengan fenomena yang muncul akhir-akhir ini dimana banyak ibu rumah tangga yang tertular virus HIV/AIDS dari suaminya yang sering melakukan hubungan seksual selain dengan istrinya. Hal ini disebabkan oleh budaya permisif yang sangat berat dan perempuan tidak mempunyai *bargaining position* (posisi rebut tawar) terhadap suaminya serta sebagian besar perempuan tidak memiliki pengetahuan akan bahaya yang mengancamnya.

Kebijakan yang dilaksanakan oleh pemerintah untuk menanggulangi masalah HIV /AIDS Selama ini adalah melaksanakan bimbingan sosial pencegahan HIV /AIDS, pemberian konseling dan pelayanan sosial bagi penderita HIV /AIDS yang tidak mampu. Selain itu adanya pemberian pelayanan kesehatan sebagai langkah antisipatif agar kematian dapat dihindari, harapan hidup dapat ditingkatkan dan penderita HIV /AIDS dapat berperan sosial dengan baik dalam kehidupannya.

BAB 3

PEMERIKSAAN FISIK DAN DIAGNOSTIK PADA PASIEN HIV/AIDS

1. Tujuan Umum :

Mahasiswa memahami tentang pemeriksaan fisik dan pemeriksaan diagnostik pada pasien dengan HIV/AIDS

2. Tujuan Khusus :

- a. Mahasiswa mengetahui pemeriksaan fisik pada pasien HIV/AIDS
- b. Mahasiswa mengetahui pemeriksaan diagnostik pada pasien HIV/AIDS

3. Materi

A. Pemeriksaan Fisik pada Pasien HIV/AIDS

Pemeriksaan fisik HIV dilakukan untuk mengetahui kondisi dan tanda-tanda pada pasien HIV/AIDS dengan menggunakan metode inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi. Pemeriksaan HIV meliputi antara lain:

1. Kondisi Umum

Diperhatikan atau inspeksi penampilan umum pasien tampak sakit dimulai dari ringan sampai berat. Jangan lupa untuk mengecek tanda-tanda vital pasien.

2. Suhu

Demam umum pada orang yang terinfeksi HIV, bahkan bila tidak ada gejala lain. Demam kadang-kadang bisa menjadi tanda dari jenis penyakit infeksi tertentu atau kanker yang lebih umum pada orang yang mempunyai sistem kekebalan tubuh lemah.

3. Berat Badan

Pemeriksaan berat badan dilakukan pada setiap kunjungan. Kehilangan 10% atau lebih dari berat badan mungkin akibat dari sindrom wasting, yang merupakan salah satu tanda-tanda AIDS, dan yang paling parah tahap terakhir infeksi HIV. Diperlukan bantuan

tambahan gizi yang cukup jika telah kehilangan berat badan.

4. Mata.

Cytomegalovirus (CMV) retinitis adalah komplikasi umum AIDS. Hal ini terjadi lebih sering pada orang yang memiliki CD4 jumlah kurang dari 100 sel per mikroliter (MCL). Termasuk gejala floaters, penglihatan kabur, atau kehilangan penglihatan. Jika terdapat gejala retinitis CMV, diharuskan memeriksakan diri ke dokter mata sesegera mungkin. Beberapa dokter menyarankan kunjungan dokter mata setiap 3 sampai 6 bulan jika jumlah CD4 anda kurang dari 100 sel per mikroliter (MCL).

5. Mulut

Infeksi Jamur mulut dan luka mulut lainnya sangat umum pada orang yang terinfeksi HIV. Dokter akan melakukan pemeriksaan mulut pada setiap kunjungan. pemeriksakan gigi setidaknya dua kali setahun. Jika beresiko terkena penyakit gusi (penyakit periodontal), maka perlu ke dokter gigi.

6. Kelenjar getah bening

Pembesaran kelenjar getah bening (limfadenopati) tidak selalu disebabkan oleh HIV. Pada pemeriksaan kelenjar getah bening yang semakin membesar atau jika ditemukan ukuran yang berbeda, Dokter akan memeriksa kelenjar getah bening pada setiap kunjungan.

7. Pemeriksaan fisik pernafasan

Temuan yang didapatkan adalah pasien HIV/AIDS nafas pendek, dispnea, batuk, nyeri dada, demam berhubungan dengan berbagai infeksi, oportunistik

8. Pemeriksaan fisik abdomen

Pemeriksaan fisik gastrointestinal ditemukan masalah kehilangan nafsu makan, mual, muntah, kandidiasia oral dan esophagus, dan diare kronik (masalah pada sekitar 50% - 90% penderita AIDS). Pemeriksaan

abdomen mungkin menunjukkan hati yang membesar (hepatomegali) atau pembesaran limpa (splenomegali). Kondisi ini dapat disebabkan oleh infeksi baru atau mungkin menunjukkan kanker. Pemeriksaan perut akan dilakukan pada setiap kunjungan atau jika mengalami gejala-gejala seperti nyeri di kanan atas atau bagian kiri atas perut.

9. Pemeriksaan fisik integumen.

Kulit merupakan masalah yang umum untuk penderita HIV. Temuan dari pemeriksaan fisik integumen dapat ditemukan Herpes zoster, Herpes simplex, Seborrheic dermatitis, Folliculitis. Pemeriksaan yang teratur dapat mengungkapkan kondisi yang dapat diobati mulai tingkat keparahan dari dermatitis seboroik sampai sarkoma Kaposi. Pemeriksaan kulit dilakukan setiap 6 bulan atau kapan gejala berkembang.

10. Ginekologi terinfeksi.

Temuan dari pemeriksaan ginekologi dapat ditemukan Kandidiasis vagina, Syphilis, Herpes. Perempuan yang HIV memiliki kelainan sel serviks daripada wanita yang tidak memiliki HIV. Perubahan ini sel dapat dideteksi dengan tes Pap.

Pemeriksaan fisik secara menyeluruh akan memberikan informasi tentang keadaan kesehatan pasien HIV/AIDS. Pada pemeriksaan selanjutnya dokter akan menggunakan informasi yang sudah didapatkan untuk melihat perubahan status kesehatan.

B. Pemeriksaan Diagnostik

Diagnosis pada infeksi HIV dilakukan dengan dua metode yaitu metode pemeriksaan klinis dan pemeriksaan laboratorium. Pemeriksaan laboratorium meliputi uji imunologi dan uji virologi.

1. Diagnosis klinik

Sejak tahun 1980 WHO telah berhasil mendefinisikan kasus klinik dan sistem stadium klinik untuk infeksi

HIV. WHO telah mengeluarkan batasan kasus infeksi HIV untuk tujuan pengawasan dan merubah klasifikasi stadium klinik yang berhubungan dengan infeksi HIV pada dewasa dan anak. Pedoman ini meliputi kriteria diagnosa klinik yang patut diduga pada penyakit berat HIV untuk mempertimbangkan memulai terapi antiretroviral lebih cepat (Read, 2007).

Tabel 3. Gejala dan tanda klinis yang patut diduga infeksi HIV

Keadaan Umum	
Kehilangan berat badan > 10% dari berat badan dasar Demam (terus menerus atau intermiten, temperatur oral > 37,50 C) lebih dari satu bulan Diare (terus menerus atau intermiten) yang lebih dari satu bulan Limfadenofati meluas	
Kulit	
PPE* dan kulit kering yang luas merupakan dugaan kuat infeksi HIV. Beberapa kelainan seperti kutil genital (genital warts), folikulitis dan psoriasis sering terjadi pada ODHA tapi tidak selalu terkait dengan HIV	
Infeksi	
Infeksi jamur	Kandidosis oral* Dermatitis seboroik Kandidosis vagina kambuhan
Infeksi viral	Herpes zoster (berulang/melibatkan lebih dari satu dermatom)* Herpes genital (kambuhan) Moluskum kontagiosum Kondiloma
Gangguan pernafasan	Batuk lebih dari satu bulan Sesak nafas TB

	Pneumoni kambuhan Sinusitis kronis atau berulang
Gejala neurologis	Nyeri kepala yang semakin parah (terus menerus dan tidak jelas penyebabnya) Kejang demam Menurunnya fungsi kognitif

* Keadaan tersebut merupakan dugaan kuat terhadap infeksi HIV

[Sumber : Dep Kes, 2007]

2. Diagnosis Laboratorium

Metode pemeriksaan laboratorium dasar untuk diagnosis infeksi HIV dibagi dalam dua kelompok yaitu :

a) Uji Imunologi

Uji imunologi untuk menemukan respon antibody terhadap HIV-1 dan digunakan sebagai test skrining, meliputi *enzyme immunoassays* atau *enzyme-linked immunosorbent assay* (ELISAs) sebaik tes serologi cepat (*rapid test*). Uji Western blot atau *indirect immunofluorescence assay* (IFA) digunakan untuk memperkuat hasil reaktif dari test skrining.

Uji yang menentukan perkiraan abnormalitas sistem imun meliputi jumlah dan persentase CD4+ dan CD8+ T-limfosit absolute. Uji ini sekarang tidak digunakan untuk diagnose HIV tetapi digunakan untuk evaluasi.

(1) Deteksi antibodi HIV

Pemeriksaan ini dilakukan pada pasien yang diduga telah terinfeksi HIV. ELISA dengan hasil reaktif (positif) harus diulang dengan sampel darah yang sama, dan hasilnya dikonfirmasi dengan Western Blot atau IFA (*Indirect Immunofluorescence Assays*). Sedangkan hasil yang

negatif tidak memerlukan tes konfirmasi lanjutan, walaupun pada pasien yang terinfeksi pada masa jendela (*window period*), tetapi harus ditindak lanjuti dengan dilakukan uji virologi pada tanggal berikutnya. Hasil negatif palsu dapat terjadi pada orang-orang yang terinfeksi HIV-1 tetapi belum mengeluarkan antibodi melawan HIV-1 (yaitu, dalam 6 (enam) minggu pertama dari infeksi, termasuk semua tanda-tanda klinik dan gejala dari sindrom retroviral yang akut. Positif palsu dapat terjadi pada individu yang telah diimunisasi atau kelainan autoimune, wanita hamil, dan transfer maternal imunoglobulin G (IgG) antibodi anak baru lahir dari ibu yang terinfeksi HIV-1. Oleh karena itu hasil positif ELISA pada seorang anak usia kurang dari 18 bulan harus di konfirmasi melalui uji virologi (tes virus), sebelum anak dianggap mengidap HIV-1.

(2) *Rapid test*

Merupakan tes serologik yang cepat untuk mendeteksi IgG antibodi terhadap HIV-1. Prinsip pengujian berdasarkan aglutinasi partikel, imunodot (dipstik), imunofiltrasi atau imunokromatografi. ELISA tidak dapat digunakan untuk mengkonfirmasi hasil rapid tes dan semua hasil rapid tes reaktif harus dikonfirmasi dengan Western blot atau IFA.

(3) *Western blot*

Digunakan untuk konfirmasi hasil reaktif ELISA atau hasil serologi rapid tes sebagai hasil yang benar-benar positif. Uji Western blot menemukan keberadaan antibodi yang melawan protein HIV-1 spesifik (struktural dan enzimatik). Western blot dilakukan hanya sebagai konfirmasi pada hasil skrining berulang (ELISA atau rapid tes). Hasil negative Western blot menunjukkan bahwa hasil

positif ELISA atau rapid tes dinyatakan sebagai hasil positif palsu dan pasien tidak mempunyai antibodi HIV-1. Hasil Western blot positif menunjukkan keberadaan antibodi HIV-1 pada individu dengan usia lebih dari 18 bulan.

(4) *Indirect Immunofluorescence Assays (IFA)*

Uji ini sederhana untuk dilakukan dan waktu yang dibutuhkan lebih sedikit dan sedikit lebih mahal dari uji Western blot. Antibodi Ig dilabel dengan penambahan fluorokrom dan akan berikatan pada antibodi HIV jika berada pada sampel. Jika slide menunjukkan fluoresen sitoplasma dianggap hasil positif (reaktif), yang menunjukkan keberadaan antibodi HIV-1.

(5) Penurunan sistem imun

Progresi infeksi HIV ditandai dengan penurunan CD4+ T limfosit, sebagian besar sel target HIV pada manusia. Kecepatan penurunan CD4 telah terbukti dapat dipakai sebagai petunjuk perkembangan penyakit AIDS. Jumlah CD4 menurun secara bertahap selama perjalanan penyakit. Kecepatan penurunannya dari waktu ke waktu rata-rata 100 sel/tahun.

b) Uji Virologi

Tes virologi untuk diagnosis infeksi HIV-1 meliputi kultur virus, tes amplifikasi asam nukleat / nucleic acid amplification test (NAATs) , test untuk menemukan asam nukleat HIV-1 seperti DNA atau RNA HIV-1 dan test untuk komponen virus (seperti uji untuk protein kapsid virus (antigen p24)).

(1) Kultur HIV

HIV dapat dibiakkan dari limfosit darah tepi, titer virus lebih tinggi dalam plasma dan sel darah tepi penderita AIDS. Pertumbuhan virus terdeteksi dengan menguji cairan supernatan biakan setelah

7-14 hari untuk aktivitas reverse transcriptase virus atau untuk antigen spesifik virus.

(2) NAAT HIV-1 (*Nucleic Acid Amplification Test*)

Menemukan RNA virus atau DNA proviral yang banyak dilakukan untuk diagnosis pada anak usia kurang dari 18 bulan. Karena asam nuklet virus mungkin berada dalam jumlah yang sangat banyak dalam sampel. Pengujian RNA dan DNA virus dengan amplifikasi PCR, menggunakan metode enzimatik untuk mengamplifikasi RNA HIV-1. Level RNA HIV merupakan petanda prediktif penting dari progresi penyakit dan menjadi alat bantu yang bernilai untuk memantau efektivitas terapi antivirus.

(3) Uji antigen p24

Protein virus p24 berada dalam bentuk terikat dengan antibodi p24 atau dalam keadaan bebas dalam aliran darah individu yang terinfeksi HIV-1. Pada umumnya uji antigen p24 jarang digunakan dibanding teknik amplifikasi RNA atau DNA HIV karena kurang sensitif. Sensitivitas pengujian meningkat dengan peningkatan teknik yang digunakan untuk memisahkan antigen p24 dari antibodi anti-p24 (Read, 2007).

BAB 4

VOLUNTARY COUNSELING AND TESTING (VCT)

1. Tujuan Umum :

Mahasiswa memahami tentang *Voluntary Counseling and Testing (VCT)*

2. Tujuan Khusus :

- a. Mahasiswa mengetahui sejarah perkembangan VCT
- b. Mahasiswa mengetahui gambaran umum pelaksanaan VCT
- c. Mahasiswa mengetahui tujuan dan sasaran VCT
- d. Mahasiswa mengetahui tahapan VCT
- e. Mahasiswa mengetahui alur pelaksanaan VCT
- f. Mahasiswa mengetahui prinsip dasar VCT

3. Materi

A. Sejarah Perkembangan *Voluntary Counseling and Testing (VCT)* di Dunia dan di Indonesia

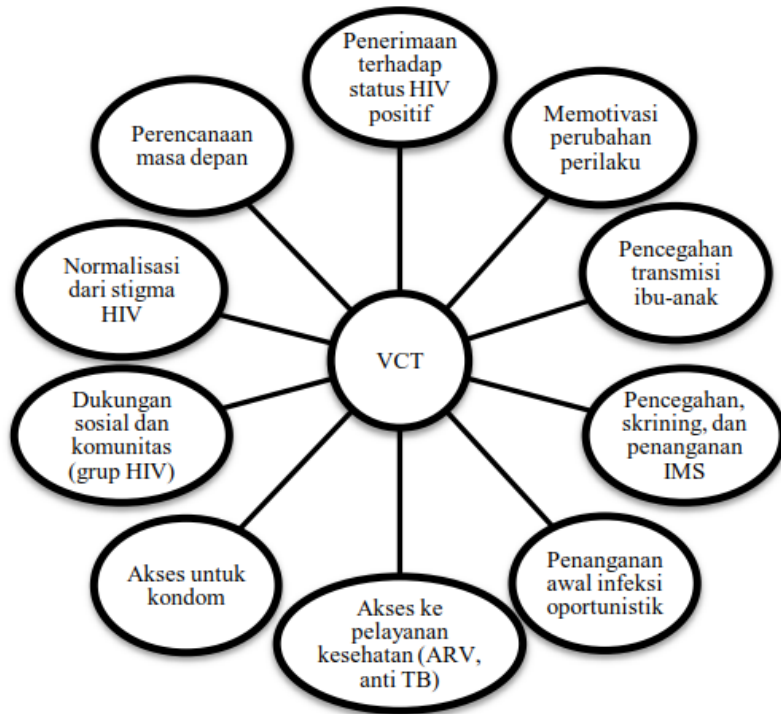
Voluntary Counseling and Testing (VCT) pertama kali dicetuskan oleh *World Health Organization (WHO)* pada Oktober 1999 saat 30th Regional Health Ministers' Conference di Seychelles. Kemudian penerapannya sendiri di Indonesia dilakukan tidak lama setelah itu. Namun perundangan secara jelas yang mengatur tentang pemberlakuan VCT baru dicanangkan pemerintah Indonesia melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1507 Tahun 2005 tentang Pedoman Pelayanan dan Tseting HIV/AIDS secara Sukarela (Depkes RI, 2005).

Kini layanan VCT telah banyak dilakukan di berbagai daerah di Indonesia baik itu oleh pihak pemerintah maupun pihak swasta, dimana pelayanan VCT oleh pihak swasta telah diatur dalam Surat Keputusan Menteri Kesehatan No. 04 Tahun 2002 tentang Laboratorium Klinik Swasta (LKS) (Depkes RI, 2002). Selain itu aturan lain mengenai Tim Pelatih Konseling dan Testing HIV Secara Sukarela diatur dalam Keputusan Menkes RI No. 060 tahun 2009 (Depkes RI, 2009).

B. Gambaran Umum Pelaksanaan Voluntary Counseling and Testing (VCT)

Voluntary Counseling and Testing (VCT) adalah suatu proses konseling terhadap suatu individu sehingga individu tersebut memperoleh informasi dan dapat memutuskan untuk melakukan tes HIV atau tidak, dimana keputusan yang diambil oleh individu tersebut merupakan keinginan dari dalam dirinya sendiri tanpa paksaan dan hasil tes sepenuhnya dirahasiakan dari pihak lain. Konseling dalam VCT merupakan kegiatan konseling yang menyediakan dukungan psikologis, informasi dan pengetahuan HIV/AIDS, mencegah penularan HIV, mempromosikan perubahan perilaku yang bertanggungjawab, pengobatan antiretroviral (ARV) dan memastikan pemecahan berbagai masalah terkait dengan HIV/AIDS yang bertujuan untuk perubahan perilaku ke arah perilaku lebih sehat dan lebih aman (CDC, 2014).

Adapun pihak-pihak yang membutuhkan VCT antara lain: mereka yang ingin mengetahui status HIVnya karena merasa telah melakukan tindakan yang berisiko untuk tertular HIV, mereka yang telah tertular HIV dan keluarganya, mereka yang membutuhkan VCT untuk kepentingan dinas atau pekerjaan, serta mereka yang termasuk ke dalam kelompok berisiko tinggi. (UNAIDS, 2000).



Gambar 1. Peranan layanan VCT pada berbagai aspek layanan kesehatan

C. Tujuan dan Sasaran VCT

Tujuan utama VCT yaitu mendorong orang yang sehat dan orang sehat tanpa gejala HIV (asimtomatik) untuk mengetahui status HIV sehingga mereka dapat mengurangi tingkat penularan HIV, mendorong seseorang untuk merubah perilaku, memberikan informasi tentang HIV AIDS, tes, pencegahan dan pengobatan bagi orang dengan HIV AIDS (ODHA). Namun dalam pelayanan VCT disarankan pada populasi berisiko (warga binaan permasyarakatan, ibu hamil, pasien TB, kaum migran, pelanggan pekerja seks dan pasangan ODHA) dan populasi kunci (pekerja seks, pengguna narkoba suntik, waria, lelaki seks dengan lelaki, dan transgender).

D. Tahapan VCT

Tahapan VCT meliputi tiga tahapan yaitu :

1. Konseling Pre Test

Merupakan diskusi antara klien dan konselor yang bertujuan untuk menyiapkan klien untuk testing, memberikan pengetahuan pada klien tentang HIV/AIDS. Isi diskusi yang disampaikan adalah klarifikasi pengetahuan klien tentang HIV/AIDS, menyampaikan prosedur tes dan pengelolaan diri setelah menerima hasil tes, menyiapkan klien menghadapi hari depan, membantu klien memutuskan akan tes atau tidak, mempersiapkan informed consent dan konseling seks yang aman.

2. Tes HIV

Secara konvensional tes HIV dilakukan dengan mendeteksi antibodi HIV. Jika seseorang memiliki antibodi terhadap HIV di dalam darahnya, hal ini berarti orang itu telah terinfeksi HIV. Kini berbagai varian tes antibodi HIV telah tersedia antara lain Enzyme-linked Immunoabsorbent Assay (ELISA), Western Blot dan tes lainnya yang prinsip penggunaannya lebih mudah dan harga lebih terjangkau. Hasil tes HIV dapat digolongkan ke dalam 3 hasil yaitu :

a) Non Reaktif

Hasil tes non reaktif menunjukkan bahwa tidak terdeteksi antibodi di dalam darah. Hasil ini dapat mempunyai beberapa arti yakni individu tersebut tidak terinfeksi HIV atau individu tersebut mungkin terinfeksi HIV tetapi tubuhnya belum dapat memproduksi antibodi HIV dimana dalam kondisi ini individu tersebut berada dalam status window period sehingga untuk memastikannya dapat dilakukan kembali tes HIV 3 atau 6 berikutnya.

b) Reaktif

Hasil tes reaktif menunjukkan bahwa antibodi HIV terdeteksi di dalam darah. Hasil ini menunjukkan bahwa individu dengan hasil tes HIV reaktif berarti telah terinfeksi HIV, tetapi belum tentu individu tersebut telah mengidap AIDS. Untuk hasil tes reaktif konselor akan menjelaskan makna hasil tes reaktif dan menanyakan kepada klien siapa saja yang boleh mengetahui hasil tes. Sedangkan untuk hasil tes non reaktif dan intermediate konselor menjelaskan makna hasil tes dimana klien juga diberikan konseling mengenai perubahan perilaku.

c) Intermediate

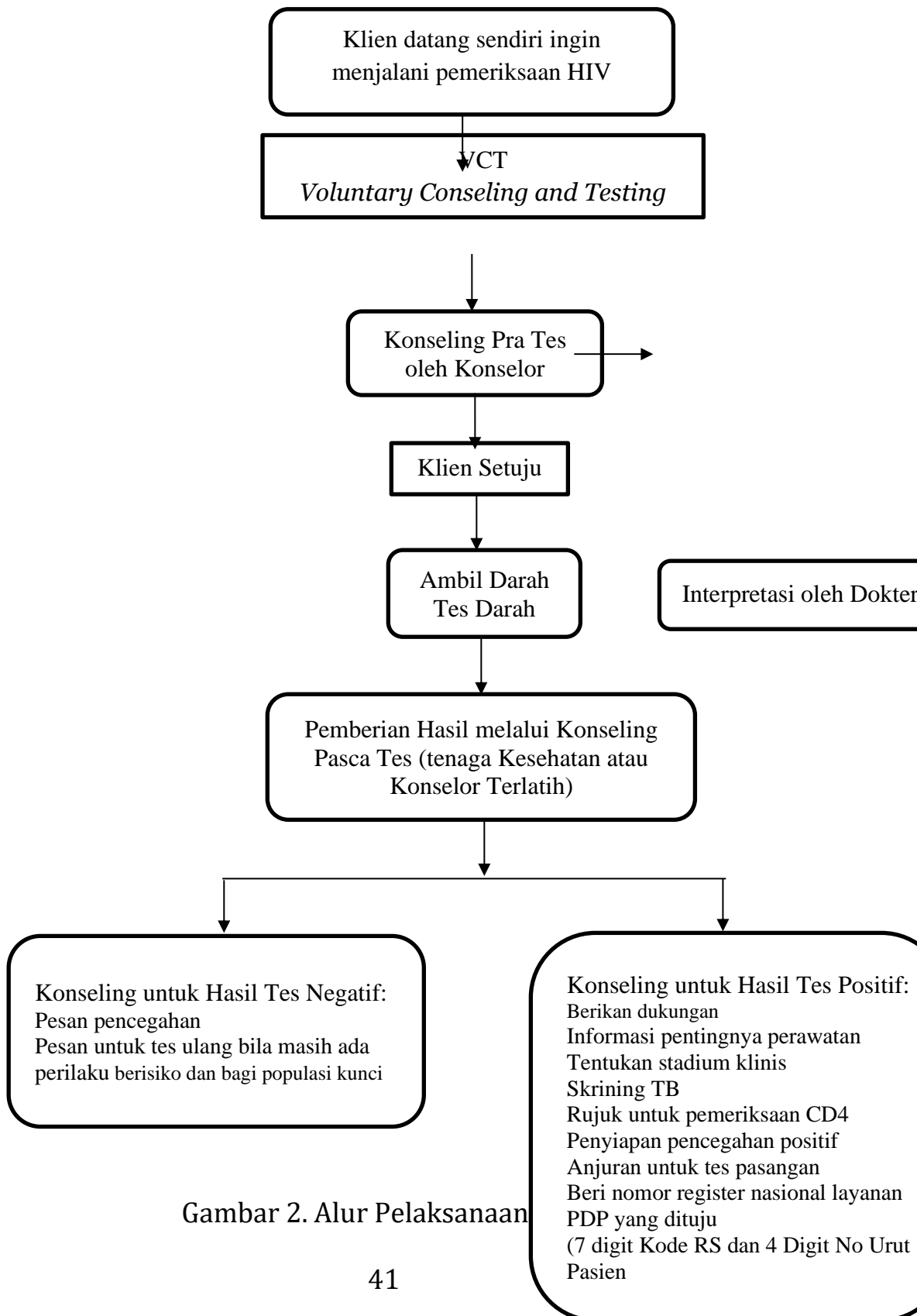
Hasil tes intermediate menunjukkan hal sebagai berikut: individu tersebut mungkin terinfeksi HIV dan sedang dalam proses membentuk antibodi (serokonversi akut), atau individu tersebut mempunyai antibodi dalam darah yang mirip dengan antibodi HIV.

3. Konseling Post Test

Konseling post-test merupakan diskusi antara konselor dengan klien yang bertujuan menyampaikan hasil tes HIV klien, membantu klien beradaptasi dengan hasil tes, menyampaikan hasil secara jelas, menilai pemahaman mental emosional klien, membuat rencana dengan menyertakan orang lain yang bermakna dalam kehidupan klien, menjawab, menyusun rencana tentang kehidupan yang mesti dijalani dengan menurunkan perilaku berisiko dan membuat perencanaan dukungan (UNAIDS, 2000).

E. Alur Pelaksanaan VCT

Berikut alur pelaksanaan *Voluntary Counselling and Testing* (VCT) berdasarkan pedoman pelaksanaan konseling dan tes HIV dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 74 tahun 2014.



Gambar 2. Alur Pelaksanaan

F. Prinsip Dasar VCT

Dalam pelaksanaannya, tes HIV harus mengikuti prinsip yang telah disepakati secara global yaitu 5 komponen dasar yang disebut 5C.

1. *Informed Consent*, adalah persetujuan suatu tindakan pemeriksaan laboratorium HIV yang diberikan oleh pasien/klien atau wali setelah mendapatkan dan memahami penjelasan yang diberikan secara lengkap oleh petugas kesehatan tentang tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien/klien tersebut.
2. *Confidentiality*, adalah semua isi informasi atau konseling antara klien dan petugas pemeriksa atau konselor dan hasil laboratoriumnya tidak akan diungkapkan kepada pihak lain tanpa persetujuan pasien/klien. Konfidensialitas dapat dibagikan kepada pemberi layanan kesehatan yang akan menangani pasien untuk kepentingan layanan kesehatan sesuai indikasi penyakit pasien.
3. *Counseling*, yaitu proses dialog antara konselor dengan klien bertujuan untuk memberikan informasi yang jelas dan dapat dimengerti klien/pasien. Konselor memberikan informasi, waktu, perhatian, dan keahliannya, untuk membantu klien mempelajari keadaan dirinya, mengenali, dan melakukan pemecahan masalah terhadap keterbatasan yang diberikan lingkungan. Layanan konseling HIV harus dilengkapi dengan informasi HIV dan AIDS, konseling pra-Konseling dan Tes, dan konseling pasca-Konseling dan Tes.
4. *Correct test results*, hasil tes harus akurat. Layanan tes HIV harus mengikuti standar pemeriksaan HIV nasional yang berlaku. Hasil tes harus dikomunikasikan sesegera mungkin kepada pasien/klien secara pribadi oleh tenaga kesehatan yang memeriksa.

5. *Connections to care, treatment and prevention services.*
Pasi en/klien harus dihubungkan atau dirujuk ke layanan pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan HIV yang didukung dengan system rujukan yang baik dan terpantau.

BAB 5

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN HIV/AIDS

1. Tujuan Umum :

Mahasiswa memahami tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan HIV/AIDS

2. Tujuan Khusus :

- a. Mahasiswa mengetahui pengkajian pada pasien HIV/AIDS
- b. Mahasiswa mengetahui diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada pasien HIV/AIDS
- c. Mahasiswa mengetahui intervensi keperawatan pada pasien HIV/AIDS
- d. Mahasiswa mengetahui implementasi keperawatan pada pasien HIV/AIDS
- e. Mahasiswa mengetahui evaluasi keperawatan pada pasien HIV/AIDS

3. Materi

Asuhan keperawatan bagi penderita penyakit AIDS merupakan tantangan yang besar bagi perawat karena setiap sistem organ berpotensi untuk menjadi sasaran infeksi ataupun kanker. Disamping itu, penyakit ini akan dipersulit oleh komplikasi masalah emosional, sosial dan etika. Rencana keperawatan bagi penderita AIDS harus disusun secara individual untuk memenuhi kebutuhan masing-masing pasien (Burnner & Suddarth, 2013).

A. Pengkajian pada pasien HIV AIDS

1. Pengkajian

a. Identitas Klien

Meliputi : nama, tempat/ tanggal lahir, jenis kelamin, status kawin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, diagnosa medis, No.Rekam Medik.

b. Keluhan Utama

Dapat ditemukan pada pasien AIDS dengan manifestasi respiratori ditemui keluhan utama sesak nafas. Keluhan utama lainnya ditemui pada pasien

HIV AIDS yaitu, demam yang berkepanjangan (lebih dari 3 bulan), diare kronis lebih dari satu bulan berulang maupun terus menerus, penurunan berat badan lebih dari 10%, batuk kronis lebih dari 1 bulan, infeksi pada mulut dan tenggorokan disebabkan oleh jamur *Candida Albicans*, pembengkakan kelenjer getah bening diseluruh tubuh, munculnya *Harpes zoster* berulang dan bercak-bercak gatal diseluruh tubuh.

c. Riwayat kesehatan sekarang

Dapat ditemukan keluhan yang biasanya disampaikan pasien HIV AIDS adalah : pasien akan mengeluhkan napas sesak (*dispnea*) bagi pasien yang memiliki manifestasi respiratori, batuk-batuk, nyeri dada dan demam, pasien akan mengeluhkan mual, dan diare serta penurunan berat badan drastis.

d. Riwayat kesehatan dahulu

Biasanya pasien pernah dirawat karena penyakit yang sama. Adanya riwayat penggunaan narkotika suntik, hubungan seks bebas atau berhubungan seks dengan penderita HIV/AIDS, terkena cairan tubuh penderita HIV/AIDS.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Biasanya pada pasien HIV AIDS adanya anggota keluarga yang menderita penyakit HIV/AIDS. Kemungkinan dengan adanya orang tua yang terinfeksi HIV. Pengkajian lebih lanjut juga dilakukan pada riwayat pekerjaan keluarga, adanya keluarga bekerja di tempat hiburan malam, bekerja sebagai PSK (*Pekerja Seks Komersial*).

2. Pola aktivitas sehari-hari (*ADL*)

a. Pola persepsi dan tata laksanaan hidup sehat

Pasien HIV/AIDS akan mengalami perubahan atau gangguan pada *personal hygiene*, misalnya kebiasaan mandi, ganti pakaian, BAB dan BAK dikarenakan kondisi tubuh yang lemah, pasien

kesulitan melakukan kegiatan tersebut dan pasien biasanya cenderung dibantu oleh keluarga atau perawat.

b. Pola Nutrisi

Biasanya pasien dengan HIV/AIDS mengalami penurunan nafsu makan, mual, muntah, nyeri menelan, dan juga pasien akan mengalami penurunan BB yang cukup drastis dalam waktu singkat (terkadang lebih dari 10% BB).

c. Pola Eliminasi

Pasien mengalami diare, fases encer, disertai mucus berdarah.

d. Pola Istirahat dan tidur

Pasien dengan HIV/AIDS pola istirahat dan tidur mengalami gangguan karena adanya gejala seperti demam dan keringat pada malam hari yang berulang. Selain itu juga didukung oleh perasaan cemas dan depresi pasien terhadap penyakitnya.

e. Pola aktivitas dan latihan

Pasien HIV/AIDS dalam aktivitas dan latihan mengalami perubahan. Ada beberapa orang tidak dapat melakukan aktifitasnya seperti bekerja. Hal ini disebabkan mereka yang menarik diri dari lingkungan masyarakat maupun lingkungan kerja, karena depresi terkait penyakitnya ataupun karena kondisi tubuh yang lemah.

f. Pola persepsi dan konsep diri

Pada pasien HIV/AIDS biasanya mengalami perasaan marah, cemas, depresi, dan stres.

g. Pola sensori kognitif

Pada pasien HIV/AIDS biasanya mengalami penurunan pengecap, dan gangguan penglihatan. Pasien juga biasanya mengalami penurunan daya ingat, kesulitan berkonsentrasi, kesulitan dalam

respon verbal. Gangguan kognitif lain yang terganggu yaitu bisa mengalami halusinasi.

h. Pola hubungan peran

Pasien HIV/AIDS akan terjadi perubahan peran yang dapat mengganggu hubungan interpersonal yaitu pasien merasa malu atau harga diri rendah.

i. Pola penanggulangan stres

Pasien HIV AIDS biasanya pasien akan mengalami cemas, gelisah dan depresi karena penyakit yang dideritanya. Lamanya waktu perawatan, perjalanan penyakit, yang kronik, perasaan tidak berdaya karena ketergantungan menyebabkan reaksi psikologis yang negatif berupa marah, kecemasan, mudah tersinggung dan lain-lain, dapat menyebabkan penderita tidak mampu menggunakan mekanisme koping yang konstruktif dan adaptif.

j. Pola reproduksi seksual

Pasien HIV AIDS pola reproduksi seksualnya terganggu karena penyebab utama penularan penyakit adalah melalui hubungan seksual.

k. Pola tata nilai dan kepercayaan

Pasien HIV AIDS tata nilai keyakinan pasien awalnya akan berubah, karena mereka menganggap hal menimpa mereka sebagai balasan akan perbuatan mereka. Adanya perubahan status kesehatan dan penurunan fungsi tubuh mempengaruhi nilai dan kepercayaan pasien dalam kehidupan pasien, dan agama merupakan hal penting dalam hidup pasien.

B. Diagnosa Keperawatan Yang mungkin Muncul pada Pasien HIV/AIDS

1. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan kerusakan neurologis, ansietas, nyeri, kelelahan.
2. Diare berhubungan dengan infeksi
3. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.

4. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis, ketidakmampuan menelan.
5. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera, biologis
6. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan perubahan status cairan, perubahan pigmentasi, perubahan turgor kulit, ketidakseimbangan nutrisi, faktor immunologis.
7. Harga diri rendah situasional berhubungan dengan gangguan citra tubuh.

C. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan atau intervensi yang ditemukan pada pasien dengan HIV AIDS sebagai berikut:

Tabel 4. Intervensi Keperawatan pada Pasien HIV/AIDS

Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil (NOC)	Intervensi (NIC)
Ketidakefektifan pola nafas Definisi : inspirasi dan ekspirasi yang tidak memberi ventilasi adekuat Faktor resiko : 1. Perubahan kedalaman pernafasan 2. Bradipnea 3. Dipsnea 4. Pernafasan cuping hidung 5. Takipnea Faktor yang berhubungan : 1. Kerusakan neurologis 2. Imunitas neurologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status pernafasan tidak terganggu dengan KH : 1. Frekuensi pernafasan tidak ada deviasi dari kisaran normal 2. Irama pernafasan tidak ada deviasi dari kisaran normal 3. Suara auskultasi nafas tidak ada deviasi dari kisaran normal 4. Saturasi oksigen tidak ada deviasi dari kisaran normal 5. Tidak ada retraksi dinding dada	Manajemen jalan nafas : 1. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi 2. Lakukan fisioterapi dada 3. Buang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk 4. Motivasi pasien untuk bernafas pelan, dalam, berputar dan batuk 5. Auskultasi suara nafas,

	<p>6. Tidak ada suara nafas tambahan</p> <p>7. Tidak ada pernafasan cuping hidung</p>	<p>catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada dan adanya suara nafas tambahan</p> <p>6. Posisikan untuk meringankan sesak nafas</p> <p>7. Monitor pernafasan dan oksigen</p> <p>Pemberian obat</p> <p>1. Pertahankan aturan dan prosedur yang sesuai dengan keakuratan dan keamanan pemberian obat-obatan</p> <p>2. Ikuti prosedur limabenar dalam pemberian obat</p> <p>3. Beritahu klien mengenai jenis obat, alasan pemberian obat, hasil yang diharapkan, dan efek lanjutan yang akan terjadi sebelum pemberian obat.</p>
--	---	---

		<p>4. Bantu klien dalam pemberian obat</p> <p>Terapi oksigen :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bersihkan mulut, hidung, dan sekresi trakea dengan tepat 2. Berikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan 3. Monitor aliran oksigen 4. Periksa perangkat (alat) pemberian oksigen secara berkala untuk memastikan bahwa konsentrasi (yang telah) ditentukan sedang diberikan <p>Monitor pernafasan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas 2. Catat pergerakan dada, catat ketidaksimetr
--	--	--

		<p>isan, penggunaan otot-otot bantu nafas</p> <p>3. Palpasi kesimetrisan ekstensi paru</p> <p>4. Auskultasi suara nafas, catat area dimana terjadinya penurunan atau tidak adanya ventilasi dan keberadaan suara nafas tambahan</p> <p>5. Auskultasi suara nafas setelah tindakan untuk dicatat</p> <p>6. Monitor sekresi pernafasan pasien</p> <p>7. Berikan bantuan terapi nafas jika diperlukan (misalnya nebulizer)</p> <p>Monitor tanda vital :</p> <p>1. Monitor tekanan darah, Nadi, Suhu, dan status pernafasan dengan tepat</p>
--	--	---

		<p>2. Monitor suara paru-paru</p> <p>3. Monitor warna kulit, suhu dan kelembaban</p>
<p>Diare</p> <p>Definisi : Feses yang lunak dan tidak terbentuk</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri abdomen 2. Sedikitnya 3x defekasi per hari 3. Bising usus hiperaktif <p>Situasional :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyalahgunaan alkohol <p>Fisiologis :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Proses infeksi 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan eliminasi usus tidak terganggu dengan KH :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pola eliminasi tidak terganggu 2. Suara bising usus tidak terganggu 3. Diare tidak ada <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tidak terjadi keparahan infeksi dengan KH :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Malaise tidak ada 2. Nyeri tidak ada 3. Depresi jumlah sel darah putih 	<p>Manajemen saluran cerna :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor buang air besar termasuk frekuensi, konsistensi, bentuk, volume dan warna, dengan cara yang tepat 2. Monitor bising usus <p>Manajemen diare:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tentukan riwayat diare 2. Ambil tinja untuk pemeriksaan kultur dan sensitifitas bila diare berlanjut 3. Instruksikan pasien atau anggota keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja 4. Identifikasi

		<p>faktor yang bisa menyebabkan diare (misalnya medikasi, bakteri, dan pemberian makan lewat selang)</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Amati turgor kulit secara berkala 6. Monitor kulit perineum terhadap adanya iritasi dan ulserasi 7. Konsultasikan dengan dokter jika tanda dan gejala diare menetap <p>Terapi IV :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verifikasi perintah untuk terapi intravena 2. Instruksikan pasien tentang prosedur 3. Periksa tipe cairan, jumlah, kadaluarsa, karakteristik dari cairan dan tingkat merusak pada kontainer 4. Lakukan (prinsip) lima
--	--	---

		<p>benar sebelum memulai infus atau pemberian pengobatan (misalnya, benar obat, dosis, pasien, cara, dan frekuensi)</p> <p>5. Monitor kecepatan IV, sebelum memberikan pengobatan IV</p> <p>6. Monitor tanda vital</p> <p>7. Dokumentasikan terapi yang diberikan, sesuai protokol dan instruksi</p>
<p>Kekurangan volume cairan Definisi : penurunan cairan intravaskuler, interstisial, atau intraselular. Ini mengacu pada dehidrasi, kehilangan cairan saja tanpa perubahan pada natrium Batasan karakteristik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penurunan tekanan darah 2. Penurunan 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan tidak terganggu dengan KH :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah tidak terganggu 2. Keseimbangan <i>intake</i> dan <i>output</i> dalam 24 jam tidak terganggu 3. Berat badan stabil tidak terganggu 4. Turgor kulit tidak terganggu <p>Setelah dilakukan tindakan</p>	<p>Manajemen cairan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Timbang berat badan setiap hari dan monitor status pasien 2. Jaga <i>Intake/</i> asupan yang akurat dan catat <i>output</i> pasien 3. Monitor status hidrasi (misalnya, membran mukosa lembab, denyut nadi

<p>tekanan nadi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Penurunan turgor kulit 4. Kulit kering 5. Penurunan frekuensi nadi 6. Penurunan BB tiba-tiba 7. Kelemahan <p>Faktor yang berhubungan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kehilangan cairan aktif 	<p>keperawatan diharapkan hidrasi tidak terganggu dengan KH :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Turgor kulit tidak terganggu 2. Membran mukosa lembab tidak terganggu 3. <i>Intake</i> cairan tidak terganggu 4. <i>Output</i> cairan tidak terganggu 5. Perfusi Jaringan tidak terganggu 6. Tidak ada nadi cepat dan lemah 7. Tidak ada kehilangan berat badan 	<p>adekuat, dan tekanan darah ortostatik)</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Monitor hasil laboratorium yang relevan dengan retensi cairan (misalnya, peningkatan berat jenis, peningkatan BUN, penurunan hematokrit, dan peningkatan kadar osmolitas urin) 5. Monitor status hemodinamik a CVP, MAP, PAP, dan PCWP, jika ada) 6. Monitor tanda-tanda vital 7. Beri terapi IV, seperti yang ditentukan 8. Berikan cairan dengan tepat 9. Berikan diuretik yang diresepkan 10. Distribusi asupan cairan selama 24 jam <p>Monitor cairan :</p>
--	---	--

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Tentukan jumlah dan jenis <i>Intake</i>/asupan cairan serta kebiasaan eliminasi 2. Tentukan faktor-faktor yang menyebabkan ketidakseimbangan cairan 3. Periksa isi kulang kapiler 4. Periksa turgor kulit 5. Monitor berat badan 6. Monitor nilai kadar serum dan elektrolit urin 7. Monitor kadar serum albumin dan protein total 8. Monitor tekanan darah, denyut jantung, dan status pernafasan 9. Monitor membran mukosa, turgor kulit, dan respon haus
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh Definisi : asuhan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status	Manajemen nutrisi : 8. Identifikasi adanya alergi

<p>kebutuhan tubuh tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik Batasan karakteristik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri abdomen 2. Menghindari makan 3. BB 20% atau lebih dibawah BB ideal 4. Diare 5. Bising usus hiperaktif 6. Penurunan BB dengan asupan yang adekuat 7. Membran mukosa pucat 8. Ketidakmampuan memakan makanan 9. Tonus otot menurun 10. Sariawan pada rongga mulut 11. Kelemahan otot untuk menelan <p>Faktor berhubungan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Faktor biologis 2. Ketidakmampuan 	<p>nutrisi dapat ditingkatkan dengan KH :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asupan Nutrisi tidak menyimpang dari rentang normal 2. Asupan makanan tidak menyimpang dari rentang normal <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Status nutrisi : Asupan nutrisi dapat ditingkatkan dengan KH</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asupan kalori sebagian besar adekuat 2. Asupan protein sebagian besar adekuat 3. Asupan lemak sebagian besar adekuat 4. Asupan karbohidrat sebagian besar adekuat 5. Asupan vitamin sebagian besar adekuat 6. Asupan mineral sebagian besar adekuat 	<p>atau intoleransi akanan yang dimiliki pasien</p> <p>Terapi nutrisi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji kebutuhan nutrisi parenteral 2. Berikan nutrisi enteral, sesuai kebutuhan 3. Berikan nutrisi enteral 4. Hentikan pemberian makanan melalui selang makan begitu pasien mampu mentoleransi asupan (makanan) melalui oral 5. Berikan nutrisi yang dibutuhkan sesuai batas diet yang dianjurkan <p>Pemberian nutrisi total parenteral :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pastikan isersi intravena cukup paten untuk pemberian nutrisi intravena 2. Pertahankan
---	--	--

<p>mengabsorbsi nutrisi</p> <p>3. Ketidakmampuan mencerna makanan</p> <p>4. Ketidakmampuan menelan makanan</p>		<p>kecepatan aliran yang konstan</p> <p>3. Monitor kebocoran, infeksi dan komplikasi metabolik</p> <p>4. Monitor masukan dan output cairan</p> <p>5. Monitor kadar albumin, protein total, elektrolit, profil lipid, glukosa darah dan kimia darah</p> <p>6. Monitor tanda-tanda vital</p>
<p>Nyeri akut</p> <p>Definisi : pengalaman sensorial dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan selera makan 2. Perubahan tekanan darah 3. Perubahan frekuensi jantung 4. Perubahan 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kontrol nyeri dapat dipertahankan dengan KH :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Secara konsisten menunjukkan, menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgesik 2. Secara konsisten menunjukkan menggunakan analgesik yang direkomendasikan 3. Melaporkan nyeri terkontrol 	<p>Pemberian analgesik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas dan keparahan nyeri sebelum mengobati pasien 2. Cek perintah pengobatan meliputi obat, dosis, dan frekuensi obat analgesik yang diresepkan 3. Cek adanya riwayat alergi obat

<p>frekuensi pernafasan</p> <p>5. Laporan isyarat</p> <p>6. Diaporesis</p> <p>7. Perilaku distraksi</p> <p>8. Mengekspresikan perilaku (menangis, gelisah, merengek)</p> <p>9. Sikap melindungi area nyeri</p> <p>10. Indikasi nyeri yang dapat diamati</p> <p>11. Perubahan posisi untuk menghindari nyeri</p> <p>12. Dilatasi pupil</p> <p>13. Melaporkan nyeri secara verbal</p> <p>14. Fokus pada diri sendiri</p> <p>15. Gangguan tidur</p> <p>Faktor yang berhubungan : Agen cedera (biologis, zat kimia, fisik, psikologis)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan tingkat nyeri dapat diatasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri yang dilaporkan tidak ada 2. Mengerang dan meringis tidak ada 3. Menyeringit tidak ada 4. Ketegangan otot tidak ada 5. Tanda -tanda vital tidak mengalami deviasi 	<p>4. Pilih analgesik atau kombinasi analgesik yang sesuai ketika lebih dari satu yang diberikan</p> <p>Manajemen nyeri :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus 2. Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan 3. Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri dan sampaikan penerimaan
--	--	---

		<p>pasien terhadap nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Kaji bersama pasien faktor-faktor yang dapat menurunkan atau memberatkan nyeri 5. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi nyeri 6. Evaluasi keefektifan dari tindakan pengontrolan 7. Mendukung istirahat tidur 8. Memberikan informasi terkait dengan diagnosa dan keperawatan 9. Mendorong keluarga menemani pasien 10. Kaji tanda verbal dan non verbal dari ketidaknyamanan
<p>Resiko kerusakan integritas kulit Definisi : beresiko mengalami perubahan kulit Faktor resiko :</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas jaringan kulit dan membran</p>	<p>Pemberian obat kulit :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ikuti prinsip 5 benar pemberian 2. Catat riwayat

<p>Eksternal :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zat kimia 2. Ekskresi 3. Usia yang ekstrim 4. Hipertermia 5. Hipotermia 6. Faktor mekanis (gaya gunting, tekanan pengekanan) 7. Lembab 8. Imobilitas fisik 9. Radiasi 10. Sekresi <p>Internal :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan pigmentasi 2. Perubahan turgor kulit 3. Faktor perkembangan 4. Kondisi ketidakseimbangan nutrisi (obesitas, kurus kerempeng) 5. Gangguan sirkulasi 6. Gangguan kondisi metabolik 7. Faktor imunologi 8. Faktor psikogenik 9. Tonjolan tulang 	<p>mukosa dapat ditingkatkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suhu kulit tidak terganggu 2. Tekstur kulit tidak terganggu 3. Integritas kulit tidak terganggu 4. Pigmentasi abnormal ringan 5. Lesi mukosa ringan 6. Kanker kulit tidak ada 	<p>medis pasien dan riwayat alergi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Tentukan pengetahuan pasien mengenai medikasi dan pemahaman pasien mengenai metode pemberian obat <p>Pengecekan kulit :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Amati warna, kehangatan, bengkak, pulsasi, tekstur, edema, dan ulserasi pada ekstremitas 2. Monitor warna dan suhu kulit 3. Monitor kulit dan selaput lendir terhadap area perubahan warna, memar, dan pecah 4. Monitor kulit untuk adanya ruam dan lecet
<p>Harga diri rendah situasional</p> <p>Definisi :</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan</p>	<p>Peningkatan citra tubuh</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tentukan

<p>perkembangan persepsi negatif tentang harga diri sebagai respon terhadap situasi saat ini</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi diri bahwa individu tidak mampu menghadapi peristiwa, situasi 2. Perilaku bimbang 3. Perilaku tidak asertif 4. Ekspresi ketidakberdayaan dan ketidakbergunaan 5. Verbalisasi meniadakan diri <p>Faktor berhubungan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku tidak selaras dengan nilai 2. Perubahan perkembangan 3. Gangguan citra tubuh 4. Kegagalan 5. Gangguan fungsional 6. Kehilangan penghargaan 7. Penolakan 8. Kehilangan 	<p>diharapkan terjadi peningkatan harga diri dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi penerimaan diri 2. Penerimaan terhadap keterbatasan diri 3. Mempertahankan posisi tegak 4. Mempertahankan kontak mata 5. Komunikasi terbuka 	<p>harapan citra diri pasien didasarkan pada tahap perkembangan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Tentukan perubahan fisik saat ini apakah berkontribusi pada cita diri pasien 3. Bantu pasien untuk mendiskusikan perubahan - perubahan (bagian tubuh) disebabkan adanya penyakit dengan cara yang tepat 4. Monitor frekuensi dari pernyataan mengkritisi diri 5. Monitor pernyataan yang mengidentifikasi citra tubuh mengenai ukuran dan berat badan <p>Peningkatan koping :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan pendekatan yang tenang
---	--	--

		<p>dan memberikan jaminan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Berikan suasana penerimaan 3. Sediakan informasi aktual mengenai diagnosis, penanganan dan prognosis <p>Peningkatan harga diri :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor penerimaan pasien mengenai harga diri 2. Jangan mengkritisi pasien secara negatif
--	--	---

D. Implementasi

Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan dimana rencana keperawatan dilaksanakan : melaksanakan intervensi/aktivitas yang telah ditentukan, pada tahap ini perawat siap untuk melaksanakan intervensi dan aktivitas yang telah dicatat dalam rencana perawatan klien. Agar implementasi perencanaan dapat tepat waktu dan efektif terhadap biaya, pertama harus mengidentifikasi prioritas perawatan klien, kemudian bila perawatan telah dilaksanakan, memantau dan mencatat respons pasien terhadap setiap intervensi dan mengkomunikasikan informasi ini kepada penyedia perawatan kesehatan

lainnya. Kemudian, dengan menggunakan data, dapat mengevaluasi dan merevisi rencana perawatan dalam tahap proses keperawatan berikutnya.

E. Evaluasi

Tahap evaluasi menentukan kemajuan pasien HIV/AIDS terhadap pencapaian hasil yang diinginkan dan respons pasien terhadap dan keefektifan intervensi keperawatan kemudian mengganti rencana perawatan jika diperlukan. Tahap akhir dari proses keperawatan perawat mengevaluasi kemampuan pasien ke arah pencapaian hasil.

BAB 6

ODHA DAN *FAMILY CENTERED* PADA ODHA

1. Tujuan Umum :

Mahasiswa memahami tentang ODHA dan *Family Centered* pada ODHA

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mengetahui pengertian ODHA
- b. Mahasiswa mengetahui konsep *family centered* pada ODHA
- c. Mahasiswa mengetahui penyebab dilakukan *Family Centered Care* pada ODHA
- d. Mahasiswa mengetahui elemen *Family Centered Care* pada ODHA
- e. Mahasiswa mengetahui prinsip *Family Centered Care*

3. Materi

Latar belakang

Orang yang mengidap HIV/AIDS di Indonesia disebut dengan ODHA (Orang dengan HIV/AIDS). HIV hanya dapat ditularkan dari satu orang kepada yang lain melalui pertukaran cairan tubuh seperti darah, air mani, cairan vagina dan air susu ibu. HIV/AIDS dapat menyebabkan kematian seseorang secara perlahan. Virus ini sampai sekarang belum ada obatnya, sehingga lebih baik mencegah untuk tidak tertular adalah tindakan yang paling bijaksana. Virus HIV/AIDS ini tidak memandang rentangan usia, siapa saja bisa terinfeksi baik itu remaja, dewasa bahkan bayi pun bisa terinfeksi virus.

A. Pengertian ODHA Dan *Family Centred* Pada ODHA

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

untuk mengartikan orang yang terinfeksi positif mengidap HIV/AIDS (Nurbani, 2013)

Family centered care didenifisikan menurut Hanson (199, dalam dunst dan Trivette 2009) sebagai pendekatan inovatif dalam merencanakan, melakukan, dan mengevaluasi tindakan keperawatan Yang diberikan didasarkan pada manfaat hubungan antara perawat dan keluarga yaitu orangtua. Stower (1992 dalam Fiane, 2012), *Family Centered Care* merupakan suatu pendekatan yang holistik. Pendekatan *Family Centered Care* tidak hanya memfokuskan asuhan keperawatan kepada pasien dengan ODHA sebagai klien atau individu dengan kebutuhan biologis, psikologi, sosial, dan spiritual (biopsikospritual) tetapi juga melibatkan keluarga sebagai bagian yang konstan dan tidak bisa dipisahkan dari kehidupanklien.

Gill (1993, dalam Fiane, 2012) yang menyebutkan bahwa *Family Centered Care* merupakan kolaborasi bersama antara orangtua dan tenaga profesional. Kolaborasi orangtua dan tenaga profesional dalam mendukung keluarga terutama dalam aturan perawatan. Secara spesifik filosofi *Family Centered Care* merupakan dasar pemikiran dalam keperawatan yang digunakan untuk memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dengan melibatkan keluarga sebagai fokus utama perawatan. Adapun peran perawat dalam menerapkan *Family Centered Care* adalah sebagai mitra dan fasilitator dalam perawatan pasien ODHA dirumah sakit.

B. *Family Centered* Pada Odha

1. Konsep dari *Family Centered Care* pada ODHA

a. Martabat dan kehormatan

Praktisi keperawatan mendengarkan dan menghormati pandangan dan pilihan pasien.

Pengetahuan, nilai, kepercayaan dan latarbelakang budaya pasien dan keluarga bergabung dalam rencana dan intervensi keperawatan pada ODHA.

b. Berbagi informasi.

Praktisi keperawatan berkomunikasi dan memberitahukan informasi yang berguna bagi pasien dan keluarga dengan benar dan tidak memihak kepada pasien dan keluarga. Pasien dan keluarga menerima informasi setiap waktu, lengkap, akurat agar dapat berpartisipasi dalam perawatan dan pengambilan keputusan pada ODHA.

c. Partisipasi.

Pasien ODHA dan keluarga termotivasi untuk berpartisipasi dalam perawatan dan pengambilan keputusan sesuai dengan kesepakatan yang telah mereka buat.

d. Kolaborasi

Pasien ODHA dan keluarga juga termasuk kedalam komponen dasar kolaborasi. Perawat berkolaborasi dengan pasien ODHA dan keluarga dalam pengambilan kebijakan dan pengembangan program, implementasi dan evaluasi, desain.

2. Penyebab dilakukan *Family Centered Care* pada ODHA

a. Membangun sistem kolaborasi dari pada kontrol atau penyembuhan pada ODHA (orang dengan HIV AIDS).

b. Berfokus pada kekuatan dan sumber keluarga daripada kelemahan keluarga.

c. Mengakui keahlian keluarga dalam merawat ODHA (orang dengan HIV AIDS) seperti sebagaimana professional

d. Membangun pemberdayaan daripada ketergantungan

e. Meningkatkan lebih banyak sharing informasi dengan pasien ODHA (orang dengan HIV AIDS), keluarga dan

pemberi pelayanan dari pada informasi hanya diketahui oleh professional.

f. Menciptakan program yang fleksibel dan tidak kaku.

3. Elemen *Family Centered Care* pada ODHA

Menurut Shelton (1987, dalam Fretes 2012), terdapat beberapa elemen *Family Centered Care*, yaitu:

a. Perawat menyadari bahwa keluarga adalah bagian yang konstan dalam kehidupan pasien, sementara sistem layanan dan anggota dalam system tersebut berfluktuasi.

Kesadaran perawat bahwa keluarga adalah bagian yang konstan, merupakan hal yang penting. Fungsi perawat sebagai imotivator, menghargai dan menghormati peran keluarga dalam merawat klien dengan ODHA serta bertanggung jawab penuh dalam mengelola kesehatan klien. Selain itu, perawat mendukung perkembangan sosial dan emosional, serta memenuhi kebutuhan pasien ODHA dalam keluarga. Oleh karena itu, dalam menjalankan sistem perawatan kesehatan, keluarga dilibatkan dalam membuat keputusan mengasuh, mendidik, dan melakukan pembelaan terhadap hak anggota keluarga mereka selama menjalani masa perawatan. Keputusan keluarga dalam perawatan pasien ODHA merupakan suatu pertimbangan yang utama karena keputusan ini didasarkan pada mekanisme coping dan kebutuhan yang ada dalam keluarga. Dalam pembuatan keputusan, perawat memberikan saran yang sesuai namun keluarga tetap berhak memutuskan layanan yang ingin didupakannya.

Beberapa hal yang diterapkan untuk menghargai dan mendukung individualitas dan kekuatan yang dimiliki dalam satu keluarga seperti :

- 1) Kunjungan yang dibuat dirumah keluarga atau ditempat lain dengan waktu dan lokasi yangdisepakati bersama keluarga.
 - 2) Perawat mengkaji keluarga berdasarkan kebutuhan keluarga,
 - 3) Orangtua adalah bagian dari keluarga yang menjadi fokus utama dari perawatan yang diberikan mereka turut merencanakan perawatan dan peran mereka dalam perawatan pasien ODHA.
 - 4) Perencanaan perawatan yang diberikan bersifat komprehensif dan perawatan memberikan semua perawatan yang dibutuhkan misalnya perawatan pada pasien ODHA, dukungan kepada orangtua, bantuan keuangan, hiburan dan dukungan emosional (Shelton 1987, dalamFretes,2012).
- b. Memfasilitasi kerjasama antara keluarga dan perawat disemua tingkat pelayanan kesehatan, merawat anggota keluarga yang ODHA secara individual, pengembangan program, pelaksanaan dan evaluasi serta pembentukan kebijakan hal ini ditujukan ketika :
- 1) Kolaborasi untuk memberikan perawatan kepada pasien ODHA peran kerjasama antara orangtua dan tenaga perofesional sangat vital. Keluarga bukan sekedar sebagai pendamping, tetapi terlibat didalam pemberian pelayanan kesehatan kepada anggota keluarga mereka. Tenaga professional memberikan pelayanan sesuai dengan keahlian dan ilmu yang mereka peroleh sedangkan orangtua berkontribusi dengan memberikan informasi tentang anggota keluarga mereka yang merupakan pasien ODHA. Dalam kerjasama antara orangtua dengan tenaga professional, orangtua bisa memberikan

masukannya untuk perawatan anggota keluarga mereka. Tapi, tidak semua tenaga profesional dapat menerima masukan yang diberikan. Beberapa disebabkan karena kurangnya pengalaman tenaga profesional dalam melakukan kerjasama dengan orang tua (Shelton 1987, dalam Fretes,2012).

2) Kerjasama dalam mengembangkan masyarakat dan pelayanan di rumah sakit.

Hal yang harus diutamakan pada tahap ini adalah kolaborasi dengan bidang yang lain untuk menunjang proses perawatan. *Family Centered Care* memberikan kesempatan kepada orang tua dengan profesional untuk berkontribusi melalui pengetahuan dan pengalaman yang mereka miliki untuk mengembangkan perawatan terhadap pasien ODHA dirumah sakit. (Shelton 1987, dalam Fretes,2012).

3) Kolaborasi dalam tahap kebijakan *Family Centered Care* dapat tercapai melalui kolaborasi orangtua dan tenaga profesional dalam tahap kebijakan. Orangtua bisa menghargai kemampuan yang mereka miliki dengan memberikan pengetahuan mereka tentang sistem pelayanan kesehatan serta kompetensi mereka. Keterlibatan mereka dalam membuat keputusan menambah kualitas pelayanan kesehatan.

c. Menghormati keanekaragaman ras, etnis budaya dan sosial ekonomi dalam keluarga.

Tujuannya adalah untuk menunjang keberhasilan perawatan pasien ODHA dirumah sakit dengan mempertimbangkan tingkat perkembangan pasien ODHA diagnosa medis. Hal ini akan menjadi sulit apabila program perawatan diterapkan bertentangan dengan nilai-nilai yang

dianut dalam keluarga (Shelton, 1987, dalam Fretes, 2012).

- d. Mengakui kekuatan keluarga dan individualitas serta memperhatikan perbedaan mekanisme koping dalam keluarga elemen ini mewujudkan dua konsep yang seimbang. Pertama, *Family Centered Care* harus menggambarkan keseimbangan pasien dan keluarga. Kedua menghargai dan menghormati mekanisme koping dan individualitas yang dimiliki oleh pasien maupun keluarga dalam kehidupan mereka.
- e. Mengakui kekuatan keluarga dan individualitas serta memperhatikan perbedaan mekanisme koping dalam keluarga.

Memberikan informasi kepada orangtua bertujuan untuk mengurangi kecemasan yang dirasakan orangtua terhadap perawat anggota keluarga mereka. Selain itu, dengan demikian informasi orangtua akan merasa menjadi bagian yang penting dalam perawatan pasien dengan ODHA. Ketersediaan informasi tidak hanya memiliki pengaruh emosional, melainkan hal ini merupakan faktor kritis dalam melibatkan partisipasi orangtua secara penuh dalam proses membuat keputusan terutama untuk setiap tindakan medis dalam perawatan anggota keluarga mereka (Shelton, 1987, dalam Fretes, 2012).

- f. Mendorong dan memfasilitasi keluarga untuk saling mendukung. Pada bagian ini, Shelton menjelaskan bahwa dukungan yang lain yang dapat diberikan kepada keluarga adalah dukungan antar keluarga. Perawat ataupun tenaga profesional yang lain memfasilitasi keluarga untuk mendapatkan dukungan dari keluarga lain yang juga memiliki masalah yang sama mengenai

keluarga mereka. Dukungan antara keluarga ini berfungsi untuk:

- 1) Saling memberikan dukungan dan menjalin hubungan persahabatan
 - 2) Bertukar informasi mengenai kondisi dan perawatan pasien dengan ODHA
 - 3) Memanfaatkan dan meningkatkan sistem pelayanan yang ada untuk kebutuhan perawatan anggota keluarga mereka.
- g. Memahami dan menggabungkan kebutuhan dalam setiap perkembangan bayi, anak-anak, remaja dan keluarga mereka ke dalam sistem perawatan kesehatan. (Shelton, 1987, dalam Fretes, 2012)
- h. Menerapkan kebijakan yang komprehensif dan program program yang memberikan dukungan emosional dan keuangan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

Dukungan kepada keluarga bervariasi dan berubah setiap waktu sesuai dengan kebutuhan keluarga tersebut. Jenis dukungan yang diberikan misalnya mendukung keluarga untuk memenuhi waktu istirahat mereka, pelayanan home care, pelayan konseling, promosi kesehatan, program bermain, serta koordinasi layanan kesehatan yang baik untuk membantu keluarga memanfaatkan layanan kesehatan yang ada untuk menunjang kebutuhan layanan kesehatan secara finansial.

Dukungan yang baik dapat membantu menurunkan stres yang dialami oleh keluarga karena ketidakseimbangan tuntutan keadaan kondisi dengan ketersediaan tenaga yang dimiliki oleh keluarga saat mendampingi pasien dengan ODHA selama dirawat dirumah sakit. Oleh karena itu perawat harus kritis dalam mengkaji kebutuhan keluarga sehingga dukungan dapat diberikan dengan tepat termasuk mempertimbangkan kebijakan yang

berlaku baik dirumah sakit maupun dilingkungan untuk menunjang dukungan yang akan diberikan kepada keluarga (Shelton, 1987, dalam Fretes,2012).

- i. Merancang sistem perawatan kesehatan yang fleksibel, dapat dijangkau dengan mudah dan responsif terhadap kebutuhan keluarga teridentifikasi.

Sistem pelayanan kesehatan yang fleksibel didasarkan pada pemahaman bahwa setiap pasien memiliki kebutuhan terhadap layanan kesehatan yang berbeda maka layanan kesehatan yang ada harus menyesuaikan dengan kebutuhan dan kelebihan yang dimiliki oleh pasien dan keluarga. Oleh karena itu, tidak hanya satu intervensi kesehatan untuk semua pasien tetapi lebih dari satu intervensi yang berbeda untuk setiap pasien.

Selain layanan yang fleksibel, dalam *Family Centered Care* juga mendukung agar layanan kesehatan mudah diakses oleh pasien dengan ODHA dan keluarga misalnya sistem pembayaran layanan kesehatan yang dipakai selama pasien menjalani perawatan dirumah sakit baik menggunakan asuransi atau jaminan kesehatan pemerintah dan swasta, konsultasi kesehatan, prosedur pemeriksaan dan pembedahan, layanan selama pasien menjalani rawat inap dirumah sakit dan sebagainya. Oleh karena itu perawat harus mengkaji kebutuhan pasien dengan ODHA atau keluarga terhadap akses layanan kesehatan yang dibutuhkan lalu melakukan intervensi sesuai dengan kebutuhan pasien dan keluarga. Apabila layanan kesehatan yang direncanakan fleksibel dan dapat diakses oleh pasien dan keluarga maka layanan kesehatan tersebut akan lebih responsif karena memprioritaskan kebutuhan pasien

dengan ODHA dan keluarga (Shelton, 1987, dalam Fretes,2012).

4. Prinsip *Family Centered Care* menurut Potter & Perry(2007):
 - a. Martabat dan kehormatan Praktisi
Keperawatan mendengarkan dan menghormati pandangan dan pilihan pasien. Pengetahuan, nilai, kepercayaan dan latar belakang budaya pasien dan keluarga bergabung dalam rencana dan intervensi keperawatan.
 - b. Berbagi informasi
Praktisi keperawatan berkomunikasi dan memberitahukan informasi yang berguna bagi pasien dan keluarga dengan benar dan tidak memihak kepada pasien dan keluarga. Pasien dan keluarga menerima informasi setiap waktu, lengkap, akurat agar dapat berpartisipasi dalam perawatan dan pengambilan keputusan.
 - c. Partisipasi
Pasien dan keluarga termotivasi untuk berpartisipasi dalam perawatan dan pengambilan keputusan sesuai dengan kesepakatan yang telah mereka buat.
 - d. Kolaborasi
Pasien dan keluarga juga termasuk ke dalam komponen dasar kolaborasi. Perawat berkolaborasi dengan pasien dan keluarga dalam pengambilan kebijakan dan pengembangan program, implementasi dan evaluasi, desain fasilitas kesehatan dan pendidikan profesional terutama dalam pemberian perawatan.

BAB 7

PRINSIP PERAWATAN PADA IBU HAMIL DAN BAYI DENGAN HIV/AIDS

1. Tujuan Umum

Mahasiswa memahami prinsip perawatan ibu hamil dan bayi dengan HIV/AIDS

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mengetahui transmisi dari ibu ke anak
- b. Mahasiswa mengetahui waktu dan resiko penularan HIV dari ibu ke anak
- c. Mahasiswa mengetahui pencegahan transmisi vertikal
- d. Mahasiswa mengetahui diagnosa HIV
- e. Mahasiswa mengetahui tatalaksana selanjutnya

3. Materi

Latar Belakang

HIV masih menjadi salah satu permasalahan global hingga saat ini. Data *World Health Organization* (WHO) hingga akhir tahun 2017 melaporkan terdapat sekitar 36,9 juta orang dengan HIV/AIDS, 940.000 kematian karena HIV, dan 1,8 juta orang terinfeksi baru HIV atau sekitar 5000 infeksi baru per harinya. Mengingat jumlah penderita HIV/AIDS di Indonesia meningkat sesuai dengan estimasi Departemen Kesehatan Republik Indonesia, setiap tahun terdapat 9000 hamil HIV positif yang melahirkan di Indonesia. Berarti jika tidak ada intervensi, diperkirakan akan lahir sekitar 3000 bayi dengan HIV positif setiap tahunnya di Indonesia.

HIV merupakan suatu infeksi oleh retrovirus yang masih menjadi salah satu permasalahan global hingga saat ini. Transmisi perinatal berperan sekitar 50-80% terjadinya penularan HIV baik intrauterin, melalui plasenta, selama persalinan melalui pemaparan dengan darah atau sekret jalan lahir, maupun yang terjadi setelah lahir melalui ASI (Liansyah, 2018).

A. Transmisi dari Ibu ke Anak

Ada tiga faktor utama yang berpengaruh pada penularan HIV dari ibu ke anak, yaitu faktor ibu, bayi/anak, dan tindakan obstetrik

1. Faktor Ibu

a. Jumlah virus (*viral load*)

Jumlah virus HIV dalam darah ibu saat menjelang atau saat persalinan dan jumlah virus dalam air susu ibu ketika ibu menyusui bayinya sangat mempengaruhi penularan HIV dari ibu ke anak. Risiko penularan HIV menjadi sangat kecil jika kadar HIV rendah (kurang dari 1.000 kopi/ml) dan sebaliknya jika kadar HIV di atas 100.000 kopi/ml.

b. Jumlah Sel CD4

Ibu dengan jumlah sel CD4 rendah lebih berisiko menularkan HIV ke bayinya. Semakin rendah jumlah sel CD4 risiko penularan HIV semakin besar.

c. Status gizi selama hamil

Berat badan rendah serta kekurangan asupan seperti vitamin D, zat besi, kalsium, asam folat, dan mineral selama kehamilan berdampak bagi kesehatan ibu dan janin akibatnya dapat meningkatkan risiko ibu untuk menderita penyakit infeksi yang dapat meningkatkan jumlah virus dan risiko penularan HIV ke bayi.

d. Penyakit infeksi selama hamil

Penyakit infeksi seperti sifilis, infeksi menular seksual, infeksi saluran reproduksi lainnya, malaria, dan tuberkulosis, berisiko meningkatkan jumlah virus dan risiko penularan HIV ke bayi.

e. Gangguan pada payudara

Gangguan pada payudara ibu seperti mastitis, abses dan luka di puting payudara dapat meningkatkan risiko penularan HIV melalui ASI, sehingga bayi disarankan diberikan susu formula untuk asupan nutrisinya.

2. Faktor bayi

- a. Usia kehamilan dan berat badan bayi saat lahir
Bayi lahir prematur dengan BBLR lebih rentan tertular HIV karena sistem organ dan sistem kekebalan tubuhnya belum berkembang dengan baik.
- b. Periode pemberian ASI
Semakin lama ibu menyusui, risiko penularan HIV ke bayi akan semakin besar.
- c. Adanya luka dimulut bayi
Bayi dengan luka di mulutnya lebih berisiko tertular HIV ketika diberikan ASI.

3. Faktor obstetrik

Pada saat persalinan, bayi terpapar darah dan lendir ibu di jalan lahir. Faktor obstetrik yang dapat meningkatkan risiko penularan HIV dari ibu ke anak selama persalinan adalah:

- a. Jenis persalinan
Risiko penularan persalinan per vagina lebih besar daripada persalinan melalui bedah sesar.
- b. Lama persalinan
Semakin lama proses persalinan berlangsung, risiko penularan HIV dari ibu ke anak semakin tinggi, karena semakin lama terjadinya kontak antara bayi dengan darah dan lendir ibu.
- c. Ketuban
Ketuban yang pecah lebih dari 4 Jam sebelum persalinan meningkatkan risiko penularan hingga dua kali lipat dibandingkan jika ketuban pecah kurang dari 4 jam.
- d. Tindakan episiotomi
Ekstraksi vakum dan forceps meningkatkan risiko penularan HIV karena berpotensi melukai ibu.

B. Waktu Dan Resiko Penularan Hiv Dari Ibu Ke Anak

Pada saat hamil, sirkulasi darah janin dan sirkulasi darah ibu dipisahkan oleh beberapa lapis sel yang terdapat di plasenta. Plasenta melindungi janin dari infeksi HIV. Tetapi, jika terjadi peradangan, infeksi ataupun kerusakan pada plasenta, maka HIV bisa menembus plasenta, sehingga terjadi penularan HIV dari ibu ke anak. Penularan HIV dari ibu ke anak pada umumnya terjadi pada saat persalinan dan pada saat menyusui. Risiko penularan HIV pada ibu yang tidak mendapatkan penanganan PPIA saat hamil diperkirakan sekitar 15-45%. Risiko penularan 15-30% terjadi pada saat hamil dan bersalin, sedangkan peningkatan risiko transmisi HIV sebesar 10-20% dapat terjadi pada masa nifas dan menyusui.⁹

Apabila ibu tidak menyusui bayinya, risiko penularan HIV menjadi 20-30% dan akan berkurang jika ibu mendapatkan pengobatan anti retrovirus (ARV). Pemberian ARV jangka pendek dan ASI eksklusif memiliki risiko penularan HIV sebesar 15-25% dan risiko penularan sebesar 5-15% apabila ibu tidak menyusui. Akan tetapi, dengan terapi antiretroviral jangka panjang, risiko penularan HIV dari ibu ke anak dapat diturunkan lagi hingga 1-5%, dan ibu yang menyusui secara eksklusif memiliki risiko yang sama untuk menularkan HIV ke anaknya dibandingkan dengan ibu yang tidak menyusui. Dengan pelayanan PPIA yang baik, maka tingkat penularan dapat diturunkan menjadi kurang dari 2%.

C. Pencegahan Transmisi Vertikal

1. Pencegahan primer

Pendekatan yang paling efektif untuk mencegah transmisi vertikal adalah pencegahan pada wanita usia subur. Konseling sukarela, rahasia, dan pemeriksaan darah adalah cara mendeteksi pengidap HIV secara dini.

2. Pencegahan sekunder

a. Pemberian antiretrovirus secara profilaksis

Pada tahun 1994 dapat dibuktikan bahwa pemberian obat tunggal zidovudine sejak kehamilan 14 minggu, selama persalinan dan dilanjutkan 6 minggu kepada bayi dapat menurunkan transmisi vertikal sebanyak 2/3 kasus (Connor *et al.*, 1994). Akhir-akhir ini telah terbukti bahwa pemberian profilaksis zidovudine dalam jangka waktu lebih singkat cukup efektif asalkan bayi tidak diberikan ASI, oleh karena obat tersebut tidak dapat mencegah transmisi melalui ASI (Wiktor *et al.*, 1999). Saat ini penelitian membuktikan bahwa pemberian satu kali Nevirapine pada saat persalinan kepada ibu dan kemudian dilanjutkan dengan pemberian satu kali pada bayi pada usia 48-72 jam setelah lahir dapat menurunkan transmisi vertikal sebanyak 50% bila dibandingkan dengan pemberian zidovudine oral waktu intrapartum dan pada bayi selama satu minggu (Anderson, 2001). Kombinasi dua obat antiretroviral atau lebih ternyata sangat mengurangi transmisi vertikal apalagi bila dikombinasi dengan persalinan melalui seksio sesaria serta tidak memberikan ASI. Efek samping penggunaan antiretroviral ini masih dalam penelitian.

b. Pertolongan persalinan oleh petugas terampil

Pertolongan persalinan sebaiknya oleh tenaga kesehatan yang terampil dengan meminimalkan prosedur yang invasif dan menetralkan universal precaution untuk mencegah transmisi HIV.

c. Pembersihan jalan lahir

Pembersihan jalan lahir dengan menggunakan chlorhexidine dengan konsentrasi cukup pada saat intrapartum diusulkan sebagai salah satu cara yang dapat menurunkan insidens transmisi HIV intrapartum antara ibu ke anak (Biggar *et al.*, 1996;

Gallard et al, 2001). Selain menurunkan transmisi vertikal HIV tindakan membersihkan jalan lahir ini dapat menurunkan morbiditas ibu dan bayi serta mortalitas bayi (Taha et al, 1997).

d. Persalinan dengan seksio sesaria

Suatu meta-analisis pada 15 buah penelitian yang melibatkan 7800 pasangan ibu anak membuktikan bahwa bayi yang dilahirkan secara seksio sesaria yang dilakukan sebelum ketuban pecah mempunyai kejadian transmisi vertikal jauh lebih rendah bila dibandingkan dengan kelahiran per vaginam (*The International Perinatal HIV Group, 1999*). Sebuah penelitian klinik yang dilakukan dengan randomisasi membuktikan bahwa pada bayi yang dilahirkan dengan cara seksio sesaria transmisi vertikal HIV adalah 1.8% sedangkan yang lahir per vaginam transmisi vertikal adalah 10,6 % (*The European Mode of Delivery Collaboration, 1999*).

e. Menjaga kesehatan ibu

Makanan ibu penting. Gangguan gizi ibu dapat merusak integritas mukosa usus dan memudahkan tranmisi. Selain vit. A, riboflavin dan mikronutrien lain dapat mempertahankan integritas mukosa usus.

D. Diagnosa HIV

1. Pemeriksaan Fisik

Transmisi vertikal pada 50-70% terjadi sewaktu kehamilan tua atau pada saat persalinan sehingga pada waktu lahir bayi tidak menunjukkan kelainan. Jadi bila saat lahir tidak ditemukan kelainan fisik belum berarti bayi tidak tertular. Pemantauan perlu dilakukan secara berkala, setiap bulan untuk 6 bulan pertama, 2 bulan sekali pada 6 bulan kedua, selanjutnya setiap 6 bulan. Kelainan yang dapat ditemukan antara lain berupa gagal tumbuh, anoreksia, demam yang berulang atau berkepanjangan, pembesaran kelenjar, hati dan limpa

serta ensefalopati progresif. Gejala juga dapat berupa infeksi pada organ tubuh lainnya berupa infeksi saluran nafas yang berulang, diare yang berkepanjangan, piodermi yang berulang maupun infeksi oportunistik antara lain infeksi dengan jamur seperti kandidiasis, infeksi dengan protozoa seperti *Pneumocystis carinii*, toxoplasma yang dapat memberi gejala pada otak. Bayi juga mudah menderita infeksi dengan miko-bakterium tuberkulosa (Suradi, 2003).

2. Pemeriksaan laboratorium

- a. Pemeriksaan darah tepi berupa pemeriksaan Hemoglobin, leukosit hitung jenis, trombosit, dan jumlah sel CD4. Pada bayi yang terinfeksi HIV dapat ditemukan anemia serta jumlah leukosit CD4 dan trombosit rendah.
- b. Pemeriksaan kadar immunoglobulin. Ini dilakukan untuk mengetahui adanya hipo atau hipergammaglobulinemia yang dapat menjadi pertanda terinfeksi HIV.
- c. Pemeriksaan antibody HIV. Terdapatnya IgG antibody HIV pada darah bayi belum berarti bayi tertular, oleh karena antibody IgG dari ibu dapat melalui plasenta dan baru akan hilang pada usia kurang lebih 15 bulan. Bila setelah 15 bulan didalam darah bayi masih ditemukan antibody IgG HIV baru dapat disimpulkan bahwa bayi tertular. Untuk dapat mengetahui bayi kurang dari 15 bulan terinfeksi atau tidak diperlukan pemeriksaan lain yaitu pemeriksaan IgM antibody HIV, biakan HIV dari sel mononuklear darah tepi bayi, mengukur antigen p24 HIV dari serum dan pemeriksaan provirus (DNA HIV) dengan cara reaksi rantai polimerase (*polymerase chain reaction* = PCR).

Bila bayi tertular HIV in utero, maka baik biakan maupun PCR akan menunjukkan hasil yang positif dalam 48 jam pertama setelah lahir. Bila bayi tertular pada

waktu intrapartum maka biakan HIV maupun PCR dapat menunjukkan hasil yang negatif pada minggu pertama. Reaksi baru akan positif setelah bayi berumur 7-90 hari. Kebanyakan bayi yang tertular HIV akan menunjukkan hasil biakan dan PCR yang positif pada usia rata-rata 8 minggu. Dianjurkan untuk memeriksa PCR segera setelah lahir, pada usia 1-2 bulan dan 3-6 bulan.

E. Tata Laksana Selanjutnya

1. Pengobatan antiretroviral

Hingga kini belum ada obat antiretroviral yang dapat menyembuhkan infeksi HI, obat yang ada hanya dapat memperpanjang kehidupan. Obat antiretroviral yang dipakai pada bayi/anak adalah Zidovudine. Obat tersebut diberikan bila sudah terdapat gejala seperti infeksi oportunistik, sepsis, gagal tumbuh, ensefalopati progresif, jumlah trombosit $< 75.000/\text{mm}^3$ selama 2 minggu, atau terdapat penurunan status imunologis. Pemantauan status imunologis yang dipakai adalah jumlah sel CD4 atau kadar imunoglobulin $< 250 \text{ mg}/\text{mm}^3$. Jumlah sel CD4 untuk umur <1 tahun, 1-2 tahun, 3-6 tahun, dan >6 tahun berturut-turut adalah $<1750/\text{mm}^3$, $<1000/\text{mm}^3$, $<750/\text{mm}^3$ dan $< 500/\text{mm}^3$. Pengobatan diberikan seumur hidup. Dosis pada bayi <4 minggu adalah $3 \text{ mg}/\text{kg}$ BB per oral setiap 6 jam, untuk anak lebih besar $180 \text{ mg}/\text{m}^2$; dosis dikurangi menjadi $90-120 \text{ mg}/\text{m}^2$ setiap 6 jam apabila terdapat tanda-tanda efek samping atau intoleransi seperti kadar Hemoglobin dan jumlah leukosit menurun, atau adanya gejala mual (Suradi, 2003).

Untuk pencegahan terhadap kemungkinan terjadi infeksi *Pneumocystis carinii* diberikan trimethoprim-sulfamethoxazole dengan dosis $150 \text{ mg}/\text{m}^2$ dibagi dalam 2 dosis selama 3 hari berturut setiap minggu. Bila terdapat hipogammaglobulinemia ($\text{IgG} < 250 \text{ mg}/$

dl) atau adanya infeksi berulang diberikan Imunoglobulin intravena dengan dosis 400 mg/kg BB per 4 minggu. Pengobatan sebaiknya oleh dokter anak yang telah memperdalam tentang pengobatan AIDS pada anak (Suradi, 2003).

2. Pemberian makan

Telah diketahui bahwa ASI mengandung virus HIV maka sebaiknya bayi tidak mendapat ASI. Namun diharapkan pemberian pengganti ASI jangan berdampak lebih buruk pada bayi. Apabila ibu memilih tidak memberikan ASI maka ibu diajarkan memberikan makanan alternatif yang baik dengan cara yang benar, misalnya pemberian dengan cangkir jauh lebih baik dibandingkan dengan pemberian melalui botol. Bila ibu memilih memberikan ASI walaupun sudah dijelaskan kemungkinan yang terjadi, maka dianjurkan untuk memberikan ASI secara eksklusif selama 3-4 bulan kemudian menghentikan ASI dan bayi diberikan makanan alternatif. Perlu diusahakan agar puting jangan sampai luka karena virus HIV dapat menular melalui luka. ASI tidak boleh diberikan bersama susu formula karena susu formula akan menyebabkan luka di dinding usus yang menyebabkan virus dalam ASI lebih mudah masuk (Suradi, 2003).

3. Imunisasi

Beberapa peneliti menyatakan bahwa bayi yang tertular HIV melalui transmisi vertikal masih mempunyai kemampuan untuk memberi respons imun terhadap vaksinasi sampai umur 1-2 tahun. Oleh karena itu di negara-negara berkembang tetap dianjurkan untuk memberikan vaksinasi rutin pada bayi yang terinfeksi HIV melalui transmisi vertikal. Namun dianjurkan untuk tidak memberikan imunisasi dengan vaksin hidup misalnya BCG, polio, dan campak. Untuk imunisasi polio OPV (*oral polio*

vaccine) dapat digantikan dengan IPV (*inactivated polio vaccine*) yang bukan merupakan vaksin hidup. Imunisasi Campak juga masih dianjurkan oleh karena akibat yang ditimbulkan oleh infeksi alamiah pada pasien ini lebih besar daripada efek samping yang ditimbulkan oleh vaksin campak (Suradi, 2003).

4. Dukungan Psikologis

Bayi memerlukan kasih sayang yang kadang-kadang kurang bila bayi tidak disusukan ibunya. Perawatan anak seperti pada anak lain. Hindari jangan sampai terluka. Bilamana sampai terluka rawat lukanya sedemikian dengan mengusahakan agar si penolong terhindar dari penularan melalui darah. Pakai sarung tangan dari latex dan tutup luka dengan menggunakan verban. Darah yang tercecer di lantai dapat dibersihkan dengan larutan desinfektans. Popok dapat direndam dengan deterjen. Perlu mendapat dukungan ibu, sebab ibu dapat mengalami stres karena penyakitnya sendiri maupun infeksi berulang yang diderita anaknya (Suradi, 2003).

BAB 8

PRINSIP PERAWATAN ANAK DENGAN HIV/AIDS

1. Tujuan Umum

Mahasiswa memahami prinsip perawatan anak dengan HIV/AIDS

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mengetahui proses penularan HIV pada anak
- b. Mahasiswa mengetahui cara penularan HIV/AIDS pada anak.
- c. Mahasiswa mengetahui penilaian dan tata laksana awal
- d. Mahasiswa mengetahui manifestasi klinis
- e. Mahasiswa mengetahui diagnosis Infeksi HIV/AIDS pada Anak
- f. Mahasiswa mengetahui pencegahan HIV/AIDS pada anak
- g. Mahasiswa mengetahui pengobatan
- h. Mahasiswa mengetahui perawatan pada anak dengan HIV/AIDS

3. Materi

Latar Belakang

Anak merupakan populasi yang rentan tertular HIV, sembilan dari sepuluh anak dengan HIV terinfeksi melalui ibunya yang positif terinfeksi HIV pada saat kehamilan, persalinan dan menyusui (UNAIDS, 2010). Apabila tanpa pengobatan antiretroviral, sekitar 15 % -30% bayi yang lahir dari ibu positif HIV akan terinfeksi selama masa kehamilan dan persalinan, dan lebih dari 5%-20% akan terinfeksi saat menyusui (WHO, 2006).

Anak dengan HIV/AIDS berada dalam kondisi penyakit kronis sehingga mereka berisiko mengalami perubahan baik secara fisik, psikologis, perilaku dan emosional yang kronis. Pelayanan kesehatan yang diberikan perlu lebih komprehensif dan intensif dari yang dibutuhkan anak lain

pada umumnya (James & Ashwill, 2007; Hockenberry & Wilson, 2009).

A. Proses penularan HIV pada anak

Penyebab penyakit HIV adalah infeksi *human immunodeficiency virus*. Virus ini menghancurkan sel CD4 (sel T), jenis sel darah putih dalam bagian sistem imun yang khusus bertugas melawan infeksi. Manusia menghasilkan jutaan sel T setiap hari untuk menjaga kekebalan tubuh. Namun di saat yang bersamaan, virus HIV juga terus menggandakan diri untuk menginfeksi sel T yang sehat. Semakin banyak sel T yang dihancurkan virus HIV, kekebalan tubuh seseorang akan semakin lemah dan rentan terhadap berbagai penyakit. Ketika jumlah sel T sangat jauh di bawah normalnya, infeksi HIV dapat berkembang menjadi penyakit AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*). Virus HIV itu sendiri rentan menular lewat aktivitas tertentu yang memungkinkan pertukaran atau perpindahan cairan tubuh dari satu orang ke lainnya. Namun, cairan tubuh yang menjadi perantara penyebaran virus tidak sembarangan. HIV umumnya terbawa dalam darah, air mani (cairan ejakulasi pria), cairan pra-ejakulasi, cairan anus (rektum), dan cairan vagina. Itu sebabnya HIV cenderung lebih mudah menular lewat hubungan seks yang tidak aman, misalnya tidak memakai kondom.

Lahirnya Millenium *Development Goals* tahun 2000 di New York merupakan komitmen pemimpin dunia untuk mempercepat pembangunan manusia dan pemberantasan kemiskinan. Namun di Indonesia, tujuan MDGs dikembangkan dan diklasifikasikan menjadi delapan, antara lain: menurunkan angka kematian anak serta memerangi HIV/AIDS (Indriyani, Dian dan Asmuji, 2014).

Penularan HIV ke bayi dan anak, bisa dari ibu ke anak, penularan melalui darah, penularan melalui hubungan seksual (pelecehan seksual pada anak). Penularan dari ibu ke anak terjadi karena wanita yang menderita HIV/AIDS

sebagian besar (85%) berusia subur (15-44 tahun), sehingga terdapat risiko penularan infeksi yang bisa terjadi saat kehamilan (*in uteri*). Berdasarkan laporan CDC Amerika, prevalensi penularan HIV dari ibu ke bayi adalah 0,01% sampai 0,7%. Bila ibu baru terinfeksi HIV dan belum ada gejala AIDS, kemungkinan bayi terinfeksi sebanyak 20% sampai 35%, sedangkan jika sudah ada gejala pada ibu kemungkinan mencapai 50%. Penularan juga terjadi selama proses persalinan melalui transfusi fetomaternal atau kontak antara kulit atau membran mukosa bayi dengan darah atau sekresi maternal saat melahirkan. Semakin lama proses kelahiran, semakin besar pula risiko penularan, sehingga lama persalinan bisa dicegah dengan operasi *sectio caecaria*. Transmisi lain juga terjadi selama periode *postpartum* melalui ASI, risiko bayi tertular melalui ASI dari ibu yang positif sekitar 10% (Nurs dan Kurniawan, 2013).

B. Cara Penularan HIV/AIDS pada Anak

Cara penularan HIV/AIDS dapat terjadi melalui beberapa cara yaitu:

1. Penularan dari ibu ke anak

Jalur penularan HIV yang paling banyak terjadi pada anak kecil dan bayi adalah lewat ibunya (*mother-to-child transmission*). Menurut yayasan nonprofit Pediatric AIDS Foundation, lebih dari 90% kasus penularan HIV pada anak kecil dan bayi terjadi saat masa kehamilan. Seorang perempuan yang terinfeksi HIV sebelum maupun saat hamil dapat menularkan virusnya pada calon anak mereka sejak dalam kandungan. Badan Kesehatan Dunia (WHO) memperkirakan, seorang ibu hamil yang positif HIV berisiko sekitar 15-45% untuk menularkan virus pada anak dalam rahimnya lewat tali plasenta. Risiko penularan HIV dari ibu ke anak juga dapat terjadi apabila bayi terpapar darah, cairan ketuban yang pecah, cairan vagina, atau cairan tubuh ibu lainnya yang mengandung virus HIV selama proses melahirkan.

Sebagian kasus lainnya dapat pula terjadi dari proses menyusui eksklusif karena virus HIV dapat terkandung dalam ASI.

2. Tertular dari jarum yang terkontaminasi

Selain penularan pada masa kehamilan, penggunaan jarum suntik bekas bergantian juga merupakan cara penularan HIV yang mungkin terjadi pada anak. Risiko ini terutama tinggi di kalangan anak pengguna narkoba suntik. Virus HIV dapat bertahan hidup di dalam jarum suntik selama kurang lebih 42 hari setelah kontak pertama kali dengan pemakai pertamanya (yang positif HIV). Maka, ada peluang bagi satu jarum bekas untuk menjadi perantara penularan HIV kepada banyak anak yang berbeda. Darah mengandung virus yang tertinggal pada jarum dapat berpindah ke tubuh pemakai jarum selanjutnya melalui luka bekas suntikan.

3. Aktifitas seksual

HIV rentan menular lewat hubungan seks tidak aman. Perilaku seksual yang berisiko dianggap lebih “wajar” terjadi pada orang dewasa, tapi anak-anak dan remaja juga mungkin saja terlibat. Merujuk hasil survei dari Reckitt Benckiser Indonesia, setidaknya 33% anak muda Indonesia pernah berhubungan seks tanpa pakai kondom. Selain itu, penularan HIV juga berisiko terjadi pada anak yang mengalami kekerasan seksual dari pelaku yang menderita HIV (baik disadari maupun tidak).

Penularan HIV lewat hubungan seks rentan terjadi dari kontak darah, air mani, cairan vagina, atau cairan pra ejakulasi milik orang yang terinfeksi HIV dengan luka terbuka atau lecet pada alat kelamin orang sehat, misalnya dinding dalam vagina, bibir vagina, bagian penis mana pun (termasuk lubang bukaan penis), ataupun jaringan dubur dan cincin otot anus. Perkawinan anak di bawah umur dengan orang yang

berisiko memiliki HIV juga membuat mereka lebih rentan terkena infeksi.

4. Tranfusi darah

Praktik donor darah dengan jarum yang tidak steril juga dapat meningkatkan risiko HIV pada anak, terutama di negara-negara yang tingkat kemiskinannya masih tinggi. Anak yang menerima donor dari orang yang positif HIV juga berisiko terinfeksi. Namun, penularan HIV lewat donor saat ini tergolong langka dan sangat bisa dihindari karena prosedur pengambilan darah sudah diperketat sejak beberapa dekade terakhir. Tenaga medis yang bertanggung jawab dalam pendonoran akan menyaring calon pendonor dengan ketat untuk mencegah hal-hal seperti ini terjadi. Maka itu, risiko penularan HIV dari donor darah pada anak jauh lebih kecil dibandingkan penularan karena jarum narkoba dan penularan melalui ibu.

C. Penilaian dan Tata Laksana Awal

Kapan kita memikirkan HIV?

Tenaga kesehatan memerlukan cara untuk melakukan temuan kasus (*case finding*). Akan tetapi masalah terbesar adalah menentukan jenis kasus yang memerlukan prosedur diagnostik HIV dan memilih cara diagnostik yang perlu dilakukan bayi dan anak memerlukan tes HIV bila :

1. Anak sakit (jenis penyakit yang berhubungan dengan HIV seperti TB berat atau mendapat OAT berulang, malnutrisi, atau pneumonia berulang dan diare kronis atau berulang).
2. Bayi yang lahir dari ibu terinfeksi HIV dan sudah mendapatkan perlakuan pencegahan penularan dari ibu ke anak.
3. Untuk mengetahui status bayi/anak kandung dari ibu yang didiagnosis terinfeksi HIV (pada umur berapa saja).
4. Untuk mengetahui status seorang anak setelah salah satu saudara kandungnya didiagnosis HIV; atau salah satu atau

kedua orangtua meninggal oleh sebab yang tidak diketahui tetapi masih mungkin karena HIV.

5. Terpajan atau potensial terkena infeksi HIV melalui jarum suntik yang terkontaminasi, menerima transfusi berulang dan sebab lain
6. Anak yang mengalami kekerasan seksual.

Untuk melakukan tes HIV pada anak diperlukan ijin dari orangtua/wali yang memiliki hak hukum atas anak tersebut (contoh nenek/kakek/orangtua asuh, bila orangtua kandung meninggal atau tidak ada).

D. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinik pada anak bervariasi tergantung pada model transmisi dan usia anak pada saat terinfeksi. Secara umum anak yang lebih kecil bila terpapar virus, gejala yang timbul lebih berat, dan perkembangan penyakit berlangsung lebih cepat (Potts & Mandleco, 2007). Tingkat keparahan dari setiap manifestasi klinik bervariasi tergantung dari kerusakan sistem organ dan pengaruh dari beberapa faktor seperti kecepatan replikasi virus dalam jaringan yang terinfeksi, infeksi oportunistik, proses autoimun, efek samping dari pengobatan HIV atau profilaksis (Potts & Mandleco, 2007).

Klasifikasi menurut CDC yang dikutip oleh James dan Ashwil (2007) manifestasi klinik HIV bagi anak kurang dari 13 tahun dikategorikan sebagai ringan, sedang dan berat. Tanda dan gejala penyakit ringan kurang spesifik termasuk limfadenopati, hepatomegali dan splenomegali, dermatitis, parotitis dan infeksi berulang atau persisten pada saluran pernapasan bagian atas, sinusitis atau otitis media.

Pada penyakit sedang, beberapa tanda harus dipertimbangkan karena penting jika terjadinya berulang atau persisten, khususnya anemia, neutropenia atau trombositopenia, diare, demam lebih dari 1 bulan, herpes simpleks, dan oral candidiasis pada anak lebih dari 6 bulan.

Gejala lain dari infeksi sedang ini termasuk meningitis bakteri, pneumonia, atau demam (1 episode), kardiomiopati, komplikasi cacar air, herpes zoster, Lymphoid Interstitial Pneumonia (LIP) dan toxoplasmosis. Indikator utama AIDS bagi anak kurang dari 13 tahun, ini adalah infeksi bakteri berat (multiple maupun berulang) pneumocystis carinii (PCP), Sitomegalovirus (CMV) , ensefalopati, dan wasting sindrom.

E. Diagnosis Infeksi HIV/AIDS pada Anak

1. Prinsip diagnosis infeksi HIV pada bayi dan anak

a. Uji Virologis

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

sampel darah diambil. Hasil positif harus segera diikuti dengan inisiasi ARV.

b. Uji Serologis

- 1) Uji serologis yang digunakan harus memenuhi sensitivitas minimal 99% dan spesifisitas minimal 98% dengan pengawasan kualitas prosedur dan standarisasi kondisi laboratorium dengan strategi seperti pada pemeriksaan serologis dewasa.
 - Umur <18 bulan – digunakan sebagai uji untuk menentukan ada tidaknya paparan HIV
 - Umur >18 bulan – digunakan sebagai uji diagnostik konfirmasi
- 2) Anak umur < 18 bulan terpapar HIV yang tampak sehat dan belum dilakukan uji virologis, dianjurkan untuk dilakukan uji serologis pada umur 9 bulan. Bila hasil uji tersebut positif harus segera diikuti dengan pemeriksaan uji virologis untuk mengidentifikasi kasus yang memerlukan terapi ARV.
 - Jika uji serologis positif dan uji virologis belum tersedia, perlu dilakukan pemantauan klinis ketat dan uji serologis ulang pada usia 18 bulan.
- 3) Anak umur < 18 bulan dengan gejala dan tanda diduga disebabkan oleh infeksi HIV harus menjalani uji serologis dan jika positif diikuti dengan uji virologis.
- 4) Pada anak umur < 18 bulan yang sakit dan diduga disebabkan oleh infeksi HIV tetapi uji virologis tidak dapat dilakukan, diagnosis ditegakkan menggunakan diagnosis presumtif.
- 5) Pada anak umur < 18 bulan yang masih mendapat ASI, prosedur diagnostik dilakukan tanpa perlu menghentikan pemberian ASI.
- 6) Anak yang berumur > 18 bulan menjalani tes HIV sebagaimana yang dilakukan pada orang dewasa.

Agar pelaksana di lapangan tidak ragu, berikut ini skenario klinis dalam memilih perangkat diagnosis yang tepat.

Tabel 5. Skenario Pemeriksaan HIV

Kategori	Tes yang diperlukan	Tujuan	Aksi
Bayi sehat, ibu terinfeksi HIV	Uji virologi umur 6 minggu	Mendiagnosis HIV	Mulai ARV bila terinfeksi HIV
Bayi-pajanan HIV tidak diketahui	Serologi ibu atau bayi	Untuk identifikasi atau memastikan pajanan HIV	Memerlukan tes virologi bila terpajan HIV
Bayi sehat terpajan HIV, umur 9 bulan	Serologi pada imunisasi 9 bulan	Untuk mengidentifikasi bayi yang masih memiliki antibodi ibu atau seroreversi	Hasil positif harus diikuti dengan uji virologi dan pemantauan lanjut. Hasil negatif, harus dianggap tidak terinfeksi, ulangi test bila masih mendapat ASI
Bayi atau anak dengan gejala dan tanda sugestif infeksi HIV	Serologi	Memastikan infeksi	Lakukan uji virologi bila umur < 18 bulan
Bayi umur > 9 - < 18 bulan dengan uji serologi positif	Uji virologi	Mendiagnosis HIV	Bila positif terinfeksi segera masuk ke tatalaksana HIV dan terapi ARV
Bayi yang sudah berhenti ASI	Ulangi uji (serologi atau virologi)	Untuk mengeksklusiminfeksi HIV setelah pajanan	Anak <5 tahun terinfeksi HIV harus segera mendapat

Kategori	Tes yang diperlukan	Tujuan	Aksi
	setelah berhenti minum ASI 6 minggu	dihentikan	tatalaksana HIV termasuk ARV

2. Diagnosis presumtif HIV pada anak <18 bulan

Bila ada anak berumur < 18 bulan dan dipikirkan terinfeksi HIV, tetapi perangkat laboratorium untuk PCR HIV tidak tersedia, tenaga kesehatan diharapkan mampu menegakkan diagnosis dengan cara DIAGNOSIS PRESUMTIF.

<p>Bila ada 1 kriteria berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) PCP, meningitis kriptokokus, kandidiasis esophagus b) Toksoplasmosis c) Malnutrisi berat yang tidak membaik dengan pengobatan standar 	Atau	<p>Minimal ada 2 gejala berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Oral thrush b. Pneumonia berat c. Sepsis berat d. Kematian ibu yang berkaitan dengan HIV atau penyakit HIV yang
--	------	---

Catatan:

a. Menurut definisi Integrated Management of Childhood Illness (IMCI):

a) Oral thrush adalah lapisan putih kekuningan di atas mukosa yang normal atau kemerahan (pseudomembran), atau bercak merah di lidah, langit-langit mulut atau tepi mulut, disertai rasa nyeri. Tidak bereaksi dengan pengobatan antifungal topikal.

b) Pneumonia adalah batuk atau sesak napas pada anak dengan gambaran chest indrawing, stridor atau

tanda bahaya seperti letargik atau penurunan kesadaran, tidak dapat minum atau menyusu, muntah, dan adanya kejang selama episode sakit sekarang. Membaik dengan pengobatan antibiotik.

- c) Sepsis adalah demam atau hipotermia pada bayi muda dengan tanda yang berat seperti bernapas cepat, chest indrawing, ubun-ubun besar membonjol, letargi, gerakan berkurang, tidak mau minum atau menyusu, kejang, dan lain-lain.
 - b. Pemeriksaan uji HIV cepat (rapid test) dengan hasil reaktif harus dilanjutkan dengan 2 tes serologi yang lain.
 - c. Bila hasil pemeriksaan tes serologi lanjutan tetap reaktif, pasien harus segera mendapat obat ARV.
3. Diagnosis HIV pada Anak yang mendapat Air Susu Ibu (ASI)

Anak yang masih memperoleh ASI dari ibunya yang terinfeksi akan terus berisiko tertular HIV. Walaupun uji virologisnya negatif tidak akan menyingkirkan kemungkinan akan tertular HIV, sehingga untuk diagnosis pasti dapat dilakukan bila ASI telah dihentikan lebih dari 6 minggu. Dalam situasi terbatas apabila saat itu bayi telah berusia 9 bulan setelah ASI dihentikan, uji antibodi dapat dilakukan karena pada usia 9-12 bulan, sekitar 74%-96% bayi yang tidak terinfeksi akan menunjukkan hasil negatif (Ditjen P2PL Kemenkes, 2010).

4. Diagnosis HIV pada anak >18bulan

Pada anak usia lebih dari 18 bulan mendiagnosis infeksi HIV menggunakan uji antibodi dengan menggunakan Enzym- linked Immunosorbent Assay (ELISA) (Shah, 2007; NIH, 2011). Dalam mendiagnosis infeksi HIV, bila didapati hasil tes positif harus dilakukan tes ulang paling sedikit digunakan 2 tes untuk menetapkan diagnosis. Pada anak usia lebih dari 18 bulan bila hasil tes antibodi ELISA positif, idealnya harus dikonfirmasi ulang dengan menggunakan western blot

tes, namun pada keadaan terbatas konfirmasi dapat dilakukan dengan 2 atau 3 tes ELISA dengan reagen yang berbeda, salah satunya bisa menggunakan rapid ELISA.

Diagnosis pada anak > 18 bulan memakai cara yang sama dengan uji HIV pada orang dewasa. Perhatian khusus untuk anak yang masih mendapat ASI pada saat tes dilakukan, uji HIV baru dapat diinterpretasi dengan baik bila ASI sudah dihentikan selama > 6 minggu. Pada umur > 18 bulan ASI bukan lagi sumber nutrisi utama. Oleh karena itu cukup aman bila ibu diminta untuk menghentikan ASI sebelum dilakukan diagnosis HIV.

F. Pencegahan HIV/AIDS pada Anak

Penularan HIV dari ibu ke bayi bisa dicegah melalui 4 cara, mulai saat hamil, saat melahirkan dan setelah lahir yaitu: penggunaan antiretroviral selama kehamilan, penggunaan antiretroviral saat persalinan dan bayi yang baru dilahirkan, penggunaan obstetrik selama persalinan, penataaksanaan selama menyusui. Pemberian antiretroviral bertujuan agar viral load rendah sehingga jumlah virus yang ada di dalam darah dan cairan tubuh kurang efektif untuk menularkan HIV. Persalinan sebaiknya dipilih dengan metode sectio caecaria karena terbukti mengurangi resiko penularan HIV dari ibu ke bayi sampai 80%. Walaupun bedah caesar juga memiliki resiko penularan HIV dari ibu ke bayi sampai 80%. Bila bedah caesar selektif disertai penggunaan terapi antiretroviral, maka risiko dapat diturunkan sampai 87%. Walaupun demikian bedah caesar juga mempunyai risiko karena imunitas ibuyang rendah sehingga bisa terjadi keterlambatan penyembuhan luka, bahkan bisa terjadi kematian saat operasi oleh karena itu persalinan pervaginam dan sectio caecaria harus dipertimbangkan sesuai kondisi gizi, keuangan, dan faktor lain. Namun jika melahirkan dengan pervaginam maka beberapa tindakan harus dihindari untuk meminimalisir risiko, seperti terlalu

sering melakukan pemeriksaan dalam atau memecahkan ketuban sebelum pembukaan lengkap (Nurs dan Kurniawan, 2013).

G. Pengobatan

Penatalaksanaan pada anak yang telah terdiagnosis HIV meliputi penilaian dan pemantauan status nutrisi, tumbuh kembang, status imunisasi, penatalaksanaan infeksi oportunistik, penilaian status imunologis, penilaian dukungan keluarga terhadap pengelolaan terapi dan pemantauan bagi anak diantaranya siapa yang akan mengasuh anak, pengetahuan dan pemahaman tentang HIV dan terapi ARV, keterbukaan status HIV, dan status ekonomi (Ditjen P2PL Kemenkes, 2010).

Prinsip pemberian ARV adalah bukan untuk menyembuhkan tetapi bertujuan untuk mempertahankan usia hidup, mengoptimalkan pertumbuhan dan perkembangan, mempertahankan potensi neurokognitif, meningkatkan atau memulihkan sistem imun sehingga mengurangi infeksi oportunistik, menekan replikasi dari virus HIV, mencegah progresivitas penyakit, mengurangi morbiditas dan meningkatkan kualitas hidup anak (ANECCA, 2011). Ada 6 golongan antiretroviral yang digunakan saat ini yaitu *Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor* (NRTI), *Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor* (NNRTI), *Protease Inhibitor* (PI), *Integrase Inhibitor* (II), *Fusion Inhibitor* (FI), dan *Chemokine Reseptor Antagonist* (CCR5 Antagonist) (Ruthbun, *et al.*, 2011). Namun untuk pemberian terapi ARV pada anak harus mempertimbangkan masalah antara lain supresi virus, farmakokinetik, formulasi obat yang khusus untuk anak, biaya, efek samping, patabilitas (rasa obat), pengelolaan obat oleh keluarga (ANECCA, 2011). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Violari *et al.*, (2008) tentang pemberian dini terapi antiretroviral pada bayi yang terinfeksi HIV menunjukkan bahwa diagnosis dini dan pemberian

antiretroviral segera mengurangi progresivitas HIV sekitar 75% dan kematian bayi hingga 76% .

H. Perawatan pada Anak dengan HIV/AIDS

Berdasarkan kompleksitas penyakit HIV/AIDS pada anak akibat infeksi vertikal, maka perlu upaya perawatan yang bersifat paliatif pada anak atau *pediatric palliative care* (PPC) (*Family Health International, 2009*). *American Academic of Pediatrics* memberikan definisi perawatan paliatif pada anak adalah model terintegrasi dimana komponen perawatan paliatif dilakukan setelah pasien mulai terdiagnosis sepanjang perjalanan penyakit.

Terdapat perbedaan perawatan paliatif pada anak dengan dewasa karena kerentanan pada anak, kondisi kronis pada anak, tingkat ketidakmampuan anak, beberapa kondisi tidak ditemukan pada orang dewasa dan beberapa anak tidak pernah hidup sampai dewasa. Selain itu, perawatan paliatif perlu memperhatikan perkembangan anak dan dampak terhadap fungsi keluarga dan tim kesehatan (Jordan & Lee, 2014).

1. Terapi farmakologis

Setelah anak terdiagnosis pasti terinfeksi HIV, perawatan paliatif langsung diberikan. Manajemen terapi farmakologis maupun non-farmakologis diberikan dalam perawatan paliatif, salah satunya adalah pemberian terapi ARV yang membutuhkan perhatian khusus untuk anak. Diagnosis terinfeksi HIV sudah termasuk dalam penyakit kronis yang membutuhkan terapi ARV terus menerus dan dalam pemberiannya pada anak terdapat masalah lain yang sering terjadi yaitu efek samping dari pada terapi. Sementara kepatuhan pemberian terapi ARV adalah bagian yang paling penting (Conserve *et al.*, 2015; Nakawesi *et al.*, 2014).

2. Terapi non farmakologis

Manajemen terapi lainnya adalah non-farmakologis yang berfokus pada penanganan tanda gejala, dimana

kenyamanan pada anak menjadi tujuan utamanya. Beberapa tehnik terapi non-farmakologis, seperti distraksi, relaksasi, dan imajinasi terbimbing dapat dikombinasikan dengan terapi obat sebagai strategi untuk mengontrol nyeri. Terapi modalitas lain dapat juga dilakukan, seperti reposisi, relaksasi, masase, dan terapi lainnya untuk mempertahankan kenyamanan dan kualitas hidup anak (Seow & Tanuseptro, 2016).

3. Nutrisi pada anak dengan HIV/AIDS

Pemberian Nutrisi pada bayi dan anak dengan HIV/AIDS tidak berbeda dengan anak yang sehat, hanya saja asupan kalori dan proteinnya perlu ditingkatkan. Selain itu perlu juga diberikan multivitamin, dan antioksidan untuk mempertahankan kekebalan tubuh dan menghambat replikasi virus HIV. sebaiknya dipilih bahan makanan yang risiko alerginya rendah dan dimasak dengan baik untuk mencegah infeksi oportunistik. Sayur dan buah-buahan juga harus dicuci dengan baik dan sebaiknya dimasak sebelum diberikan kepada anak. Pemberian (Nurs dan Kurniawan, 2013).

4. Dukungan sosial spiritual pada Anak dengan HIV/AIDS

Selain manajemen terapi, perawatan paliatif juga menekankan pada dukungan psikososial dan spiritual yang diberikan kepada anak dan keluarga yang dapat berupa konseling ARV, konseling HIV, termasuk menguji anak dan keluarga akan kepatuhan. Selama konseling HIV dan ARV anak dan keluarga diberikan informasi tentang HIV dan pengobatan ARV, bagaimana HIV didapat dan dampaknya pada tubuh, bagaimana obat bekerja, kepatuhan dan efek samping obat (International Children's Palliative Care Network, 2012).

Anak yang didiagnosis HIV juga mendatangkan trauma emosi yang mendalam bagi keluarganya. Orang tua harus menghadapi masalah berat dalam perawatan

anak, pemberian kasih sayang, dan sebagainya sehingga dapat mempengaruhi pertumbuhan mental anak. Orang tua memerlukan waktu untuk mengatasi masalah emosi, syok, kesedihan, penolakan, perasaan berdosa, cemas, marah, dan berbagai perasaan lain. Anak perlu diberikan dukungan terhadap kehilangan dan perubahan mencakup (1) memberi dukungan dengan memperbolehkan pasien dan keluarga untuk membicarakan hal-hal tertentu dan mengungkapkan perasaan keluarga, (2) membangkitkan harga diri anak serta keluarganya dengan melihat keberhasilan hidupnya atau mengenang masa lalu yang indah, (3) menerima perasaan marah, sedih, atau emosi dan reaksi lainnya, (4) mengajarkan pada keluarga untuk mengambil hikmah, dapat mengendalikan diri dan tidak menyalahkan diri atau orang lain (Nurs dan Kurniawan, 2013).

BAB 9

STIGMATISASI DAN DISKRIMINASI PASIEN HIV/AIDS

1. Tujuan Umum

Mahasiswa memahami stigmatisasi dan diskriminasi pasien HIV/AIDS

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mengetahui pengertian stigma pada ODHA
- b. Mahasiswa mengetahui bentuk-bentuk stigma dan diskriminasi
- c. Mahasiswa mengetahui jenis stigma
- d. Mahasiswa mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi stigma dan diskriminasi kepada ODHA

3. Materi

Latar Belakang

Salah satu hambatan paling besar dalam pencegahan dan penanggulangan *Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome* (HIV/AIDS) di Indonesia adalah masih tingginya stigma dan diskriminasi terhadap orang dengan HIV/AIDS (ODHA). Stigma berasal dari pikiran seorang individu atau masyarakat yang memercayai bahwa penyakit AIDS merupakan akibat dari perilaku amoral yang tidak dapat diterima oleh masyarakat. Stigma terhadap ODHA tergambar dalam sikap sinis, perasaan ketakutan yang berlebihan, dan pengalaman negatif terhadap ODHA. Banyak yang beranggapan bahwa orang yang terinfeksi HIV/AIDS layak mendapatkan hukuman akibat perbuatannya sendiri. Mereka juga beranggapan bahwa ODHA adalah orang yang bertanggung jawab terhadap penularan HIV/AIDS (Maman *et al*, 2009).

A. Stigma pada ODHA

Stigma adalah suatu proses dinamis yang terbangun dari suatu persepsi yang telah ada sebelumnya yang menimbulkan suatu pelanggaran terhadap sikap,

kepercayaan dan nilai. Menurut Castro dan Farmer (2005), stigma ini dapat mendorong seseorang untuk mempunyai prasangka pemikiran, perilaku, dan atau tindakan oleh pihak pemerintah, masyarakat, pemberi kerja, penyedia pelayanan kesehatan, teman sekerja, para teman, dan keluarga-keluarga.

Stigma merupakan atribut, perilaku, atau reputasi sosial yang mendiskreditkan dengan cara tertentu. Menurut Corrigan dan Kleinlein stigma memiliki dua pemahaman sudut pandang, yaitu stigma masyarakat dan stigma pada diri sendiri (*self stigma*). Stigma masyarakat terjadi ketika masyarakat umum setuju dengan stereotipe buruk seseorang (misal, penyakit mental, pecandu, dll) dan self stigma adalah konsekuensi dari orang yang distigmakan menerapkan stigma untuk diri mereka sendiri.

Stigma terhadap ODHA adalah suatu sifat yang menghubungkan seseorang yang terinfeksi HIV dengan nilai-nilai negatif yang diberikan oleh mereka (masyarakat). Stigma membuat ODHA diperlakukan secara berbeda dengan orang lain. Diskriminasi terkait HIV adalah suatu tindakan yang tidak adil pada seseorang yang secara nyata atau diduga mengidap HIV (Herek et al, 2002). Maman *et al* (2009) mengartikan diskriminasi sebagai aksi-aksi spesifik yang didasarkan pada berbagai stereotip negatif ini yakni aksi-aksi yang dimaksudkan untuk mendiskredit dan merugikan orang. Menurut UNAIDS, diskriminasi terhadap penderita HIV digambarkan selalu mengikuti stigma dan merupakan perlakuan yang tidak adil terhadap individu karena status HIV mereka, baik itu status sebenarnya maupun hanya persepsi saja (UNAIDS, 2012).

Pecandu narkoba suntik yang terinfeksi HIV memiliki beban ganda stigma dalam hubungan sosial di masyarakat (Amin et al, 2011). Pecandu narkoba termasuk orang atau kelompok penyandang stigma sebelum terkena HIV/AIDS dan stigma tersebut meningkat pada saat mereka terkena

penyakit (Burkholder *et al*, 1999). Stigma sebagai pecandu cenderung disifatkan sebagai orang yang “tercela” dan “berbahaya” (Phillips *et al*, 2011). Infeksi virus HIV karena sifatnya yang menular dan belum ditemukan obatnya sering dianggap sebagai penyakit yang mengerikan. Pandangan ini mempengaruhi penerimaan masyarakat terhadap orang yang positif terinfeksi virus HIV (Sarikusuma *et al*, 2012). Akibatnya ODHA sering dikucilkan dan dijauhi dalam pergaulan di masyarakat. Lebih lanjut, stigma mempengaruhi kehidupan ODHA dengan menimbulkan depresi dan kecemasan, rasa sedih, rasa bersalah, dan perasaan kurang bernilai. Selain itu stigma dapat menurunkan kualitas hidup, membatasi akses dan penggunaan layanan kesehatan, dan mengurangi kepatuhan terhadap antiretroviral (ARV).

B. Bentuk-bentuk stigma dan diskriminasi

Beberapa bentuk stigma eksternal dan diskriminasi antara lain :

- 1) Menjauhi ODHA atau tidak menginginkan untuk menggunakan peralatan yang sama.
- 2) Penolakan oleh keluarga, teman atau masyarakat terhadap ODHA.
- 3) Peradilan moral berupa sikap yang menyalahkan ODHA karena penyakitnya dan menganggapnya sebagai orang yang tidak bermoral.
- 4) Stigma terhadap orang-orang yang terkait dengan ODHA, misalnya keluarga dan teman dekatnya.
- 5) Keengganan untuk melibatkan ODHA dalam suatu kelompok atau organisasi.
- 6) Diskriminasi yaitu penghilangan kesempatan untuk ODHA seperti ditolak bekerja, penolakan dalam pelayanan kesehatan bahkan perlakuan yang berbeda pada ODHA oleh petugas kesehatan.
- 7) Pelecehan terhadap ODHA baik lisan maupun fisik.

- 8) Pengorbanan, misalnya anak-anak yang terinfeksi HIV atau anak-anak yang orang tuanya meninggal karena AIDS.
- 9) Pelanggaran hak asasi manusia, seperti pembukaan status HIV seseorang pada orang lain tanpa seijin penderita, dan melakukan tes HIV tanpa adanya *informed consent* (Diaz *et al*, 2011).

C. Jenis stigma

Menurut Corrigan dan Kleinlein stigma memiliki dua pemahaman sudut pandang, yaitu stigma masyarakat dan stigma pada diri sendiri (self stigma).

1. *Self* stigma

Self stigma adalah konsekuensi dari orang yang distigmakan menerapkan stigma untuk diri mereka sendiri. Masalah utama yang menjadi stigma dalam diri ODHA adalah ketakutan. Ketakutan menimbulkan resistansi terhadap tes HIV, rasa malu untuk memulai pengobatan, dan dalam beberapa hal, keengganan untuk menerima pendidikan tentang HIV. *Self* stigma menyebabkan ODHA ketakutan untuk memulai pengobatan karena takut tidak konsisten mengkonsumsi obat. Ketakutan lainnya adalah penerimaan masyarakat tentang statusnya sebagai ODHA.

Ketakutan ini disebabkan oleh kurangnya pemahaman tentang HIV dan tes HIV, bagaimana HIV ditularkan, risiko bagi orang lain, ke mana untuk pengujian, biaya pengujian berapa, masalah berapa lama waktu menunggu hasil tes, merasa tidak memiliki siapa pun untuk mendapatkan dukungan moral, dan bayangan prosedur rumah sakit yang rumit. Selain itu juga karena merasa malu tentang status sebagai pengguna narkoba, ketakutan apabila hasil tes positif, bayangan kematian akibat AIDS, reaksi dari keluarga, teman-teman dan masyarakat jika positif terinfeksi

HIV, stigmatisasi. Tidak ada obat untuk AIDS, obat ARV apakah tersedia, apakah mahal, atau apakah memiliki efek samping dan ketakutan tidak dapat melakukan apa-apa jika positif terinfeksi HIV (Ford *et al*, 2006).

Selain rasa takut, *self* stigma yang dialami ODHA adalah penerimaan mereka terhadap label negatif dari masyarakat. Akibat pelabelan diri mereka adalah golongan yang tidak disukai oleh masyarakat karena kebiasaannya memakai narkoba suntik dan infeksi HIV yang mereka derita. Dibandingkan dengan bentuk stigma dari luar seperti dari masyarakat, bentuk *self* stigma memiliki pengaruh lebih kuat pada keseluruhan kesejahteraan ODHA, terutama kesehatan psikologis mereka (Steward *et al*, 2008). *Self* stigma bagi ODHA merupakan bentuk internalisasi stigma, dimana seseorang melabeli dirinya tidak dapat diterima oleh masyarakat karena memiliki masalah penyakit HIV (Vogel & Wade, 2009).

2. Stigma masyarakat

Stigma masyarakat terjadi ketika masyarakat umum setuju dengan stereotipe buruk seseorang (misal, penyakit mental, pecandu, dan lain-lain). Stigma masyarakat merupakan perasaan bahwa seseorang atau kelompok merasa mereka lebih unggul dari yang lain dan menyebabkan seseorang atau kelompok lain dikucilkan secara sosial yang pada akhirnya mengarah kepada terjadinya ketimpangan sosial (Parker & Aggleton, 2003). Stigma masyarakat terhadap ODHA dipengaruhi beberapa anggapan seperti, penyakit yang tidak dapat dicegah atau dikendalikan, penyakit akibat dari “orang yang tidak bermoral”, dan penyakit yang mudah menular kepada orang lain. Stigma ini mencerminkan bias kelas sosial yang mendalam. Penyakit ini sering dikaitkan dengan kemiskinan dan menjadi pembenaran untuk ketidakadilan sosial. ODHA

sering diberi label sebagai 'yang lain'. Ia adalah ras yang lain, manusia yang lain, atau kelompok yang lain.

Stigma dari masyarakat tercermin dari persepsi perlakuan negatif berupa penghindaran, penghinaan, penolakan dalam pergaulan sosial, dan kehilangan pekerjaan (Li *et al.*, 2012). Perlakuan negatif muncul dari ketakutan tertular, dimana seseorang merasa tidak nyaman pada saat kontak langsung dengan ODHA maupun dengan benda-benda yang digunakan oleh ODHA (Bogart *et al.*, 2008).

D. Faktor-faktor yang mempengaruhi stigma dan diskriminasi kepada ODHA

Faktor-faktor yang berhubungan dengan stigma dan diskriminasi terhadap ODHA adalah pengetahuan, ketakutan, kepercayaan, komunikasi diantara masyarakat, pendidikan, persepsi, sikap, pekerjaan, dan status ekonomi. Mayoritas faktor yang berpengaruh terhadap stigma dan diskriminasi kepada ODHA adalah pengetahuan seseorang (Utami *et al.*, 2020).

1. Pengetahuan

Pada penelitian sebelumnya yang telah dibuktikan bahwa faktor yang dapat berpengaruh terhadap stigma dan diskriminasi kepada ODHA yaitu karena rendahnya pengetahuan. Banyaknya masyarakat yang awam dengan pengetahuan tentang HIV AIDS dapat mempengaruhi tafsiran yang tidak sesuai dengan sebenarnya (Harun, 2017). Kurangnya pengetahuan mengenai HIV/AIDS ini tidak hanya dialami oleh masyarakat saja namun dialami oleh tenaga kesehatan (Sofia, 2018; Lee *et al.*, 2019). Pengetahuan yang dialami tenaga kesehatan ini dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti umur, jenis kelamin, pengalaman kerja, tempat kerja, pelatihan, dan persepsi kemampuan merawat ODHA (Waluyo *et al.*, 2011).

Pengetahuan tentang HIV/AIDS perlu ditingkatkan sebagai proteksi diri serta memberikan pandangan sebagai cara menyikapi ODHA. Kurangnya pengetahuan dapat menimbulkan sikap antisipasi yang salah (Nurma, 2018). Hal ini menunjukkan bahwa rendahnya pengetahuan mengenai HIV/AIDS maka dapat meningkatkan stigma dan diskriminasi kepada ODHA (Utami *et al*, 2020).

Selain pengetahuan dari masyarakat, pengetahuan dari perawat juga perlu ditingkatkan. Hasil penelitian Urifah (2017) menunjukkan sekitar 17,5% perawat memiliki pengetahuan yang buruk tentang penularan HIV, sekitar 27,7% menjawab bahwa keringat dan air seni dapat menularkan HIV. Oleh karena itu penting bagi perawat untuk memiliki informasi yang akurat tentang perawatan pasien dengan HIV atau AIDS dan pengetahuan tentang penularan HIV.

2. Ketakutan

Ketakutan merupakan salah satu faktor yang tidak kalah dengan faktor lainnya. Ketakutan irasional umumnya dialami oleh tenaga kesehatan, mengingat HIV/AIDS merupakan penyakit yang dapat ditularkan melalui darah. Dengan hal tersebut, tenaga kesehatan dapat merasa takut terinfeksi akibat perawatan kesehatan selama pengobatan invasif.

3. Kepercayaan

Kepercayaan terhadap konsep sakit dan sehat dari segi agama yaitu orang yang terjangkit HIV/AIDS adalah kutukan dan hukuman dari Tuhan akibat moral yang buruk. Pada penelitian Retnowati (2017) mengemukakan bahwa terdapat hubungan antara kepercayaan dengan stigma tokoh agama terhadap ODHA disebabkan perannya tokoh agama yang sangat penting. Nilai adalah suatu kepercayaan yang menjadi acuan bagi seseorang maupun kelompok orang untuk memilih tindakannya. HIV/AIDS bisa menyerang

siapapun tanpa melihat usia, profesi, ras, status sosial, dan perbedaan-perbedaan lainnya. Jika seseorang melakukan perilaku beresiko terhadap penularan HIV, ada kemungkinan untuk terinfeksi HIV (Retnowati, Misrina, 2017).

4. Komunikasi antar masyarakat

Salah satu bentuk sosial dari manusia adalah berinteraksi dengan orang lain. Interaksi yang dilakukan seperti berkomunikasi. Komunikasi merupakan penyampaian informasi yang dilakukan antar manusia. Stigma dan diskriminasi kepada ODHA terjadi karena ada anggapan bahwa itu adalah aib sehingga tokoh masyarakat berperan penting untuk meningkatkan komunikasi yang baik diantara masyarakat sebab mereka dianggap sebagai panutan. Komunikasi yang buruk dapat menimbulkan adanya diskriminasi terhadap ODHA, maka petugas kesehatan perlu memberikan informasi kepada tokoh masyarakat tentang HIV/AIDS secara komprehensif dengan maksud tokoh tersebut dapat menyebarkan informasi yang benar kepada masyarakat (Nurma, 2018).

5. Pendidikan

Pendidikan erat kaitannya dengan seberapa jauh tingkat pengetahuan seseorang. Pada penelitian Nurma (2018) mengemukakan bahwa ada hubungan antara pendidikan dengan stigma dan diskriminasi terhadap ODHA. Semakin rendah tingkat pendidikan seseorang, maka tingkat diskriminasi kepada ODHA semakin tinggi. Sebaliknya, semakin tinggi pendidikan seseorang, maka diskriminasi kepada ODHA semakin rendah sebab dia sudah memiliki informasi yang cukup mengenai HIV/AIDS sehingga mempengaruhi sikap terhadap ODHA. Seseorang dengan pendidikan tinggi akan mudah menyerap informasi yang berpengaruh terhadap perilaku sehat seperti informasi kesehatan tentang HIV/AIDS.

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 (Mahendra et al, 2006).

6. Persepsi

Persepsi akan mempengaruhi orang untuk berperilaku dan bersikap terhadap ODHA. Adanya stigma disebabkan kurangnya pengetahuan masyarakat akan informasi HIV terlebih cara penularannya, kelompok yang beresiko tertular HIV, dan cara pencegahannya. Kaitannya persepsi terhadap ODHA seperti rasa malu, sikap menyalahkan, dan menghakimi yang berhubungan dengan AIDS. Sebagian masyarakat memiliki pandangan bahwa ODHA adalah orang yang berperilaku buruk seperti PSK (Pekerja Seks Komersial) dan pengguna narkoba (Shaluhiah et al, 2015)

Banyak masyarakat yang percaya bahwa penularan HIV dapat melalui percikan bersin, pakaian yang dipakai ODHA, minum dari gelas yang sama, dan pemakaian toilet umum (Paryati et al, 2013). Dengan adanya stigma terhadap ODHA dapat menghalangi seseorang untuk melakukan pencegahan dan pengobatan. Orang yang memiliki gejala HIV akan enggan melakukan tes HIV karena apabila hasilnya positif mereka takut akan penolakan yang dilakukan oleh keluarga atau pasangan (Shaluhiah et al, 2015).

7. Sikap

Sikap kepada ODHA baik dari tetangga, keluarga, maupun tokoh masyarakat dapat mempengaruhi stigma dan diskriminasi. Stigma dari tetangga dapat muncul karena ada tanggapan bahwa ODHA membawa penyakit yang tidak dapat disembuhkan dan dapat menular kepada orang lain. Sedangkan adanya stigma dan

diskriminasi kepada ODHA dari keluarga disebabkan karena keluarga merasa malu memiliki anggota yang terinfeksi HIV dan juga takut dikucilkan oleh masyarakat, maka dari itu mereka memperlakukan anggota keluarga yang positif HIV dengan tidak baik.

Adanya dukungan terhadap ODHA dari keluarga dapat menurunkan stigma dan diskriminasi, sehingga ODHA merasa disayangi dan juga akan lebih berpeluang untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan. ODHA dapat menggunakan sebaik mungkin fasilitas dalam pelayanan kesehatan yang ada agar bisa mendapatkan pengetahuan HIV/AIDS yang lebih luas, bertukar informasi mengenai HIV/AIDS, dan juga dapat mendisiplinkan diri dalam perawatan terapi antiretroviral (ARV). Dengan adanya nyaman, percaya diri, dan selalu terbuka dengan apa yang terjadi pada ODHA akan membuat mereka menjadi lebih mudah dalam menerima informasi yang ada baik dari lingkungan sekitar.

Tokoh masyarakat memiliki peran penting dalam mempengaruhi masyarakat. Jika seorang tokoh masyarakat memberikan stigma terhadap ODHA, maka masyarakat di sekitarnya akan ada kemungkinan untuk melakukan hal yang sama. Oleh karena itu, peningkatan pengetahuan tentang HIV/AIDS yang benar kepada tokoh masyarakat menjadi penting agar tidak terjadi pemahaman yang salah mengenai ODHA yang dapat berakibat menimbulkan stigma dan diskriminasi (Hati et al, 2013).

8. Status ekonomi

Status ekonomi dapat berpengaruh terhadap stigma yang ada mengenai ODHA. Pada penelitian yang dilakukan oleh Maharani (2017) didapatkan hasil bahwa status ekonomi keluarga yang rendah dapat mempengaruhi stigma berat pada ODHA. Remaja dengan status ekonomi keluarga rendah akan cenderung

berisiko untuk memiliki stigma terhadap ODHA. Stigma yang ada terhadap ODHA pada keluarga ekonomi rendah dapat diusahakan untuk diminimalisir atau dicegah dengan penyediaan informasi tentang HIV/AIDS sehingga dapat mengurangi munculnya stigma tersebut.

Pengadaan program edukasi kesehatan secara merata dan mudah didapatkan bagi keluarga yang memiliki ekonomi rendah seharusnya dapat dilakukan dengan melibatkan berbagai sektor baik dari pemerintah maupun non pemerintah, juga dari tenaga kesehatan khususnya yang berada di komunitas untuk memberikan promosi kesehatan secara gratis. Jika informasi edukasi kesehatan tersebut dapat mudah diakses dimanapun oleh siapapun tanpa harus membebankan biaya yang harus dikeluarkan khususnya pada keluarga dengan ekonomi rendah maka diharapkan dapat mengetahui dan memahami informasi secara tepat tentang HIV/AIDS sehingga stigma yang ada dapat dihilangkan.

BAB 10

KOMUNIKASI DAN KONSELING PADA ODHA

1. Tujuan Umum

Mahasiswa memahami komunikasi dan konseling pada ODHA

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mengetahui pengertian komunikasi
- b. Mahasiswa mengetahui komunikasi kesehatan
- c. Mahasiswa mengetahui komunikasi antarpribadi
- d. Mahasiswa mengetahui *self disclosure*
- e. Mahasiswa mengetahui konseling HIV/AIDS
- f. Mahasiswa mengetahui tujuan konseling
- g. Mahasiswa mengetahui langkah konseling

3. Materi

Latar Belakang

Semua aspek kehidupan manusia membutuhkan komunikasi, begitu pula dalam bidang kesehatan. Komunikasi ini berfungsi mendorong individu maupun masyarakat untuk merubah perilaku. Sebagai bagian dari institusi kesehatan, aktivitas komunikasi kesehatan Klinik VCT sangat dibutuhkan dalam upaya menanggulangi penyakit HIV/AIDS. Langkah yang efektif dalam merubah perilaku beresiko ODHA melalui pendekatan konseling (Anyta, 2015).

A. Komunikasi

Komunikasi merupakan hal yang fundamental bagi kehidupan manusia. Dengan berkomunikasi, manusia dapat menyampaikan gagasan dan mentransferkan pesannya kepada khalayak luas dengan tujuan mempengaruhi perilaku orang lain untuk mengambil keputusan tertentu.

Menurut Edward Depari yang disitasi oleh Pieter (2017), komunikasi merupakan proses saling menyampaikan ide, gagasan, pikiran, harapan dan pesan tertentu yang mengandung makna yang dilakukan oleh dua orang atau

lebih sebagai pemberi dan penerima dengan tujuan untuk mendapatkan respons dari penerimanya. Pada dasarnya komunikasi sebagai proses yang melibatkan dua orang atau lebih, dan memiliki lima unsur yaitu : sumber, pesan, saluran atau media, penerima atau komunikan, dan efek (*feedback*). Dalam prosesnya komunikasi selalu mengandung tujuan, oleh karenanya komunikasi harus penuh dengan perencanaan. Pentingnya perencanaan guna memberi tahu atau mengubah sikap (*attitude*), pendapat (*opinion*) atau perilaku (*behavior*) (Mulyana, 2005).

B. Komunikasi Kesehatan

Komunikasi kesehatan seperti halnya komunikasi manusia pada umumnya, namun komunikasi ini memiliki cakupan yang lebih sempit karena hanya berkaitan dengan pesan-pesan kesehatan saja. Komunikasi ini sangat bermanfaat sebagai proses sosialisasi dan edukasi terhadap masyarakat dalam memberikan pengetahuan mengenai informasi-informasi kesehatan maupun meluruskan pemahaman-pemahaman yang selama ini salah terkait informasi kesehatan tertentu. Liliweri (2008) menjelaskan tujuan komunikasi kesehatan, sebagai berikut :

- a. *Relay information* : meneruskan informasi kesehatan dari suatu sumber keada pihak lain secara berangkai (*hunting*).
- b. *Enable informed decision making* : memberi informasi akurat untuk memungkinkan pengambilan keputusan.
- c. *Promote healthy behaviors* : informasi untuk memperkenalkan perilaku sehat.
- d. *Promote peer information exchange and emotional support* : mendukung pertukaran informasi pertama dan mendukung secara emosional pertukaran informasi kesehatan.
- e. *Promote self care* : memperkenalkan pemeliharaan kesehatan diri sendiri.
- f. *Manage demand for health services* : memenuhi

permintaan layanan kesehatan.

Komunikasi kesehatan sebagai proses kemitraan antara para partisipan berdasarkan dialog dua arah yang didalamnya ada suasana interaktif, pertukaran gagasan, kesepakatan mengenai kesatuan kesehatan (Liliweri, 2008). Aktivitas komunikasi kesehatan terjadi dalam suasana interaktif antara konselor dengan klien kesehatan guna mempengaruhi individu maupun kelompok masyarakat untuk merubah perilakunya dan mengambil keputusan yang tepat demi mendapatkan keadaan yang sehat secara baik fisik, mental, dan sosial. Interaksi yang melibatkan konselor dan klien kesehatan ini sebagai bagian dari komunikasi kesehatan yang sifatnya antarpribadi, tatap muka (*face to face*) dan terjadi secara langsung. Baiknya sebuah hubungan sangat tergantung pada konselor, karenanya konselor harus dapat mengamati dan menilai respon klien mengenai hubungan baik yang sedang terbangun. Kemampuan konselor dalam menjalin hubungan dengan klien tersebut dipengaruhi oleh pengetahuan, pengertian, serta keterampilan. Konselor dalam memberikan proses bantuan kepada klien harus memahami tentang keterampilan dasar dan prinsip konseling.

C. Komunikasi Antarpribadi

Komunikasi antarpribadi adalah proses komunikasi yang berlangsung antara dua orang atau lebih secara tatap muka (Cangara, 2006). Interaksi antarpribadi berlangsung dalam suasana yang bersahabat dan rahasia agar klien dapat terbuka mengungkapkan permasalahan dengan nyaman tanpa takut rahasianya diketahui orang lain. Fungsi dari kegiatan tersebut, klien diarahkan untuk merubah perilakunya (Anyta, 2015).

Enjang (2009) menyampaikan fungsi komunikasi antarpribadi dalam kehidupan, yaitu :

- a. Memenuhi kebutuhan sosial dan psikologis.

- Dengan berkomunikasi antarpribadi, seseorang bisa memenuhi kebutuhan sosial dan psikologisnya. Tanpa menjalin kontak dengan orang lain, kebanyakan orang akan berhalusinasi, kehilangan koordinasi motorik, dan secara umum tidak bisa menyesuaikan diri dengan lingkungan sekitar.
- b. Mengembangkan kesadaran diri.
Melalui komunikasi antarpribadi akan terbiasa mengembangkan kesadaran diri. Kita akan mengkonfirmasi tentang siapa dan apa diri kita. Apa yang kira pikirkan tentang diri kita. Namun, sebagian ada yang merupakan hasil refleksi orang lain tentang diri kita.
 - c. Matang akan konvensi sosial.
Kita berkomunikasi, beramah-tamah dengan orang lain dalam rangka memenuhi konvensi sosial. Mengabaikan orang lain dan tidak berbicara berarti menentang konvensi sosial dan menimbulkan kesan melalaikan orang lain.
 - d. Konsistensi hubungan dengan orang lain.
Kita menetapkan hubungan dengan orang lain, melalui pengalaman yang dilalui bersama mereka, melalui percakapan- percakapan bersama mereka. Jika percakapan dimulai mengenai perasaan yang mendalam, berbagi cerita pribadi, mendengarkan orang lain dengan empati dan pemahaman, dan membicarakan persoalan yang berhubungan dengan kita, berarti kita sedang mengembangkan hubungan yang sehat, dekat dan lebih intim.
 - e. Mendapatkan informasi lebih banyak.
Melalui komunikasi antarpribadi, kita juga memperoleh informasi yang lebih. Informasi yang akurat dan tepat waktu merupakan kunci untuk membuat keputusan yang efektif.

- f. Bisa memengaruhi atau dipengaruhi orang lain.
Kita memengaruhi dan atau dipengaruhi oleh orang lain melalui komunikasi antarpribadi. Komunikasi ini berfungsi untuk mempengaruhi gagasan dan perilaku orang lain dengan mengharapkan persetujuan dan kerja sama mereka.

Selama konselor dan klien berinteraksi, dibutuhkan adanya saling keterbukaan diri (*self disclosure*) untuk saling menyampaikan ide-ide, gagasan, dan perasaan yang ada dalam diri masing-masing. Metode dalam komunikasi antarpribadi yang paling baik yaitu konseling (Anyta, 2015).

D. Self-Disclosure

Self disclosure adalah pengungkapan informasi personal mengenai diri sendiri, dimana orang lain tidak menemukan dalam cara lain (Enjang, 2009). Keterbukaan diri ODHA saat berhubungan antarpribadi dengan konselor bertujuan untuk menggali informasi mengenai latar belakang penyakitnya dan hal tersebut sangat membantu konselor dalam memberikan feedback berkaitan dengan informasi-informasi penting seputar HIV/AIDS, memotivasi yang bisa mendukung perkembangan sosial dan emosional ODHA sehingga mampu merubah sikap dan perilakunya.

E. Konseling HIV/AIDS

Konseling merupakan suatu proses dengan dialog antara seseorang yang bermasalah (klien) dengan orang yang menyediakan pelayanan konseling (konselor) dengan tujuan memberdayakan klien agar mampu menghadapi permasalahannya dan sanggup mengambil keputusan yang mandiri atas permasalahan tersebut. Konseling HIV/AIDS merupakan strategi komunikasi perubahan perilaku yang bersifat rahasia dan saling percaya antara klien dan konselor. Tujuan konseling yaitu untuk meningkatkan kemampuan klien menghadapi tekanan dan pengambilan

keputusan terkait HIV/AIDS (Kementerian Kesehatan RI, 2011).

Konseling adalah suatu proses dengan dialog antara seseorang yang bermasalah (klien) dengan orang yang menyediakan pelayanan konseling (konselor) dengan tujuan memberdayakan klien agar mampu menghadapi permasalahannya dan sanggup mengambil keputusan yang mandiri atas permasalahan tersebut. Konseling dapat dilakukan dengan 2 cara yaitu *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) dan *Provider Initiated Testing and Counseling* (PITC). Konseling pada kedua cara tersebut menyediakan dukungan psikologis, informasi dan pengetahuan HIV dan AIDS, mencegah penularan HIV, mempromosikan perubahan perilaku yang bertanggung jawab, pengobatan ARV, dan memastikan pemecahan berbagai masalah terkait dengan HIV dan AIDS (Merati et al, 2007).

Praktik konseling dilakukan oleh konselor yang memiliki keterampilan dasar konseling dan pemahaman luas mengenai HIV/AIDS. Selain itu, konselor harus memahami tentang prinsip konseling yaitu adanya jaminan kerahasiaan mengenai data-data klien. Dengan kerahasiaan dirinya yang terjamin, tentu hal tersebut membuat klien mau terbuka mengenai masalahnya kepada konselor. Pelaksanaan Konseling dibagi menjadi tiga, yakni :

1. Konseling Pra Pemeriksaan Laboratorium HIV

Konseling Pra-Pemeriksaan dilaksanakan pada klien/pasien yang belum mantap atau pasien yang menolak untuk menjalani pemeriksaan HIV setelah diberikan informasi pra-pemeriksaan yang cukup. Konselor dalam konseling pra pemeriksaan membuat keseimbangan antara pemberian informasi, penilaian risiko dan merespon kebutuhan emosi klien. Masalah emosi yang menonjol adalah rasa takut melakukan pemeriksaan HIV karena berbagai alasan termasuk ketidaksiapan menerima hasil pemeriksaan, perlakuan diskriminasi,

stigmatisasi masyarakat dan keluarga (Kementerian Kesehatan, 2013).

Ruang lingkup konseling pra-pemeriksaan pada konseling dan VCT adalah:

- a. Alasan kunjungan, informasi dasar tentang HIV dan klarifikasi tentang fakta dan mitos tentang HIV.
- b. Penilaian risiko untuk membantu klien memahami faktor risiko.
- c. Menyiapkan klien untuk pemeriksaan HIV.
- d. Memberikan pengetahuan implikasi terinfeksi HIV dan memfasilitasi diskusi tentang cara menyesuaikan diri dengan status HIV.
- e. Melakukan penilaian sistem dukungan termasuk penilaian kondisi kejiwaan jika diperlukan.
- f. Meminta informed consent sebelum dilakukan pemeriksaan HIV.
- g. Menjelaskan pentingnya menyingkap status untuk kepentingan pencegahan pengobatan dan perawatan.

Berbagai macam yang menjadi latar belakang dan alasan mengikuti konseling HIV maka konselor perlu mengetahui latar belakang kedatangan klien tersebut dan memfasilitasi kebutuhan agar proses pemeriksaan HIV dapat memberikan penguatan untuk menjalani hidup lebih sehat dan produktif (Kementerian Kesehatan, 2013).

Saat memberi konseling HIV, penting untuk mengetahui pengetahuan pasien mengenai perbedaan antara HIV (virus) dan AIDS (kondisi klinis) dan untuk mengetahui apakah mereka paham bahwa pemeriksaan laboratorium antibodi positif menunjukkan infeksi HIV namun bukan sindrom klinis AIDS. Dokter harus mengklarifikasi bahwa pemeriksaan laboratorium antibodi dapat positif, negatif, atau meragukan, dan bahwa risiko pemeriksaan laboratorium antibodi positif palsu atau negatif palsu sangat rendah. Bagi klien

dengan kemungkinan paparan HIV dalam 3 bulan terakhir, klinisi harus menjelaskan bahwa pemeriksaan laboratorium biasanya positif dalam 1 bulan setelah paparan namun dapat memerlukan 3 bulan sampai menjadi positif (periode jendela). Oleh karena itu, pemeriksaan laboratorium ulang harus direkomendasikan 3 bulan pasca paparan, jika pemeriksaan laboratorium awal negatif. Jika kecurigaan klinis infeksi HIV primer tinggi, pemeriksaan laboratorium RNA dapat dikerjakan, yang dapat mendeteksi adanya virus secepatnya 11 hari pasca paparan (Kementerian Kesehatan, 2013; Spielberg & Kurth, 2008).

Sasaran konseling pemeriksaan laboratorium untuk orang yang positif terinfeksi HIV, gay, waria, lesbian, pekerja seks, pengguna narkoba psiktropika dan zat adiktif lainnya (NAPZA), pasangan, keluarga, gangguan jiwa, binaan masyarakatan, penyingkapan status, paliatif dan duka cita, gizi, isu gender dalam konseling (Kementerian Kesehatan DJP3L, 2013).

2. Konseling Pasca Pemeriksaan Laboratorium HIV

Konseling pasca pemeriksaan biasanya diberikan 1-3 minggu kemudian pada kasus pemeriksaan laboratorium antibodi konvensional dan 20-40 menit kemudian jika yang dikerjakan adalah pemeriksaan laboratorium HIV cepat. Saat konseling pasca pemeriksaan, klinisi harus menginformasikan kepada klien mengenai hasil pemeriksaan laboratorium dan interpretasinya, mendorong untuk menjalani rencana mengurangi risiko yang disesuaikan dengan kondisi pasien baik yang seropositif maupun seronegatif, serta melakukan follow-up klinis dan psikologis bagi orang dengan HIV positif yang baru teridentifikasi. Bagi mereka yang HIV seronegatif, klinisi harus mendorong mereka untuk tetap HIV negatif dan memastikan bahwa

klien mengulang konseling dan pemeriksaan laboratorium HIV, sesuai waktu paparan terakhir (Kementerian Kesehatan, 2013; Spielberg & Kurth, 2008).

Kadang klinisi dihadapkan dengan konseling klien mengenai hasil yang meragukan, yang terjadi pada 10% spesimen EIA reaktif. Hasil pemeriksaan laboratorium HIV yang meragukan dapat terjadi pada serokonversi HIV akut, dan pada kondisi tidak adanya infeksi HIV. Pada HIV akut, pita p24 awal muncul pada Western blot yang diikuti oleh pita amplop tambahan (gp41, gp120, dan gp160) dan kemudian pita HIV lain dalam beberapa minggu selanjutnya. Hal ini menekankan pentingnya penilaian risiko HIV dengan hati-hati serta follow-up serologis orang berisiko tinggi dengan hasil Western blot yang meragukan. Jika memungkinkan, pemeriksaan laboratorium RNA harus digunakan untuk mendiagnosis infeksi HIV akut (Spielberg & Kurth, 2008; Kementerian Kesehatan DJP3L, 2012).

Sebagian besar orang dengan Western blot HIV yang meragukan memang tidak terinfeksi HIV dan memiliki alloantibodi reaksi silang atau autoantibodi. Orang berisiko rendah dapat diyakinkan mengenai kecilnya kemungkinan terinfeksi dan harus menjalani pemeriksaan laboratorium ulang dalam 3 dan 6 bulan berikutnya untuk memastikan rendahnya serokonversi. Wanita hamil dengan Western blot yang meragukan sering cemas mengenai kemaknaan hasil pemeriksaan laboratorium mereka; klinisi dapat menjelaskan produksi aloantibodi saat hamil dan mengerjakan pemeriksaan laboratorium HIV tambahan (misalnya pemeriksaan laboratorium RNA) untuk memastikan hasil yang meragukan tersebut (Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat FK UNUD, 2005; Kementerian Kesehatan DJP3L, 2013; Spielberg & Kurth, 2008).

3. Konseling Pasca Pemeriksaan Laboratorium jika Hasil Negatif

Bagi mereka yang HIV seronegatif, klinisi harus mendorong mereka untuk tetap HIV negatif dan memastikan bahwa klien mengulang konseling dan pemeriksaan laboratorium HIV, sesuai waktu paparan terakhir (Spielberg & Kurth, 2008; Kementerian Kesehatan DJP3L, 2012).

Konseling penyampaian hasil pemeriksaan laboratorium jika hasil negatif :

- a. Berikan kesempatan pada pasien untuk merasa lega atau bereaksi positif yang lain.
 - b. Berikan konseling tentang pentingnya tetap negatif dengan cara menggunakan kondom secara benar dan konsisten atau perilaku seksual yang lebih aman lainnya.
 - c. Buat rencana pengurangan perilaku berisiko bersama pasien.
 - d. Apabila pajanan baru saja terjadi atau pasien termasuk dalam kelompok risiko tinggi, jelaskan bahwa hasil negatif tersebut dapat berarti tidak terinfeksi HIV atau sudah terinfeksi namun belum sempat terbentuk antibodi untuk melawan virus (disebut Periode Jendela = "*Window Period*", 3-6 bulan) (Kementerian Kesehatan DJP3L, 2013; Spielberg & Kurth, 2008).
- ### 4. Konseling Pasca Pemeriksaan Laboratorium jika Hasil Positif

Klinisi yang memberi konseling kepada klien mengenai diagnosis infeksi HIV yang baru harus memiliki waktu cukup untuk mengatasi kemungkinan gangguan emosional dan memastikan bahwa klien memiliki kesempatan untuk menanyakan semua pertanyaan serta mengekspresikan reaksinya terhadap hasil pemeriksaan laboratorium. Jika hasil yang telah dikonfirmasi positif tidak terduga meskipun riwayat

pasien mendukung, serum harus diambil kembali untuk konfirmasi hasil dan menyingkirkan kemungkinan kesalahan laboratorium. Sejumlah klinisi secara rutin mengkonfirmasi hasil seropositif HIV yang baru, mengingat pentingnya hasil pemeriksaan laboratorium yang positif baik secara klinis dan psikososial. Klinisi harus kembali memastikan bahwa klien mengerti perbedaan antara infeksi HIV dan AIDS, mendiskusikan perjalanan alami infeksi HIV dan immunosupresi, serta menekankan potensi memperlambat progresi penyakit dengan intervensi dini melalui pengawasan teratur terhadap sistem imun dan viral load, terapi antiretroviral, dan profilaksis terhadap infeksi oportunistik.

Penyedia layanan kesehatan harus berbicara dengan pasien HIV seropositif mengenai rencana pribadinya untuk menjalani praktik seks yang aman, baik untuk menghindari penularan HIV ke partner yang seronegatif, menghindari akuisisi infeksi menular seksual (IMS) lain yang secara teori mampu mempercepat perjalanan penyakit HIV, dan menghindari strain baru yang resisten terhadap antiretroviral (superinfeksi).

Rujukan medis harus dibuat jika follow-up untuk perawatan HIV tidak tersedia di tempat tersebut dan kebutuhan akan layanan sosial dan psikologis harus dinilai. Disarankan untuk membuat perjanjian untuk follow-up untuk menilai ulang kemampuan klien mengatasi hasil positif, mengatasi kekhawatiran klien, dan membahas konseling partner serta layanan rujukan. Pada kunjungan ini, penyedia layanan kesehatan harus memastikan reaksi pasien yang terdiagnosis HIV positif terhadap diagnosis tersebut, dan mendiskusikan lebih dalam mengenai kepentingan dan arti memiliki partner dengan status HIV yang tidak diketahui ataupun negatif untuk dirujuk dan menjalani konseling dan pemeriksaan laboratorium HIV, dan untuk partner yang HIV positif,

perawatan klinis dan konseling. Konseling penyampaian hasil pemeriksaan laboratorium jika hasil positif :

- a. Jelaskan bahwa pasien tersebut telah terinfeksi
- b. Berikan konseling pasca – pemeriksaan laboratorium dan dukungan
- c. Tawarkan perawatan berkelanjutan dan rencanakan kunjungan tindak lanjut
- d. Berikan nasehat pentingnya melakukan perilaku seks dengan kondom agar tidak menularkan kepada orang lain dan terhindar dari IMS lain, dan terhindar dari infeksi virus HIV jenis lain. Buat rencana pengurangan perilaku berisiko bersama pasien.
- e. Berikan saran kepada pria dewasa untuk tidak melakukan hubungan seksual di luar nikah, untuk menghindari penularan kepada orang lain.
- f. Bila perlu, rujuklah pasien untuk mendapatkan layanan pencegahan dan perawatan lebih lanjut, seperti kepada dukungan sebaya dan layanan khusus untuk kelompok rentan.

F. Tujuan Konseling

1. Menyediakan dukungan psikologis, misalnya dukungan yang berkaitan dengan kesejahteraan emosi, psikososial dan spiritual seseorang yang terinfeksi HIV.
2. Pencegahan penularan HIV dengan menyediakan informasi tentang perilaku yang tidak berisiko dan membantu orang dalam mengembangkan ketrampilan pribadi untuk melindungi diri dari penularan HIV, reinfeksi HIV serta memiliki perilaku yang berkualitas.
3. Memastikan efektivitas rujukan kesehatan, psikososial, dan ekonomi melalui mekanisme rujukan dan keterkaitan dengan layanan dukungan, perawatan dan pengobatan HIV/AIDS.

G. Langkah Konseling

Dalam proses konseling bila konselor bersama klien belum dapat mengenali dengan rinci permasalahan yang dihadapi klien kemungkinan besar pada tahap-tahap berikutnya akan mengalami kesulitan. Oleh karena itu konselor perlu mengajak klien melihat kembali ke tahap dan bersama menggali lebih dalam lagi informasi. Konselor harus selalu tegas dan konsisten serta mampu mengajak klien untuk bersama-sama mendefinisikan kembali bagaimana permasalahan sebenarnya. Hal ini bermanfaat sebagai panduan konselor dalam menangani permasalahan klien dan dapat diterapkan dalam konseling masalah apa saja (Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat FK UNUD, 2003; Spielberg & Kurth, 2008).

Langkah - langkah kegiatan konseling yaitu :

1. Menjalin hubungan. Konselor harus menciptakan suasana yang membuat klien merasa santai, tidak takut, merasa aman dan bebas mengungkapkan perasaan dan pertanyaan yang ada dalam hatinya untuk didiskusikan.
2. Eksplorasi. Konselor berusaha mengetahui secara mendalam tentang perasaan klien, situasi klien dan alasannya datang untuk meminta bantuan.
3. Pemahaman. Konselor membantu klien mengidentifikasi masalah dan penyebab masalah, serta membantu klien merancang alternatif pemecahan masalah. Langkah awal, konselor harus mengetahui apakah benar ada masalah yang dirasakan oleh klien. Biarkan klien yang menceritakan dan merumuskan, baru konselor melanjutkan menggali untuk mengetahui apakah masalah ada pada klien sendiri atau orang lain (yang terkait dengan klien). Gali kemungkinan adanya masalah lain.
4. Perencanaan kegiatan. Dalam langkah ini, klien membuat rencana untuk mengatasi masalahnya.

BAB 11

PENATALAKSANAAN DAN PENCEGAHAN INFEKSI OPORTUNISTIK PADA PENDERITA HIV/AIDS

1. Tujuan Umum

Mahasiswa memahami penatalaksanaan dan pencegahan infeksi oportunistik pada penderita HIV/AIDS.

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mengetahui pengertian infeksi oportunistik.
- b. Mahasiswa mengetahui epidemiologi infeksi oportunistik pada penderita HIV/AIDS.
- c. Mahasiswa mengetahui pencegahan dan penatalaksanaan spesifik infeksi oportunistik yang tersering pada penderita HIV/AIDS di Indonesia.
- d. Mahasiswa mengetahui faktor-faktor risiko perkembangan infeksi oportunistik.

3. Materi

Latar Belakang

HIV atau singkatan dari *Human Immunodeficiency Virus* adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh. Akibat yang dialami penderita dari infeksi virus tersebut adalah penurunan kekebalan tubuh yang akan membuat seseorang rentan untuk terinfeksi berbagai penyakit lain. Sedangkan AIDS atau singkatan dari *Acquired Immuno Deficiency Syndrome* adalah kumpulan gejala yang disebabkan oleh masuknya virus HIV dan berakibat berkurangnya kemampuan pertahanan diri (Kementerian Kesehatan Indonesia, 2019).

Berdasarkan UNAIDS tahun 2019, sebesar 38 juta orang hidup dengan HIV dan 1,7 juta orang baru terinfeksi HIV di tahun 2019. Sebesar 81% orang dengan HIV mengetahui status dirinya sudah terinfeksi dan sebanyak 7,1 juta orang tidak mengetahui bahwa mereka sudah terinfeksi HIV. Pada akhir 2019, sebanyak 25,4 juta orang mengakses

terapi antiretroviral, jumlah ini meningkat dari tahun 2009 yaitu 6,4 juta.² Estimasi jumlah orang dengan HIV di Indonesia sebanyak 641.675 orang dengan jumlah infeksi baru sebanyak 46.372 orang dan kematian 38.734 orang pada tahun 2018 (UNAIDS, 2020).

Perjalanan alami infeksi HIV yang tidak diterapi menyebabkan penurunan imunitas pejamu berkelanjutan hingga menimbulkan infeksi oportunistik (IO) yang menandakan terjadinya *acquired immunodeficiency syndrome* (AIDS). Infeksi oportunistik merupakan utama morbiditas dan *mortalitas* pasien dengan HIV/AIDS. Sistem imun yang sangat rendah dapat menyebabkan IO berakhir dengan kematian kecuali mendapat terapi adekuat (Ariani *et al.*, 2015).

A. Infeksi Oportunistik

Infeksi oportunistik adalah infeksi oleh patogen yang biasanya tidak bersifat invasif namun dapat menyerang tubuh saat kekebalan tubuh menurun, seperti pada orang yang terinfeksi HIV/AIDS (Agarwal *et al.*, 2015; Balkhair *et al.*, 2012). Infeksi oportunistik adalah infeksi yang sering muncul dan terjadi lebih berat pada orang dengan imunitas/kekebalan tubuh rendah termasuk pada penderita HIV/AIDS (Saeed *et al.*, 2015).

Infeksi oportunistik adalah infeksi akibat adanya kesempatan untuk timbul pada kondisi-kondisi tertentu yang memungkinkan karena itu infeksi oportunistik bisa disebabkan oleh organisme non patogen (Merati dan Djauzi, 2014). Infeksi ini dapat ditimbulkan oleh patogen yang berasal dari luar tubuh (seperti bakteri, jamur, virus atau protozoa), maupun oleh mikrobiota sudah ada dalam tubuh manusia namun dalam keadaan normal terkendali oleh sistem imun (seperti flora normal usus) (Ariani *et al.*, 2015). Penurunan sistem imun berperan sebagai “oportunitas” atau kesempatan bagi patogen tersebut untuk menimbulkan manifestasi penyakit.

Centers for Disease Control (CDC) mendefinisikan IO sebagai infeksi yang didapatkan lebih sering atau lebih berat akibat keadaan immunosupresi pada penderita HIV (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2009). Infeksi oportunistik yang digolongkan CDC sebagai penyakit terkait AIDS (*AIDS-defining illness*) adalah kriptosporidiosis intestinal (diare kronis >1 bulan); Pneumonia *Pneumocystis carinii* (PCP); strongiloidosis selain pada gastrointestinal (GI); toksoplasmosis dan CMV selain pada hati, limfa dan kelenjar getah bening (KGB); kandidiasis esofagus, bronkus atau paru; kriptokokosis sistem saraf pusat (SSP) atau diseminata; *Mycobacterium avium* dan *M. kansasii* selain pada paru dan KGB; virus herpes simpleks mukokutaneus kronis, paru dan GI; progressive multifocal leucoencephalopathy (PML); sarkoma Kaposi pada usia <60 tahun; limfoma otak; histoplasmosis diseminata; isosporiasis intestinal; limfoma nonHodgkin; pneumonitis interstitial limfoid dan bakteri piogenik multipel pada usia <13 tahun; kokidioidomikosis; ensefalopati HIV; *Mycobacterium tuberculosis*; wasting syndrome; bakteremia *Salmonella*; pneumonia bakteri rekuren; serta kanker serviks invasif (*Centers for Disease Control*, 1993).

B. Epidemiologi Infeksi Oportunistik pada Penderita HIV/AIDS

Infeksi oportunistik merupakan alasan utama rawat inap dan penyebab kematian pasien dengan HIV/AIDS sehingga harus selalu diperhatikan dalam evaluasi pasien dengan HIV/AIDS. Infeksi oportunistik merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas orang dengan HIV/AIDS baik di negara maju maupun negara berkembang. Diperkirakan sekitar sepertiga kematian ODHA dikarenakan infeksi oportunistik . IO yang sering ditemukan di Indonesia meliputi kandidiasis mulutesofagus 80,8%, tuberkulosis 40,1%; CMV 28,8%; ensefalitis toksoplasma 17,3%; dan pneumonia *Pneumocystis carinii* (Ariani & Suryana, 2014).

The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) melaporkan sebanyak 1,2 juta kematian akibat penyakit terkait AIDS sepanjang tahun 2014 dengan penyebab terbanyak (1 dari 5 kematian) diakibatkan oleh tuberkulosis. Angka ini telah menurun sebesar 42% dibandingkan puncaknya pada tahun 2004. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia melaporkan jumlah kumulatif penderita AIDS (infeksi HIV dengan IO) di Indonesia dari tahun 1987 hingga September 2014 mencapai 55.799, atau sekitar 36,7% dari keseluruhan kasus HIV. ² Case Fatality Rate AIDS di Indonesia juga mengalami penurunan bertahap mulai 13,86% pada tahun 2004 hingga mencapai 0,46% pada tahun 2014.

Jenis patogen penyebab IO bervariasi pada masing-masing wilayah. Infeksi yang sering dijumpai di Amerika dan Eropa antara lain *Pneumocystis jirovecii* pneumonia (PCP), meningitis Kriptokokal, Cytomegalovirus (CMV) dan Toksoplasmosis, sedangkan di negara berkembang seperti Asia Tenggara, TB menjadi IO yang tersering (Agarwal et al, 2017).

C. Pencegahan dan Penatalaksanaan Spesifik Infeksi Oportunistik yang Tersering pada Penderita HIV di Indonesia

1. Tuberkulosis

Tuberkulosis merupakan infeksi oportunistik tersering (40%) pada infeksi HIV dan menjadi penyebab kematian paling tinggi pada ODHA. Infeksi TB dan HIV saling berhubungan, HIV menyebabkan progresivitas infeksi TB menjadi TB aktif, sebaliknya infeksi TB membantu replikasi dan penyebaran HIV serta berperan dalam aktivasi infeksi HIV yang laten.⁵ Sebagian besar orang yang terinfeksi kuman TB tidak menjadi sakit TB karena mempunyai sistem imun yang baik, dan dikenal sebagai infeksi TB laten. Infeksi TB laten tersebut tidak infeksius dan asimtomatis, namun dengan mudah dapat

berkembang menjadi TB aktif pada orang dengan sistem imun yang menurun, seperti pada ODHA. Pasien TB dengan HIV positif atau ODHA dengan TB disebut sebagai pasien ko-infeksi TB-HIV (Kemenkes DJP3L, 2012).

Infeksi TB dapat terjadi pada jumlah CD4+ berapapun, namun pasien dengan jumlah CD4+ <200cells/ μ l memiliki risiko yang lebih tinggi sehingga direkomendasikan pemberian ART dan obat anti TB (OAT).^{5,8} Penanganan ko-infeksi TB-HIV selalu mendahulukan terapi TB sebelum inisiasi ART dengan pertimbangan menghindari interaksi OAT dengan ARV, toksisitas obat, kepatuhan minum obat dan juga mencegah terjadinya IRIS.

a. Pencegahan Koinfeksi TB-HIV

Pencegahan paparan terhadap infeksi TB di fasilitas pelayanan kesehatan dapat dilakukan dengan menempatkan pasien TB atau yang dicurigai TB secara terpisah dari pasien lain terutama pasien HIV (*Centers for Disease Control and Prevention, 2009*). Pusat pelayanan kesehatan, pelayanan paru rumah sakit, lembaga permasyarakatan, penampungan tuna wisma atau populasi imigran tertentu dapat menjadikan pasien berisiko tinggi terpapar *M. tuberculosis*. Pasien dapat dikonseling mengenai risiko aktivitas tersebut dan manfaat penggunaan masker untuk mencegah penularan (Kaplan & Masur, 2008).

Pencegahan penyakit dapat dilakukan dengan memberikan terapi pada infeksi TB laten. Pasien HIV yang pertama kali diidentifikasi, harus dites akan adanya infeksi *M. tuberculosis*, salah satunya dengan tes kulit tuberkulin (tuberculin skin test/TST). Semua pasien HIV, tanpa mempertimbangkan umur, dengan hasil tes positif untuk infeksi *M. tuberculosis* namun tanpa adanya bukti TB aktif dan tanpa riwayat terapi untuk TB aktif atau laten harus diterapi sebagai infeksi TB laten. Terapi pilihan untuk TB laten adalah isoniazid 300 mg/hari peroral (PO) selama 9 bulan,

dengan efektivitas dan tolerabilitas yang baik serta toksisitas yang jarang.

b. Penatalaksanaan Koinfeksi TB-HIV

Prinsip penatalaksanaan pasien koinfeksi TB-HIV adalah pemberian pengobatan TB dengan segera. Pengobatan TB pada pasien yang belum pernah mendapat ART adalah memulai OAT terlebih dahulu, selanjutnya baru ART. Inisiasi ART dapat dimulai setelah pengobatan TB ditoleransi dengan baik, dengan rekomendasi paling cepat 2 minggu dan paling lambat 8 minggu setelah OAT dimulai, tanpa menghentikan OAT.^{23,28} Inisiasi ART dalam 2-4 minggu setelah OAT dapat menekan perkembangan infeksi HIV, namun memiliki insiden efek samping dan terjadinya reaksi paradoksikal IRIS yang lebih tinggi.²⁴ Inisiasi ART dalam 4-8 minggu setelah OAT memiliki kelebihan dapat membedakan obat spesifik penyebab efek samping, menurunkan risiko IRIS dan meningkatkan kepatuhan pasien.^{6,24} Inisiasi ART harus dimulai dalam 2 minggu setelah mulai pengobatan TB pada pasien dengan CD4 < 50 sel/ μ L (Kemenkes, 2014).

Pengobatan TB pada pasien yang sedang dalam pengobatan ART dapat dimulai minimal di rumah sakit yang petugasnya telah dilatih TB-HIV, untuk memantau adanya interaksi obat ataupun terjadinya IRIS. Pemberian ART tetap dilanjutkan.

2. Diare Kriptosporidial

Diare merupakan salah satu masalah yang sering dijumpai pada ODHA, yaitu didapatkan pada 30-60% kasus di negara maju dan mencapai 90% di negara berkembang.³¹ Parasit protozoa Kriptosporidium menjadi patogen utama dari diare kronis pada kelompok tersebut, dengan penyebab terbanyak adalah *Cryptosporidium parvum* (71.4%) (Patel et al, 2015;

Beeching et al, 2011). Kriptosporidiosis termasuk dalam penyakit terkait AIDS sesuai panduan CDC yang umumnya terjadi saat jumlah sel T CD4+ <200cells/ μ L.8 Gambaran klinis kriptosporidiosis adalah diare kronis (>1 bulan) dengan kotoran yang cair, dehidrasi, nyeri perut dan penurunan berat badan (Kumar & Singh, 2014).

a. Pencegahan Diare Kriptosporidial

Kriptosporidiosis ditularkan dari tertelannya ookista melalui penyebaran fekal-oral dari manusia ke manusia atau hewan ke manusia. Penyebaran ini terjadi melalui kontak langsung atau melalui air yang terkontaminasi. Kontak seksual, terutama kontak yang melibatkan hubungan rektal, merupakan cara penyebaran organisme ini (Kaplan & Masur, 2004). Pasien HIV dapat mengurangi kemungkinan terkena kriptosporidia dengan menghindari paparan terhadap sumber penularan tersebut. Pasien harus waspada bahwa banyak dari sumber air yang dapat terkontaminasi sehingga direkomendasikan untuk merebus air sebelum diminum (Beeching et al, 2011).

b. Penatalaksanaan Diare Kriptosporidial

Tidak ada obat yang diketahui efektif untuk mencegah penyakit atau rekurensi (Beeching *et al*, 2011). Gejala kriptosporidiosis didapatkan menghilang seiring dengan membaiknya status imun setelah pemberian ART sehingga ART perlu terus dilanjutkan untuk mencegah relaps (Kemenkes, 2014). Beberapa data menyatakan bahwa rifabutin atau klaritromisin saat digunakan untuk mencegah penyakit *M. avium* juga akan mengurangi insiden kriptosporidiosis, namun data tersebut belum cukup meyakinkan untuk merekomendasikan obat untuk tujuan ini (Kaplan & Masur, 2008). Pasien dengan diare yang sangat berat perlu ditambahkan agen anti-kriptosporidia untuk memastikan ART dapat diabsorpsi dengan cukup. Dapat digunakan paromomisin 4x500 mg/hari PO atau

2x1 g/hari PO selama 12 minggu, dipadukan dengan azitromisin 500 mg/hari PO maupun digunakan sendiri. Alternatif terapi lain yang dapat dipakai adalah nitazoksanid 2x500 mg/hari PO selama 3 hari hingga 12 minggu. Terapi suportif yang penting dilakukan meliputi hidrasi, koreksi elektrolit, antimotilitas dan suplementasi nutrisi (Kemenkes, 2014; Beeching *et al*, 2011).

3. Kandidiasis Mukokutaneus

Secara alamiah *Candida* ditemukan dipermukaan tubuh manusia (mukokutan), bila terjadi suatu perubahan pada inang, jamur penyebab atau keduanya maka terjadi infeksi. Kandidiasis secara umum mudah dilihat pada palatum mole. Pada awalnya dapat pula terlihat lesi pada sepanjang perbatasan gingival. Kandidiasis persisten berupa eksudat berwarna putih yang sering disertai dengan eritematous pada mukosa (Martin, 2008; Williams & Lewis, 2011).

Gejala kandidiasis orofaring berupa rasa sakit terbakar, sensasi rasa yang berubah atau gangguan mengecap, dan kesukaran untuk menelan makanan cair atau padat. Pada banyak pasien dapat asimptomatik. Kebanyakan kandidiasis orofaring terdiri dari 3 bentuk, yaitu pseudomembran (berupa plak berwarna putih pada mukosa bukal, gusi atau lidah), eritematosa dan cheilitis angularis atau hiperplastik kronis kandidiasis (leukoplakia, cheilitis pada sudut mulut) (Martin, 2008; Li *et al*, 2013)

Kandidiasis orofaringeal merupakan IO tersering pada penderita HIV, mencapai 80-90% kasus pada masa pre-ART. Sebagian besar kasus disebabkan oleh *Candida albicans* dan paling sering didapatkan pada jumlah sel T CD4+ <200 cells/ μ L (Centers for Disease Control and Prevention, 2009). Hasil penelitian di Rumah Sakit dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta mendapatkan bahwa IO

yang tersering adalah kandidiasis orofaringeal (80,8%), demikian juga di RSUP dr. Kariadi Semarang yang mendapatkan kandidiasis orofaringeal pada 79% kasus. Kandidiasis orofaringeal bermanifestasi sebagai plak atau patch berwarna putih seperti krim yang dapat dikerok dengan punggung skalpel dan menampakkan jaringan mukosa berwarna merah cerah di bawahnya. Manifestasi ini disebut sebagai pseudomembran dan paling sering didapatkan pada palatum durum, mukosa gusi atau bukal serta permukaan dorsal lidah.

a. Pencegahan Kandidiasis Mukokutaneus

Kandida sangat banyak terdapat di lingkungan. Semua manusia dikolonisasi oleh organisme ini sehingga pencegahan paparan Kandida bukan merupakan langkah yang akan berhasil untuk mengurangi insiden penyakit Kandida. Kandida yang resisten flukonazol sering ditemukan pada tempat pelayanan kesehatan, sehingga perlu penggunaan barrier pencegahan untuk mengurangi superinfeksi pada pasien.

Kemoprofilaksis primer dengan flukonazol efektif untuk menurunkan frekuensi kandidiasis namun pemberian jangka panjang berbiaya mahal, terkait dengan toksisitas dan interaksi obat serta menyebabkan terbentuknya ragi yang resisten azol. Tambahan pula, Kandida hampir tidak pernah menyebabkan penyakit invasif. Kandidiasis mukosal dapat diterapi dengan segera pada sebagian besar kasus, sehingga sebagian besar klinisi tidak merekomendasikan profilaksis primer untuk kandidiasis.

b. Penatalaksanaan Kandidiasis Mukokutaneus

Rekomendasi terapi untuk kandidiasis oral berupa suspensi nistatin kumur 4x4-6 ml PO, flukonazol kapsul 4x100-400 mg/hari PO atau itrakonazol 4x200 mg/hari PO yang diberikan selama 7-14 hari,

sedangkan untuk kandidiasis esofagus dapat diberikan flukonazol 4x200 mg/hari PO atau intravena (IV), itrakonazol 4x200 mg/hari PO maupun amfoterisin B 0,6-1 mg/kg/hari IV selama 14-21 hari.²³ Golongan azol merupakan pilihan utama untuk kandidiasis oral dan esofageal karena efektif dan risiko relaps yang rendah. Strategi yang paling penting untuk penanganan pasien HIV dengan kandidiasis adalah pemberian ART yang dimulai segera setelah didapatkan gejala kandidiasis.³² Kandidiasis jarang dilaporkan menyebabkan IRIS (Cartledge & Freedman, 2011).

4. Ensefalitis Toksoplasmik

Toksoplasmosis serebri adalah penyakit yang disebabkan oleh infeksi protozoa *Toxoplasma gondii* varian *gondii* atau *gatii* di dalam sistem saraf manusia (Kemenkes, 2014). Organisme ini merupakan parasit intraselluler yang menyebabkan infeksi asimtomatik pada 80% manusia sehat, tetapi menjadi berbahaya pada penderita HIV/AIDS (Kumar & Singh, 2014). Ensefalitis merupakan manifestasi utama toksoplasmosis dan paling sering berasal dari reaktivasi infeksi laten. Toksoplasmosis merupakan penyebab infeksi SSP yang sering pada pasien HIV/AIDS dan biasanya didapatkan pada jumlah CD4+ <200 sel/ μ L. Gejala klinisnya meliputi demam, nyeri kepala dan defisit neurologis fokal (Kumar & Singh, 2014).

a. Pencegahan Ensefalitis Toksoplasmik

Pasien yang terinfeksi HIV harus dites antibodi IgG terhadap Toksoplasma untuk mendeteksi adanya infeksi laten (Kemenkes, 2014). Individu yang seropositif merupakan kandidat kemoprofilaksis saat jumlah limfosit T CD4+ turun <100 sel/ μ L dengan pilihan terapi berupa kotrimoksazol (TMP-SMX) sediaan forte (960 mg) sekali sehari PO.

Toxoplasma gondii ditularkan ke manusia melalui tertelannya daging yang tidak dimasak dengan matang atau dengan tertelannya ookista pada kotoran kucing secara tidak sengaja (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2009). Sebagian besar penyakit pada manusia muncul akibat reaktivasi infeksi laten, walaupun beberapa kasus terjadi akibat infeksi akut yang didapat saat dewasa. Pasien HIV dapat mengubah perilaku mereka untuk mengurangi risiko paparan Toksoplasma dengan memakan daging yang benar-benar matang dan menghindari kontak dengan kotoran kucing yang berisiko infeksi (Kaplan & Masur, 2008; Kemenkes, 2014).

b. Penatalaksanaan Ensefalitis Toksoplasmik

Panduan CDC untuk terapi ensefalitis toksoplasmik adalah kombinasi pirimetamin (dosis pertama 200 mg PO dilanjutkan 3x25 mg/hari) + sulfadiazin 4x1500 mg PO + leukovorin 3x10-20 mg/hari PO selama 6 minggu.²⁴ Pilihan pengobatan yang tersedia di Indonesia adalah kombinasi pirimetamin dan klindamisin 3-4 x 300-450 mg/hari PO disertai suplemen asam folinat 10-20 mg/hari yang diberikan selama 6 minggu (Kemenkes, 2014).

5. Pneumonia *Pneumocystis*

Infeksi awal *P. jirovecii* umumnya terjadi pada masa kanak-kanak awal dan *Pneumocystis jirovecii pneumonia* (PCP) terjadi akibat reaktivasi fokus infeksi laten atau akibat paparan baru melalui udara (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2009). Gambaran klinis PCP terkait HIV berupa demam, batuk tidak berdahak dan dispnea. Radiografi dada merupakan landasan diagnostik dan menunjukkan opasitas bilateral, simetris, interstitial atau granuler (Huang et al, 2011). Sebelumnya, *Pneumocystis jirovecii pneumonia* didapatkan pada 70-80% pasien dengan AIDS dengan angka mortalitas 20-40% walaupun telah mendapat pengobatan.¹⁵ Hampir

90% kasus terjadi pada jumlah sel T CD4+ <200 sel/ μ L atau <14%.⁴² Faktor lain yang terkait dengan peningkatan risiko PCP meliputi episode PCP sebelumnya, kandidiasis oral, pneumonia bakteri rekuren, penurunan berat badan serta viral load plasma yang tinggi ((Benson *et al*, 2004).

a. Pencegahan Pneumonia Pneumocystis

Kemoterapi telah terbukti mencegah PCP dan memperpanjang kelangsungan hidup pada pasien HIV. Pasien dengan jumlah sel T CD4+ <200 sel/mm³ atau <14%, serta pasien dengan riwayat PCP dan kandidiasis orofaringeal harus diberi kemoprofilaksis PCP.

b. Penatalaksanaan Pneumonia Pneumocystis

Terapi pilihan untuk PCP adalah TMP-SMX (TMP 15-20 mg/kg/hari + SMZ 75-100 mg/kg/hari) IV dibagi dalam 3-4 dosis selama 21 hari. Terapi alternatif dapat digunakan klindamisin 3-4 x 600-900 mg IV atau 4x300-450 mg PO + primakuin 15-30 mg/hari PO selama 21 hari bila pasien alergi terhadap sulfa.²³ Pasien dengan PCP berat dianjurkan pemberian kortikosteroid berupa prednison 2x40 mg PO selama 5 hari pertama, selanjutnya 40 mg/hari pada hari 6-10, kemudian 20 mg/hari dari hari 11-21. Metilprednisolon IV diberikan dengan dosis 75% dosis prednison (Benson *et al*, 2004).

Kejadian efek samping TMP-SMX cukup tinggi, berupa ruam kulit (termasuk sindroma Stevens-Johnson), demam, leukopenia, trombositopenia, azotemia, hepatitis, hiperkalemia, mual dan muntah, pruritus dan anemia. Terapi suportif dan simptomatis terhadap efek tersebut perlu diusahakan sebelum

menghentikan TMP-SMX (Kaplan & Masur, 2008; Benson *et al* , 2004).

D. Faktor-faktor Risiko Perkembangan Infeksi Oportunistik

Ada beberapa faktor risiko yang menyebabkan peningkatan atau resistensi terhadap infeksi oportunistik, diantaranya yaitu:

1. Terapi Imunomodulator

Imunomodulator merupakan terapi yang paling sering digunakan untuk mengatasi infeksi akibat virus, bakteri, parasit, dan jamur. Namun, dalam waktu yang bersamaan terjadi mekanisme yang berbeda dimana obat-obat ini dapat menyebabkan timbulnya infeksi. Toruner *et al.* (2008) mengemukakan bahwa penggunaan kortikosteroid menyebabkan timbulnya infeksi jamur (*Candida spp.*), Azathioprine menyebabkan infeksi virus dan terapi anti-TNF (tumor necrosis factor) menyebabkan infeksi jamur dan mikobakterium.

2. Paparan Patogen dan Keadaan Geografis

Paparan patogen dan keadaan geografis tertentu dapat menyebabkan penyebaran dari infeksi oportunistik meningkat. Hal ini terutama terjadi pada orang-orang dengan sistem kekebalan tubuh yang lemah terpapar secara langsung oleh patogen.

3. Usia

Pada orang-orang yang berusia lanjut akan terjadi disregulasi fungsi imun yang menyebabkan kerentanan terhadap infeksi, kanker, dan penyakit autoimun.

4. Komorbid

Faktor-faktor komorbid seperti penyakit paru kronik, alkoholisme, gangguan organik di otak, dan diabetes melitus menyebabkan infeksi oportunistik lebih mudah terjadi. Hal ini dikarenakan penyakit-penyakit tersebut menyebabkan gangguan supresi imun secara nyata.

5. Malnutrisi

Malnutrisi merupakan mayoritas penyebab penurunan fungsi imun dikarenakan meningkatnya pemakaian metabolisme berlebihan dalam waktu yang lama. Sehingga terjadi defisiensi nutrisi yang menyebabkan gangguan cell- mediated immunity, penurunan fungsi fagosit, produksi sitokin, dan sekresi antibodi, serta gangguan sistem komplemen (Rahier *et al.*, 2014).

BAB 12

ANTIRETROVIRAL(ARV)

1. Tujuan Umum

Mahasiswa memahami tentang Antiretroviral (ARV).

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mengetahui pengertian Antiretroviral (ARV).
- b. Mahasiswa mengetahui klasifikasi terapi antiretroviral
- c. Mahasiswa mengetahui efek samping obat
- d. Mahasiswa mengetahui tata laksana pemberian ARV
- e. Mahasiswa mengetahui kepatuhan terapi ARV

3. Materi

Latar Belakang

Human Immunodeficiency Virus (HIV) secara perlahan merusak sistem kekebalan tubuh kemudian orang yang terinfeksi HIV tersebut jatuh sakit karena tubuh tidak bisa memerangi penyakit. Orang dengan HIV membutuhkan pengobatan dengan Antiretroviral atau ARV guna menurunkan jumlah virus HIV dalam tubuh agar tidak masuk dalam stadium AIDS. Orang yang sudah terjangkit AIDS membutuhkan pengobatan ARV untuk mencegah terjadinya infeksi oportunistik atau berbagai macam penyakit infeksi yang dapat berakibat fatal dengan berbagai macam komplikasinya (Departemen Kesehatan R.I, 2014). Penemuan obat antiretroviral (ARV) pada tahun 1996 mendorong suatu revolusi dalam perawatan ODHA di negara maju. Meskipun belum mampu menyembuhkan penyakit dan menambah tantangan dalam hal efek samping serta resistensi kronis terhadap obat, namun secara dramatis terapi ARV menurunkan angka kematian dan kesakitan, meningkatkan kualitas hidup ODHA, dan meningkatkan harapan masyarakat, sehingga pada saat ini HIV dan AIDS telah di terima sebagai penyakit yang dapat di kendalikan dan tidak lagi dianggap sebagai penyakit yang menakutkan.

A. Antiretroviral

Pengobatan antiretroviral (ARV) kombinasi merupakan terapi terbaik bagi pasien terinfeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV) hingga saat ini. Tujuan utama pemberian ARV adalah untuk menekan jumlah virus (viral load), sehingga akan meningkatkan status imun pasien HIV dan mengurangi kematian akibat infeksi oportunistik (Karyadi, 2017).

Antiretroviral selain sebagai antivirus juga berguna untuk mencegah penularan HIV kepada pasangan seksual, maupun penularan HIV dari ibu ke anaknya. Hingga pada akhirnya diharapkan mengurangi jumlah kasus orang terinfeksi HIV baru di berbagai negara (*World Health Organization*, 2016).

B. Klasifikasi Terapi Antiretroviral

Menurut Asboe & Pozniak (2010) serta Flexner (2011) terdapat lima klasifikasi dari regimen ARV, yaitu:

Tabel 6. Klasifikasi Regimen ARV

NRTIs	NNRTIs	Protease Inhibitors	Entry Inhibitors	Integrase Inhibitors
Zidovudine	Nevirapine	Saquinavir	Enfuvirtide	Raltegravir
Didanosine	Efavirenz	Indinavir	Maraviroc	
Stavudine	Delavirdine	Ritonavir		
Zalcitabine	Lamivudine	Nelfinavir		
Lamivudine	Etravirin	Amprenavir		
Abacavir		Lopinavir		
Tenofovir		Atazanavir		
Disoproxil		Fosamprenavir		
Emtricitabine		Tipranavir		
		Darunavir		

C. Efek Samping Obat

Menurut Jain & Mathai (2010), berbagai bentuk efek samping dapat ditimbulkan oleh terapi berdasarkan golongan obatnya. Berikut adalah efek samping pada terapi ARV :

Tabel 7. *Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors* (NRTIs)

Nama Obat	Efek Samping
Zidovudine	Mual, sakit kepala, lelah, anemia neutropenia, myopati, insomnia, perubahan warna pada kuku.
Lamivudine	Anemia, risiko memburuknya hepatitis B setelah penghentian menggunakan lamivudine.
Didanosine	Neuropati perifer, pancreatitis, lactic acidosis.
Stavudine	Neuropati perifer, toksisitas hati.
Zalcitabine	Neuropati perifer, stomatitis, oesofagitis, ulser, pankreatitis.
Emtricitabine	Sakit kepala, mual, muntah, dan diare.
Abacavir	Malaise, demam, mual, muntah, diare, nyeri perut.
Tenofovir	Sakit kepala, mual, muntah.

Tabel 8. *Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors* (NNRTIs)

Nama Obat	Efek Samping
Nevirapine	Steven Johnson Syndrome, hepatitis.
Efavirenz	Pusing, mimpi yang tidak wajar, insomnia, hindari kehamilan.

Delavirdine	Rash, sakit kepala.
-------------	---------------------

Tabel 9. Protease Inhibitors

Nama Obat	Efek Samping
Indinavir	Mual, batu ginjal, hepatitis, hiperglikemia, insomnia, neutropenia, anemia hemolitik, sakit kepala.
Lopinavir	Efek samping ringan pada saluran cerna
Nelfinavir	Diare, mual, demam.
Ritonavir	Mual, diare, mati rasa pada bibir sampai lima minggu.
Saquinavir	Mual, diare, nyeri perut.
Atazanavir	Sakit kepala, kemerahan pada kulit.
Tipranavir	Mual, muntah, diare, nyeri perut.
Amprenavir	Mual, kemerahan pada kulit.
Fosamprenavir	Mual, kemerahan pada kulit.

Tabel 10. Fusion Inhibitor

Nama Obat	Efek Samping
Enfuvirtide	Efek dari injeksi menimbulkan gatal, eritema. Reaksi hipersensitif, insomnia, periferal neuropati, myalgia

D. Tata Laksana Pemberian ARV

1. Saat Memulai Terapi ARV

Untuk memulai terapi antiretroviral perlu dilakukan pemeriksaan jumlah CD4 (bila tersedia) dan penentuan stadium klinis infeksi HIV-nya. Hal tersebut adalah untuk menentukan apakah penderita sudah memenuhi syarat terapi antiretroviral atau belum. Berikut ini adalah

rekomendasi cara memulai terapi ARV pada ODHA dewasa.

a. Tidak tersedia pemeriksaan CD4

Dalam hal tidak tersedia pemeriksaan CD4, maka penentuan mulai terapi ARV adalah didasarkan pada penilaian klinis.

b. Tersedia pemeriksaan CD4

Rekomendasi :

- 1) Mulai terapi ARV pada semua pasien dengan jumlah CD4 <350 sel/mm³ tanpa memandang stadium klinisnya.
- 2) Terapi ARV dianjurkan pada semua pasien dengan TB aktif, ibu hamil dan koinfeksi Hepatitis B tanpa memandang jumlah CD4.

Tabel 11. Saat memulai terapi ARV pada ODHA dewasa

Target Populasi	Stadium Klinis	Jumlah Sel CD4	Rekomendasi
ODHA dewasa	Stadium klinis 1 dan 2	> 350 sel/mm ³	Belum mulai terapi. Monitor gejala klinis dan jumlah sel CD4 setiap 6-12 bulan
		< 350 sel/mm ³	Mulai terapi
	Stadium klinis 3 dan 4	Berapapun jumlah sel CD4	Mulai terapi
Pasien dengan ko-infeksi TB	Apapun Stadium klinis	Berapapun jumlah sel CD4	Mulai terapi
Pasien dengan ko-infeksi Hepatitis B Kronik aktif	Apapun Stadium klinis	Berapapun jumlah sel CD4	Mulai terapi
Ibu Hamil	Apapun Stadium klinis	Berapapun jumlah sel CD4	Mulai terapi

2. Memulai Terapi ARV pada Keadaan Infeksi Oportunistik (IO) yang Aktif

Infeksi oportunistik dan penyakit terkait HIV lainnya yang perlu pengobatan atau diredakan sebelum terapi ARV dapat dilihat dalam tabel di bawah ini.

Tabel 12. Tatalaksana IO sebelum memulai terapi ARV

Jenis Infeksi Oportunistik	Rekomendasi
Progresif Multifokal Leukoencephalopathy, Sarkoma Kaposi, Mikrosporidiosis, CMV, Kriptosporidiosis	ARV diberikan langsung setelah diagnosis infeksi ditegakkan
Tuberkulosis, PCP, Kriptokokosis, MAC	ARV diberikan setidaknya 2 minggu setelah pasien mendapatkan pengobatan infeksi oportunistik

3. Paduan ARV Lini Pertama yang Dianjurkan

Pemerintah menetapkan paduan yang digunakan dalam pengobatan ARV berdasarkan pada 5 aspek yaitu:

- a) Efektivitas
- b) Efek samping / toksisitas
- c) Interaksi obat
- d) Kepatuhan
- e) Harga obat

Prinsip dalam pemberian ARV adalah

- a) Paduan obat ARV harus menggunakan 3 jenis obat yang terserap dan berada dalam dosis terapeutik. Prinsip tersebut untuk menjamin efektivitas penggunaan obat.
- b) Membantu pasien agar patuh minum obat antara lain dengan mendekatkan akses pelayanan ARV .
- c) Menjaga kesinambungan ketersediaan obat ARV dengan menerapkan manajemen logistik yang baik.

➤ Anjuran pemilihan Obat ARV Lini Pertama

Paduan yang di tetapkan oleh pemerintah untuk lini pertama adalah :

2NRTI + 1 NNRTI

Paduan Lini pertama yang di rekomendasikan pada orang dewasa yang belum pernah mendapat terapi ARV (*treatment-naïve*).

Tabel 13. Paduan obat ARV lini pertama

Populasi Target	Pilihan yang direkomendasikan	Catatan
Dewasa dan anak	AZT atau TDF + 3TC (atau FTC) + EFV atau NVP	Merupakan pilihan paduan yang sesuai untuk sebagian besar pasien Gunakan FDC jika tersedia
Perempuan hamil	AZT + 3TC + EFV atau NVP	Tidak boleh menggunakan EFV pada trimester pertama TDF bisa merupakan pilihan
Ko-infeksi HIV/TB	AZT atau TDF + 3TC (FTC) + EFV	Mulai terapi ARV segera setelah terapi TB dapat ditoleransi (antara 2 minggu hingga 8 minggu) Gunakan NVP atau triple NRTI bila EFV tidak dapat digunakan
Ko-infeksi HIV/Hepatitis B kronik aktif	TDF + 3TC (FTC) + EFV atau NVP	Pertimbangkan pemeriksaan HbsAg terutama bila TDF merupakan paduan lini pertama. Diperlukan penggunaan 2 ARV yang memiliki aktivitas anti-HBV

4. Berbagai pertimbangan dalam penggunaan dan pemilihan paduan terapi ARV

a. Memulai dan Menghentikan Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NNRTI)

Nevirapine dimulai dengan dosis awal 200 mg setiap 24 jam selama 14 hari pertama dalam paduan ARV lini pertama bersama AZT atau TDF + 3TC. Bila tidak ditemukan tanda toksisitas hati, dosis dinaikkan menjadi 200 mg setiap 12 jam pada hari ke-15 dan selanjutnya. Mengawasi terapi dengan dosis rendah tersebut diperlukan karena selama 2 minggu pertama terapi NVP menginduksi metabolismenya sendiri. Dosis awal tersebut juga mengurangi risiko terjadinya ruam dan hepatitis oleh karena NVP yang muncul dini.

Bila NVP perlu dimulai lagi setelah pengobatan dihentikan selama lebih dari 14 hari, maka diperlukan kembali pemberian dosis awal yang rendah tersebut. Cara menghentikan paduan yang mengandung NNRTI :

- 1) Hentikan NVP atau EFV
- 2) Teruskan NRTI (2 obat ARV saja) selama 7 hari setelah penghentian Nevirapine dan Efavirenz, (ada yang menggunakan 14 hari setelah penghentian Efavirenz) kemudian hentikan semua obat. Hal tersebut guna mengisi waktu paruh NNRTI yang panjang dan menurunkan risiko resistensi NNRTI.

b. Pilihan pemberian Triple NRTI

Regimen triple NRTI digunakan hanya jika pasien tidak dapat menggunakan obat ARV berbasis NNRTI, seperti dalam keadaan berikut:

- 1) Ko-infeksi TB/HIV, terkait dengan interaksi terhadap Rifampisin
- 2) Ibu Hamil, terkait dengan kehamilan dan ko-infeksi TB/HIV

3) Hepatitis, terkait dengan efek hepatotoksik karena NVP/EFV/PI

Anjuran paduan triple NRTI yang dapat dipertimbangkan adalah

AZT+3TC +TDF

Penggunaan Triple NRTI dibatasi hanya untuk 3 bulan lamanya, setelah itu pasien perlu di kembalikan pada penggunaan lini pertama karena supresi virologisnya kurang kuat.

c. Paduan Obat ARV yang Tidak Dianjurkan

Tabel 14. Paduan ARV yang tidak dianjurkan

Paduan ARV	Alasan tidak dianjurkan
Mono atau dual terapi untuk pengobatan infeksi HIV kronis	Cepat menimbulkan resisten
d4T + AZT	Antagonis (menurunkan khasiat kedua obat)
d4T + ddi	Toksisitas tumpang tindih (pankreatitis, hepatitis dan lipoatrofi) Pernah dilaporkan kematian pada ibu hamil
3TC + FTC	Bisa saling menggantikan tapi tidak boleh digunakan secara bersamaan
TDF + 3TC + ABC atau TDF + 3TC + ddi	Paduan tersebut meningkatkan mutasi K65R dan terkait dengan seringnya kegagalan virologi secara dini
TDF + ddi + NNRTI manapun	Seringnya kegagalan virologi secara dini

5. Terapi ARV pada Populasi Khusus

a. Terapi ARV untuk ibu hamil

Terapi antiretroviral/ARV/HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy) dalam program PMTCT (Prevention Mother to Child Transmission – PPIA = Pencegahan Penularan Ibu ke Anak) adalah penggunaan obat antiretroviral jangka panjang (seumur hidup) untuk mengobati perempuan hamil HIV positif dan mencegah penularan HIV dari ibu ke anak. Pemberian obat antiretroviral dalam program PMTCT/PPIA ditujukan pada keadaan seperti terpapar berikut ini.

Tabel 15. Pemberian Antiretroviral pada ibu hamil dengan berbagai Situasi Klinis

No	Situasi Klinis	Rekomendasi Pengobatan (Paduan untuk Ibu)
1	ODHA dengan indikasi Terapi ARV dan kemungkinan hamil atau sedang hamil	<ul style="list-style-type: none"> • AZT + 3TC + NVP atau • TDF + 3TC(atau FTC) + NVP <p>Hindari EFV pada trimester pertama</p> <ul style="list-style-type: none"> • AZT + 3TC + EVF* atau • TDF + 3TC (atau FTC) + EVF*
2	ODHA sedang menggunakan Terapi ARV dan kemudian hamil	<ul style="list-style-type: none"> • Lanjutkan paduan (ganti dengan NVP atau golongan PI jika sedang menggunakan EFV pada trimester I) • Lanjutkan dengan ARV yang sama selama dan sesudah persalinan

3	ODHA hamil dengan jumlah CD4 >350/mm ³ atau dalam stadium klinis 1.	ARV mulai pada minggu ke 14 kehamilan Paduan sesuai dengan butir 1
4	ODHA hamil dengan jumlah CD4 < 350/mm ³ atau dalam stadium klinis 2, 3 atau 4	Segera Mulai Terapi ARV
5	ODHA hamil dengan Tuberkulosis aktif	OAT yang sesuai tetap diberikan Paduan untuk ibu, bila pengobatan mulai trimester II dan III: • AZT (TDF) + 3TC + EFV
6	Ibu hamil dalam masa persalinan dan tidak diketahui status HIV	• Tawarkan tes dalam masa persalinan; atau tes setelah persalinan. • Jika hasil tes reaktif maka dapat diberikan paduan pada butir 1
7	ODHA datang pada masa persalinan dan belum mendapat Terapi ARV	• Paduan pada butir 1

b. Terapi ARV untuk Ko-infeksi Tuberkulosis

Rekomendasi terapi ARV pada Ko-Infeksi Tuberkulosis

- 1) Mulai terapi ARV pada semua individu HIV dengan TB aktif, berapapun jumlah CD4.
- 2) Gunakan EFV sebagai pilihan NNRTI pada pasien yang memulai terapi ARV selama dalam terapi TB.
- 3) Mulai terapi ARV sesegera mungkin setelah terapi TB dapat ditoleransi. Secepatnya 2 minggu dan tidak lebih dari 8 minggu.

Tabel 16. Terapi ARV untuk Pasien Ko-infeksi TB-HIV

CD4	Paduan yang Dianjurkan	Keterangan
Berapapun jumlah CD4	<p>Mulai terapi TB. Gunakan paduan yang mengandung EFV (AZT atau TDF) + 3TC + EFV (600 mg/hari). Setelah OAT selesai maka bila perlu EFV dapat diganti dengan NVP Pada keadaan dimana paduan berbasis NVP terpaksa digunakan bersamaan dengan pengobatan TB maka NVP diberikan tanpa lead-in dose (NVP diberikan tiap 12 jam sejak awal terapi)</p>	Mulai terapi ARV segera setelah terapi TB dapat ditoleransi (antara 2 minggu hingga 8 minggu)
CD4 tidak mungkin diperiksa	Mulai terapi TB.	Mulai terapi ARV segera setelah terapi TB dapat ditoleransi (antara 2 minggu hingga 8 minggu)

E. Kepatuhan Terapi ARV

Kepatuhan atau *adherence* pada terapi adalah sesuatu keadaan dimana pasien mematuhi pengobatannya atas dasar kesadaran sendiri, bukan hanya karena mematuhi perintah dokter. Hal ini penting karena diharapkan akan lebih meningkatkan tingkat kepatuhan minum obat. Adherence atau kepatuhan harus selalu dipantau dan dievaluasi secara teratur pada setiap kunjungan. Kegagalan terapi ARV sering diakibatkan oleh ketidak-patuhan pasien mengkonsumsi ARV.

Kepatuhan (*adherence*) merupakan faktor utama dalam mencapai keberhasilan pengobatan infeksi virus HIV. Kepatuhan (*adherence*) adalah minum obat sesuai dosis, tidak pernah lupa, tepat waktu, dan tidak pernah putus. Kepatuhan dalam meminum ARV merupakan faktor terpenting dalam menekan jumlah virus HIV dalam tubuh manusia. Penekanan jumlah virus yang lama dan stabil bertujuan agar sistem imun tubuh tetap terjaga tinggi. Dengan demikian, orang yang terinfeksi virus HIV akan mendapatkan kualitas hidup yang baik dan juga mencegah terjadinya kesakitan dan kematian (World Health Organization, 2016).

Keberhasilan pengobatan pada pasien HIV dinilai dari tiga hal, yaitu keberhasilan klinis, keberhasilan imunologis, dan keberhasilan virologis. Keberhasilan klinis adalah terjadinya perubahan klinis pasien HIV seperti peningkatan berat badan atau perbaikan infeksi oportunistik setelah pemberian ARV. Keberhasilan imunologis adalah terjadinya perubahan jumlah limfosit CD4 menuju perbaikan, yaitu naik lebih tinggi dibandingkan awal pengobatan setelah pemberian ARV. Sementara itu, keberhasilan virologis adalah menurunnya jumlah virus dalam darah setelah pemberian ARV. Target yang ingin dicapai dalam keberhasilan virologis adalah tercapainya jumlah virus serendah mungkin atau di bawah batas deteksi yang dikenal sebagai jumlah virus tak terdeteksi (*undetectable viral load*) (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014)

Ketidakberhasilan mencapai target disebut sebagai kegagalan. Kegagalan virologis merupakan pertanda awal dari kegagalan pengobatan satu kombinasi obat ARV. Setelah terjadi kegagalan virologis, dengan berjalannya waktu akan diikuti oleh kegagalan imunologis dan akhirnya akan timbul kegagalan klinis. Pada keadaan gagal klinis biasanya ditandai oleh timbulnya kembali infeksi oportunistik. Hal ini disebabkan oleh rendahnya jumlah limfosit CD4 akibat terjadinya resistensi virus terhadap ARV

yang sedang digunakan. Kegagalan virologis muncul lebih dini daripada kegagalan imunologis dan klinis. Karena itu, pemeriksaan viral load akan mendeteksi lebih dini dan akurat kegagalan pengobatan dibandingkan dengan pemantauan menggunakan kriteria imunologis maupun klinis, sehingga mencegah meningkatnya morbilitas dan mortalitas pasien HIV (Bonner et al, 2013).

Ketidakpatuhan dalam pengobatan akan membuat ODHA resisten terhadap terapi dan risiko tinggi akan menularkan virus ke orang lain. Ketidakpatuhan dapat disebabkan karena faktor personal/pribadi atau faktor tingkat sistem. Faktor personal meliputi beberapa hal seperti lupa, keengganan menderita efek samping, kurangnya pengetahuan, jumlah pil yang banyak, kurangnya dukungan sosial dan keengganan membuat perubahan gaya hidup yang diperlukan oleh regimen pengobatan (Black & Jacob, 2015).

BAB 13

IMMUNE RECONSTITUTION INFLAMMATORY SYNDROME (IRIS)

1. Tujuan Umum

Mahasiswa memahami *Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome (IRIS)*

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mengetahui Pengertian *Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome (IRIS)*.
- b. Mahasiswa mengetahui Kriteria Diagnosis IRIS
- c. Mahasiswa mengetahui Manifestasi Klinis
- d. Mahasiswa mengetahui patogenesis
- e. Mahasiswa mengetahui faktor resiko

3. Materi

Latar Belakang

Beberapa pasien HIV yang mulai memakai terapi antiretroviral (ART) mengalami masalah kesehatan walaupun HIV-nya mulai terkendali. Kadang kala infeksi yang dimiliki sebelumnya dapat kambuh atau dapat mengembangkan penyakit baru. Kejadian ini dikaitkan dengan pemulihan pada sistem kekebalan tubuh. Masalah tersebut biasanya terjadi dalam dua bulan pertama sejak mulai ART. Kondisi ini, yang disebut sebagai *Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome (IRIS)*, biasa disebut sebagai sindrom pemulihan kekebalan. Sindrom ini juga dikenal sebagai sindrom pulih imun (SPI) dalam kalangan medis. Sindrom ini dapat terjadi pada kurang lebih 20% orang yang mulai memakai ART.

A. Pengertian *Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome (IRIS)*

Sindrom Pulih Imun (SPI) atau *Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome (IRIS)* adalah perburukan kondisi klinis sebagai akibat respons inflamasi berlebihan pada saat

pemulihan respons imun setelah pemberian terapi antiretroviral. Sindrom pulih imun mempunyai manifestasi dalam bentuk penyakit infeksi maupun non infeksi. Manifestasi tersering pada umumnya adalah berupa inflamasi dari penyakit infeksi. Sindrom pulih imun infeksi ini didefinisikan sebagai timbulnya manifestasi klinis atau perburukan infeksi yang ada sebagai akibat perbaikan respons imun spesifik patogen pada ODHA yang berespons baik terhadap ARV.

Mekanisme SPI belum diketahui dengan jelas, diperkirakan hal ini merupakan respon imun berlebihan dari pulihnya sistem imun terhadap rangsangan antigen tertentu setelah pemberian ARV. Insidens sindrom pulih imun secara keseluruhan berdasarkan meta analisis adalah 16.1%. Namun, insidens ini juga berbeda pada tiap tempat, tergantung pada rendahnya derajat sistem imun dan prevalensi infeksi oportunistik dan koinfeksi dengan patogen lain.

Pada saat ini dikenal dua jenis SPI yang sering tumpang tindih, yaitu sindrom pulih imun *unmasking* (*unmasking* IRD) dan sindrom pulih imun paradoksikal.

1. Sindrom pulih imun *unmasking* (*unmasking* IRD)

Jenis *unmasking* menampakkan manifestasi klinis IO yang sebelumnya asimtomatis, namun kemudian menjadi jelas setelah inisiasi ART. Jenis *unmasking* terjadi pada pasien yang tidak terdiagnosis dan tidak mendapat terapi untuk infeksi oportunistiknya dan langsung mendapatkan terapi ARV-nya.

2. Sindrom pulih imun paradoksikal

Pada jenis paradoksikal, pasien telah mendapatkan pengobatan untuk infeksi oportunistiknya. Setelah mendapatkan ARV, terjadi perburukan klinis dari penyakit infeksi tersebut.

Tatalaksana SPI meliputi pengobatan patogen penyebab untuk menurunkan jumlah antigen dan meneruskan terapi ARV. Terapi antiinflamasi seperti obat antiinflamasi non

steroid dan steroid dapat diberikan. Dosis dan lamanya pemberian kortikosteroid belum pasti, berkisar antara 0,5-1 mg/kg/hari prednisolon.

Tabel 17. Penyakit infeksi dan non infeksi penyebab SPI pada ODHA

Penyakit Infeksi		Penyakit non infeksi
Mycobacteria <ul style="list-style-type: none"> • Mycobacterium tuberculosis • Mycobacterium avium complex • Mycobacteria lainnya Cytomegalovirus Herpes viruses Guillain-Barre' syndrome Herpes zoster Herpes simpleks Sarkoma Kaposi's Cryptococcus neoformans Pneumocystis jirovecii pneumonia (PCP)	Histoplasmosis capsulatum Toksoplasmosis Hepatitis B Hepatitis C Lekoensefalitis multifokal progresif Parvovirus B19 [110] Strongyloides stercoralis infection Infeksi parasit lainnya Molluscum contagiosum & kutil genital Sinusitis Folikulitis	Penyakit rematologi/otoimun Artritis rematoid Systemic lupus erythematosus (SLE) Graves disease Penyakit tiroid otoimun Sarkoidosis & reaksi granulomatus Tinta tato Limfoma terkait AIDS Guillain-Barre' syndrome Pneumonitis limfoid intersisial

B. Kriteria Diagnosis IRIS

French et al pada tahun 2004 memaparkan beberapa kriteria untuk diagnosis IRIS, yaitu 2 kriteria mayor atau 1 kriteria mayor dan 2 kriteria minor. Kriteria mayor terdiri dari: (a) tanda dan gejala infeksi oportunistik yang atipikal atau tumor pada pasien yang memberikan respon terhadap terapi ARV dan (b) penurunan $>1 \log_{10}$ kopi RNA HIV.

Kriteria minor terdiri dari: (a) peningkatan sel T CD4 setelah terapi HAART, (b) peningkatan respon imun spesifik terhadap patogen yang relevan, dan (c) penyembuhan spontan dari penyakit atau gejala klinis yang dimaksud tanpa antimikroba atau kemoterapi dengan dilanjutkannya terapi HAART.

International Network Study of HIV-associated IRIS (INSHI) membuat konsensus untuk kriteria diagnosis sindrom pulih imun sebagai berikut :

1. Menunjukkan respons terhadap terapi ARV dengan:
 - a. mendapat terapi ARV
 - b. penurunan viral load > 1 log kopi/ml (jika tersedia)
2. Perburukan gejala klinis infeksi atau timbul reaksi inflamasi yang terkait dengan inisiasi terapi ARV
3. Gejala klinis tersebut bukan disebabkan oleh:
 - a. Gejala klinis dari infeksi yang diketahui sebelumnya yang telah berhasil (Expected clinical course of a previously recognized and successfully treated infection)
 - b. Efek samping obat atau toksisitas
 - c. Kegagalan terapi
 - d. Ketidapatuhan menggunakan ARV

French *et al* pada tahun 2004 memaparkan beberapa kriteria untuk diagnosis IRIS, yaitu 2 kriteria mayor atau 1 kriteria mayor dan 2 kriteria minor. Kriteria mayor terdiri dari: (a) tanda dan gejala infeksi oportunistik yang atipikal atau tumor pada pasien yang memberikan respon terhadap terapi ARV dan (b) penurunan >1 log₁₀ kopi RNA HIV. Kriteria minor terdiri dari: (a) peningkatan sel T CD4 setelah terapi HAART, (b) peningkatan respon imun spesifik terhadap patogen yang relevan, dan (c) penyembuhan spontan dari penyakit atau gejala klinis yang dimaksud tanpa antimikroba atau kemoterapi dengan dilanjutkannya terapi HAART.

C. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis yang muncul sangat bervariasi dan tergantung dari bahan infeksi atau non-infeksi yang terlibat, sehingga diagnosis menjadi tidak mudah. Pada waktu menegakkan diagnosis SPI perlu dicantumkan penyakit infeksi atau non infeksi yang menjadi penyebabnya (misal IRIS TB, IRIS Toxoplasmosis).

Beberapa manifestasi klinis yang umum didapatkan pada IRIS-TB seperti demam, pembesaran kelenjar limfe, dan perburukan infiltrat yang dapat diamati dari foto toraks dengan atau tanpa gejala sistem pernafasan (Diedrich & Flynn, 2011). Limfadenopati lokal dengan urutan dari yang tersering meliputi: servikal, intratorakal, intraabdomen, aksila, inguinal, difus, dan supraklavikula. Manifestasi CNS seperti meningitis atau abses juga sering dijumpai pada beberapa kasus. Manifestasi serositis berupa efusi pleura, ascites, dan efusi perikard. Beberapa manifestasi klinis yang jarang dijumpai meliputi: gagal ginjal akut, epididimo-orchitis, hiperkalsemia, dan gangguan penglihatan. Lokasi manifestasi klinis IRIS biasanya menggambarkan tempat awal presentasi klinis TB sebelum terapi HAART (French *et al*, 2004).

D. Patogenesis

Konsep IRIS sebagai dampak dari perubahan atau perbaikan imunologis sudah diterima secara luas. Beberapa penelitian menunjukkan perbaikan hitung CD4 yang stabil pada pasien dengan HIV stadium lanjut yang menerima *Highly active antiretroviral therapy* (HAART) lebih dari 3-4 tahun (Smith *et al*, 2003; Kaufmann *et al*, 2003). Fenomena IRIS-TB terjadi karena peningkatan inflamasi dalam jaringan yang dapat memperberat gejala-gejala TB atau merangsang reaktivasi TB laten. Peningkatan respons inflamasi ini mungkin disebabkan oleh peningkatan jumlah antigen yang berlebihan sebagai akibat dari respons inat atau humoral dalam IRIS-TB yang meliputi: pulihnya fungsi

efektor sel T CD4+ dalam granuloma yang dapat membunuh MTB dan melepaskan antigen, disregulasi respons sitokin tipe 2 (interleukin [IL]-4,5,13) menjadi sitokin tipe 1 (interferon [IFN]- γ , IL-2), dan/atau peningkatan migrasi serta aktivasi sel T pada tempat infeksi (Diedrich & Flynn, 2011).

E. Faktor Risiko

Beberapa faktor risiko terjadinya SPI adalah jumlah CD4 yang rendah saat memulai terapi ARV, jumlah virus RNA HIV yang tinggi saat memulai terapi ARV, banyak dan beratnya infeksi oportunistik, penurunan jumlah virus RNA HIV yang cepat selama terapi ARV, belum pernah mendapat ARV saat diagnosis infeksi oportunistik, dan pendeknya jarak waktu antara memulai terapi infeksi oportunistik dan memulai terapi ARV.

Tiga faktor risiko utama yang berhubungan dengan IRIS-TB adalah interval yang pendek antara inisiasi terapi TB dengan HAART, jumlah sel T CD4+ yang rendah (<50-100 sel/mL) dan VL>10⁵ log₁₀/ml pada saat memulai HAART, serta TB diseminata atau ekstrapulmoner.

BAB 14

TERAPI KOMPLEMENTER PASIEN HIV/AIDS

1. Tujuan Umum

Mahasiswa memahami terapi komplementer pada pasien HIV/AIDS.

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mengetahui pengertian terapi komplementer
- b. Mahasiswa mengetahui tujuan terapi komplementer
- c. Mahasiswa mengetahui jenis-jenis terapi komplementer
- d. Mahasiswa mengetahui peran perawat dalam terapi komplementer
- e. Mahasiswa mengetahui penerapan terapi komplementer pada pasien HIV/AIDS
- f. Mahasiswa mengetahui hasil penelitian tentang penggunaan terapi komplementer pada pasien HIV/AIDS.

3. Materi

Latar Belakang

Terapi komplementer akhir-akhir ini menjadi isu di banyak negara. Masyarakat menggunakan terapi ini dengan alasan keyakinan, keuangan, reaksi obat kimia dan tingkat kesembuhan. Perawat mempunyai peluang terlibat dalam terapi ini, tetapi memerlukan dukungan hasil-hasil penelitian (*evidence-based practice*). Pada dasarnya terapi komplementer telah didukung berbagai teori, seperti teori Nightingale, Roger, Leininger, dan teori lainnya. Terapi komplementer dapat digunakan di berbagai level pencegahan. Perawat dapat berperan sesuai kebutuhan klien (Widyatuti, 2008).

Klien yang menggunakan terapi komplementer memiliki beberapa alasan. Salah satu alasannya adalah filosofi holistik pada terapi komplementer, yaitu adanya harmoni dalam diri dan promosi kesehatan dalam terapi komplementer. Alasan lainnya karena klien ingin terlibat untuk pengambilan keputusan dalam pengobatan dan peningkatan kualitas hidup

dibandingkan sebelumnya. Sejumlah 82% klien melaporkan adanya reaksi efek samping dari pengobatan konvensional yang diterima menyebabkan memilih terapi komplementer (Snyder & Lindquis, 2002).

Pengobatan utama penyakit HIV/AIDS menggunakan pengobatan konvensional yaitu kombinasi obat Antiretroviral, Prinsip utama pengobatan ARV hanya untuk mengendalikan replikasi virus, tidak dapat membunuh virus HIV. Selain modalitas terapi konvensional, orang dengan HIV/AIDS (ODHA) sering menggunakan *Complementary and alternatif medicine* (CAM) atau dikenal dengan pengobatan alternatif dan komplementer. Pengobatan alternatif dan komplementer didefinisikan sebagai berbagai macam pengobatan baik praktik maupun produk pengobatan yang bukan merupakan bagian pengobatan konvensional atau pengobatan dengan resep dokter. Pengobatan alternatif dan komplementer tidak hanya terbatas pada tumbuhan herbal, tetapi juga mencakup penggunaan vitamin dan mineral alam lainnya. Selain itu juga terdapat terapi body and mind medicine yang meliputi meditasi, yoga, dan akupunktur (Permatasari *et al.*, 2020).

A. Pengertian Terapi Komplementer

Terapi komplementer dikenal dengan terapi tradisional yang digabungkan dalam pengobatan modern. Komplementer adalah penggunaan terapi tradisional ke dalam pengobatan modern (Andrews *et al.*, 1999). Terminologi ini dikenal sebagai terapi modalitas atau aktivitas yang menambahkan pendekatan ortodoks dalam pelayanan kesehatan (Crips & Taylor, 2001). Terapi komplementer juga ada yang menyebutnya dengan pengobatan holistik. Pendapat ini didasari oleh bentuk terapi yang mempengaruhi individu secara menyeluruh yaitu sebuah keharmonisan individu untuk mengintegrasikan pikiran, badan, dan jiwa dalam kesatuan fungsi (Smith *et al.*, 2004).

Pendapat lain menyebutkan terapi komplementer dan alternatif sebagai sebuah domain luas dalam sumber daya pengobatan yang meliputi sistem kesehatan, modalitas, praktik dan ditandai dengan teori dan keyakinan, dengan cara berbeda dari sistem pelayanan kesehatan yang umum di masyarakat atau budaya yang ada (*Complementary and alternative medicine/CAM Research Methodology Conference*, 1997 dalam Snyder & Lindquis, 2002). Terapi komplementer dan alternatif termasuk didalamnya seluruh praktik dan ide yang didefinisikan oleh pengguna sebagai pencegahan atau pengobatan penyakit atau promosi kesehatan dan kesejahteraan.

Definisi tersebut menunjukkan terapi komplementer sebagai pengembangan terapi tradisional dan ada yang diintegrasikan dengan terapi modern yang mempengaruhi keharmonisan individu dari aspek biologis, psikologis, dan spiritual. Hasil terapi yang telah terintegrasitersebut ada yang telah lulus uji klinis sehingga sudah disamakan dengan obat modern. Kondisi ini sesuai dengan prinsip keperawatan yang memandang manusia sebagai makhluk yang holistik (bio, psiko, sosial, dan spiritual).

B. Tujuan Terapi Komplementer

Terapi komplementer bertujuan untuk memperbaiki fungsi dari sistem-sistem tubuh, terutama sistem kekebalan dan pertahanan tubuh agar tubuh dapat menyembuhkan dirinya sendiri yang sedang sakit, karena tubuh kita sebenarnya mempunyai kemampuan untuk menyembuhkan dirinya sendiri, asalkan kita mau mendengarkannya dan memberikan respon dengan asupan nutrisi yang baik dan lengkap serta perawatan yang tepat.

C. Jenis-jenis Terapi Komplementer

Terapi komplementer ada yang invasif dan non-invasif. Contoh terapi komplementer invasif adalah akupuntur dan cupping (bekam basah) yang menggunakan jarum dalam

pengobatannya. Sedangkan jenis non-invasif seperti terapi energi (reiki, chikung, tai chi, prana, terapi suara), terapi biologis (herbal, terapi nutrisi, food combining, terapi jus, terapi urin, hidroterapi colon dan terapi sentuhan modalitas; akupresur, pijat bayi, refleksi, reiki, rolfing, dan terapi lainnya (Hitchcock et al., 1999)

Jenis pelayanan pengobatan komplementer berdasarkan Permenkes RI Nomor: 1109/Menkes/2007 sebagai berikut :

1. Intervensi tubuh dan pikiran meliputi hipnoterapi, mediasi, penyembuhan spiritual, do'a dan yoga.
2. Sistem pelayanan pengobatan alternative meliputi akupuntur, akupresur, natropati, aromaterapi.
3. Pengobatan farmaklogi dan biologi meliputi jamu, herbal.
4. Diet dan nutrisi untuk pencegahan dan pengobatan : diet makro nutrient dan diet mikro nutrient.
5. Akupuntur : suatu metode tradisional china yang menghasilkan analgesia atau perubahan fungsi system tubuh dengan cara memasukkan jarum tipis disepanjang rangkaian garis atau jalur yang disebut meridian. Manipulasi jarum langsung pada meridian energy akan mempengaruhi organ interna dengan pengalihan qi (shi).
6. Akupresur : Sebuah ilmu penyembuhan dengan menekan, memijat, mengurut bagian dari tubuh untuk mengurangi rasa nyeri, menghasikan analgesia, atau mengatur fungsi tubuh.
7. Meditasi : Praktik yang ditujukan pada diri untuk merelaksasi tubuh dan menekankan pikiran menggunakan ritme pernapasan yang berfokus.
8. Psikoterapi : Pengobatan kelainan mental dan emosional dengan teknik psikologi.
9. Yoga : Teknik yang berfokus pada susunan otot, postur, mekanisme pernapasan, dan kesadaran tubuh. Tujuan yoga adalah memperoleh kesejahteraan mental dan fisik melalui pencapaian kesempurnaan tubuh dengan

olahraga, mempertahankan postur tubuh, pernapasan yang benar, dan meditasi.

10. Terapi Relaksasi : Teknik terapi relaksasi meliputi meditasi, hipnotis dan relaksasi otot. Walaupun tehnik-tehnik ini bisa mengurangi stress dan membuat tubuh lebih bugar, tetapi masih belum jelas efektifitasnya.

National Center for Complementary/Alternative Medicine (NCCAM) membuat klasifikasi dari berbagai terapi dan sistem pelayanan dalam lima kategori yaitu :

1. Kategori pertama, mind-body therapy yaitu memberikan intervensi dengan berbagai teknik untuk memfasilitasikapasitas berpikir yang mempengaruhi gejala fisik dan fungsi tubuh misalnya perumpamaan (*imagery*), yoga, terapi musik, berdoa, *journaling*, *biofeedback*, humor, tai chi, dan terapi seni.
2. Kategori kedua, Alternatif sistem pelayanan yaitu sistem pelayanan kesehatan yang mengembangkan pendekatan pelayanan biomedis berbeda dari Barat misalnya pengobatan tradisional Cina, Ayurvedia, pengobatan asli Amerika, *cundarismo*, *homeopathy*, *naturopathy*.
3. Kategori ketiga dari klasifikasi NCCAM adalah terapi biologis, yaitu natural dan praktik biologis dan hasil-hasilnya misalnya herbal, makanan).
4. Kategori keempat adalah terapi manipulatif dan sistem tubuh. Terapi ini didasari oleh manipulasi dan pergerakan tubuh misalnya pengobatan kiropraksi, macam-macam pijat, rolfing, terapi cahaya dan warna, serta hidroterapi.
5. Kategori kelima, terapi energi yaitu terapi yang fokusnya berasal dari energi dalam tubuh (*biofields*) atau mendatangkan energi dari luar tubuh misalnya terapeitik sentuhan, pengobatan sentuhan, reiki, external qi gong, magnet. Klasifikasi kategori kelima ini biasanya dijadikan satu kategori berupa kombinasi antara *biofield* dan bioelektromagnetik (Snyder & Lindquis, 2002).

Klasifikasi lain menurut Smith et al (2004) meliputi gaya hidup (pengobatan holistik, nutrisi), botanikal (homeopati, herbal, aromaterapi); manipulatif (kiropraktik, akupresur & akupunktur, refleksi, massage); mind-body (meditasi, guided imagery, biofeedback, color healing, hipnoterapi). Jenis terapi komplementer yang diberikan sesuai dengan indikasi yang dibutuhkan. Contohnya pada terapi sentuhan memiliki beberapa indikasinya seperti meningkatkan relaksasi, mengubah persepsi nyeri, menurunkan kecemasan, mempercepat penyembuhan, dan meningkatkan kenyamanan dalam proses kematian (Hitchcock et al., 1999).

D. Peran Perawat dalam Terapi Komplementer

Peran perawat yang dapat dilakukan dari pengetahuan tentang terapi komplementer diantaranya sebagai konselor, pendidik kesehatan, peneliti, pemberi pelayanan langsung, koordinator dan sebagai advokat. Sebagai konselor perawat dapat menjadi tempat bertanya, konsultasi, dan diskusi apabila klien membutuhkan informasi ataupun sebelum mengambil keputusan. Sebagai pendidik kesehatan, perawat dapat menjadi pendidik bagi perawat di sekolah tinggi keperawatan seperti yang berkembang di Australia dengan lebih dahulu mengembangkan kurikulum pendidikan (Crips & Taylor, 2001). Peran perawat sebagai peneliti di antaranya dengan melakukan berbagai penelitian yang dikembangkan dari hasil-hasil *evidence-based practice*.

Perawat dapat berperan sebagai pemberi pelayanan langsung misalnya dalam praktik pelayanan kesehatan yang melakukan integrasi terapi komplementer (Snyder & Lindquis, 2002). Perawat lebih banyak berinteraksi dengan klien sehingga peran koordinator dalam terapi komplementer juga sangat penting. Perawat dapat mendiskusikan terapi komplementer dengan dokter yang merawat dan unit manajer terkait. Sedangkan sebagai advokat perawat berperan untuk memenuhi permintaan

kebutuhan perawatan komplementeryang mungkin diberikan termasuk perawatan alternatif (Smith *et al.*,2004).

E. Penerapan Terapi Komplementer pada Pasien HIV AIDS

Para pengidap HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), dengan pemenuhan nutrisi dan ketenangan spiritual bisa memperpanjang harapan hidup mereka. Terapi alternative komplementer, seperti; akupunktur, akupressur, meditasi, dan mengonsumsi tanaman obat dapat menambah daya tahan tubuh dan pertumbuhan sel-sel imun. Ketenangan spiritual dan nutrisi peningkat daya tahan membuat virus lebih jinak dan memperlambat perkembangannya dalam tubuh manusia, sehingga memberi kesempatan CD4 yaitu sel pembentuk daya tahan tubuh untuk berkembang dan memperbanyak diri.

Akupunktur dan akupressur diberikan untuk memperkuat organ-organ vital, seperti : paru-paru, ginjal, lambung, dan limpa, pada masa awal infeksi HIV. Sebelum daya tahan tubuh dan sel- sel CD4 turun karena infeksi HIV.

Berikut ini beberapa terapi yang dapat diterapkan pada pasien HIV/AIDS yaitu:

1. Terapi informasi

Untuk mengetahui ‘terapi informasi’, mungkin kita harus mencari arti kata ‘terapi’ terlebih dahulu. Dalam kamus, definisi terapi adalah “usaha untuk memulihkan kesehatan orang yang sedang sakit”. Tidak disebut “usaha medis” dan juga tidak disebut penyembuhan penyakit. Maka kita bisa paham bahwa terapi adalah lebih luas daripada sekedar pengobatan atau perawatan. Apa yang dapat memberi kesenangan, baik fisik maupun mental, pada seseorang yang sedang sakit dapat dianggap terapi.

Kita cenderung menganggap ‘terapi’ sebagai suatu yang fisik: pil, jamu, pijat, akupuntur. Jarang kita dengar ‘informasi dianggap sebagai terapi. Terapi informasi melatarbelakangi semua bentuk terapi lain. Tanpa informasi, bagaimana kita dapat mengetahui tentang

berbagai terapi yang ada? Apakah terapi itu efektif? Untuk gejala apa? Dimana terapi itu tersedia? Bagaimana kita dapat memperolehnya? Dan berapa harganya?

Terapi informasi bukan sekedar pengetahuan. Kita ambil contoh seseorang yang baru dites HIV dan hasilnya ternyata positif. Setelah lewat rasa terkejut (shock), banyak pertanyaan akan muncul: apa itu AIDS? Apa bedanya dengan HIV? Bagaimana kelanjutannya? Bagaimana penularannya? Apa pengobatannya? Gejalanya apa? Orang yang baru ditentukan terinfeksi HIV (serta keluarga dan sahabatnya) pertama akan merasa mati kutu. Konseling pasca (atau sesudah) tes yang paling sempurna pun tidak mungkin dapat menjawab semua pertanyaan kita dan kita tidak berada dalam keadaan untuk bertanya, atau pun menanggapi jawaban. Pasti kita merasa muram, kita tidak dapat membayangkan masa depan. Apa pengobatan untuk depresi ini? Bukan obat, bukan pengobatan medis, tetapi jawaban terhadap pertanyaan kita. Informasi, dengan bentuk dan bahasa yang dapat kita pahami dan pada waktu kita perlukan. Informasi akan mengobati ketidakpahaman kita, depresi kita, memulihkan dan menyelakan jiwa kita. Dan seperti halnya berbagai macam terapi, terapi informasi adalah suatu perjalanan, sebuah proses yang akan berlangsung secara terus-menerus.

Ketakutan terhadap hal yang tak dikenal adalah macam ketakutan yang buruk. Kita semua pernah mengalami kekhawatiran yang diakibatkan oleh ketakutan kita tahu dampaknya terhadap tidur, nafsu makan, terhadap kemampuan kita untuk melanjutkan kehidupan kita sehari-hari. Kita semua tahu bagaimana ketakutan ini dapat memengaruhi kesehatan kita sendiri. Stres dapat mempengaruhi system kekebalan tubuh, jadi dalam keadaan stres, kita lebih mungkin terinfeksi penyakit seperti flu dan ini juga akan menambah rasa khawatir dan takut, terutama bagi ODHA.

Pertolongan pertama untuk mengobati ketakutan terhadap hal yang tak diketahui adalah informasi yang jelas dan tepat. Bila kita mulai memahami apa arti menjadi HIV-positif, kita dapat mulai menerima penyakit ini, mungkin bahwa itu bukan vonis mati, dan mulai merencanakan tanggapan kita sendiri yaitu kumpulan terapi lain yang kita akan mengukutinya. Dengan adanya perencanaan dan tindakanya, rasa ketakutan akan berkurang dan stres yang terkait dengannya akan mulai menurun juga. Jadi, informasi dapat membantu seseorang jadi paham.

2. Terapi spiritual

Dewasa ini konsep kedokteran moderen mengenai pengobatan ialah dengan pertimbangan aspek biopsikososial. Artinya pengobatan tidak hanya berusaha untuk mengembalikan fungsi fisik seseorang tetapi juga fungsi psikis dan social. Pendekatan ini menepatkan kembali pengobatan spiritual sebagai salah satu cara pengobatan dalam upaya penyembuhan penderita.

Di Indonesia pengobatan spiritual biasanya dikaitkan dengan agama. Seseorang pemeluk agama islam misalnya cenderung untuk menjalani pengobatan spiritual yang dilaksanakan sesuai ajaran agama islam, misalnya berzikir, berdoa, berpuasa, sholat hajat dan lain-lain. Dalam agama lain juga terdapat kegiatan ritual untuk penyembuhan baik yang dibimbing oleh rohaniawan maupun yang dilakukan sendiri. Odha dapat memilih untuk menjalankan pengobatan spiritual sesuai dengan agamanya atau pengobatan spiritual yang berlaku umum. Bila dia memilih pengobatan spiritual yang sesuai dengan agamanya maka kegiatan tersebut tidak asing lagi baginya serta mendukung jemaah yang dikenal dan akrab akan mempermudah sosialisasi.

Hasil penelitian Astuti *et al* (2015) menyatakan bahwa SEFT (*Spiritual Emotional Freedom Technique*) diduga

dapat menjadi salah satu terapi komplementer yang membantu menurunkan tingkat depresi pada ibu rumah tangga dengan HIV, karena SEFT merupakan penggabungan antara sistem kerja energy psychology dengan kekuatan spiritual sehingga memiliki efek berlipat ganda. Depresi yang tidak tertanggulangi dengan baik dapat menurunkan sistem imunitas penderita HIV (Nursalam dan Kurniawati, 2011). SEFT merupakan salah satu terapi komplementer yang dapat digunakan untuk menurunkan tingkat depresi. Keefektifan SEFT terletak pada penggabungan antara *Spiritual Power* dengan *Energy Psychology*. *Spiritual Power* memiliki lima prinsip utama yaitu ikhlas, yakin, syukur, sabar dan khusyu. *Energy Psychology* merupakan seperangkat prinsip dan teknik memanfaatkan sistem energi tubuh untuk memperbaiki kondisi pikiran, emosi dan perilaku (Freinstein dalam Zainudin, 2012).

3. Terapi nutrisi

Nutrisi yang sehat dan seimbang diperlukan pasien HIV /AIDS untuk mempertahankan kekuatan, meningkatkan fungsi sistem imun, meningkatkan kemampuan tubuh untuk memerangi infeksi, dan menjaga orang yang hidup dengan HIV/AIDS tetap aktif dan produktif. Defisiensi vitamin dan mineral bisa dijumpai pada orang dengan HIV, dan defisiensi sudah terjadi sejak dini walaupun pada ODHA mengonsumsi makanan dengan gizi berimbang. Defisiensi terjadi karena HIV menyebabkan kehilangan nafsu makan dan gangguan absorbs zat gizi. Di unit perawatan intermediet penyakit terdapat 87% ODHA dengan berat badan di bawah normal.

Sebagian besar para ODHA dan keluarga mengatakan bahwa nafsu makanya menurun sehingga frekuensi makan juga berkurang. Keadaan ini dimanfaatkan oleh HIV untuk berkembang lebih cepat. Di samping itu daya tahan tubuh untuk melawan HIV menjadi berkurang.

Untuk mendapatkan nutrisi yang sehat dan berimbang, ODHA sebaiknya mengonsumsi makanan yang bervariasi, seperti makanan pokok, kacang-kacangan, produk susu, daging, serta sayur dan buah-buahan setiap hari, lemak dan gula, dan meminum banyak air bersih dan aman. Bila diperlukan bisa diberikan zat gizi mikro dalam bentuk suplemen makanan seperti jus buah dan sayur.

Nutrisi yang sehat dan seimbang harus selalu diberikan bagi pasien HIV/AIDS pada semua tahap infeksi. Perawatan dan dukungan nutrisi bagi pasien berfungsi untuk :

- a. Mempertahankan kekuatan tubuh dan berat badan
- b. Mengganti kehilangan vitamin dan mineral
- c. Meningkatkan fungsi sistem imun dan kemampuan tubuh untuk memerangi infeksi
- d. Memperpanjang periode dari infeksi hingga perkembangan menjadi penyakit AIDS
- e. Meningkatkan respon terhadap pengobatan, mengurangi waktu dan uang yang dihabiskan untuk perawatan kesehatan
- f. Menjaga orang yang hidup dengan HIV/AIDS agar dapat tetap aktif, sehingga memungkinkan mereka untuk merawat diri sendiri, keluarga dan anak-anak mereka
- g. Menjaga orang dengan HIV/AIDS agar tetap produktif, mampu berkerja, tumbuh baik dan tetap berkontribusi terhadap pemasukan keluarga mereka (FAO-WHO, 2002).

Makanan penting bagi tubuh untuk :

- a. Berkembang, mengganti dan memperbaiki sel-sel dan jaringan
- b. Memproduksi energi agar tetap hangat, bergerak dan berkerja
- c. Membawa proses kimia misalnya pencernaan makanan

d. Melindungi melawan, bertahan terhadap infeksi serta membantu proses penyembuhan penyakit.

Makan terdiri atas zat gizi mikro dan makro. Zat gizi mikro dibutuhkan tubuh dalam jumlah kecil, sedangkan zat gizi makro (karbohidrat, protein dan lemak) dibutuhkan dalam jumlah yang lebih banyak (FAO-WHO, 2002).

4. Terapi fisik

Terapi fisik adalah upaya yang bisa dijadikan alternatif pelengkap dalam upaya memperbaiki disfungsi yang berkaitan dengan tubuh yang disebabkan HIV, virus penyebab AIDS. Ada beberapa jenis terapi fisik yang bisa dilakukan antara lain terapi makanan dan jasmani. Pada dasarnya terapi yang dilakukan bisa membuat daya tahan tubuh atau keadaan kekebalan ODHA bisa dipertahankan secara maksimal, juga kondisi fisiknya tetap dilatih agar lebih kuat. Misalnya massa otot orang pada masa AIDS yang biasanya akan menurun drastis, semakin kurus. Saat seseorang mulai menunjukkan gejala, masa otot dan lemak berkurang perlahan namun pasti. Kalau dari awalnya masa otot tidak diperhatikan, maka penampilan serta daya tahan akan sangat berpengaruh.

Beberapa penelitian melaporkan bahwa olahraga dengan tingkat/ kadar sedang ternyata bisa meningkatkan sistem kekebalan tubuh menjadi lebih tinggi. Selama berolahraga, tubuh mengeluarkan berbagai hormon. Antara lain yang berfungsi meningkatkan mutu dan jumlah limfosit B dan T, serta endorfin, dan enkafalin, serta hormon yang berfungsi menurunkan kekebalan seperti suatu hormone yang disebut ACTH. ACTH bekerja meningkatkan kadar kortisol yang berperan menekan produksi sel kekebalan.

Keluarnya hormon tersebut sangat beraneka ragam tergantung beberapa factor, antara lain beratnya latihan. Latihan ringan sampai sedang akan mengeluarkan

hormon yang merangsang pembentukan system kekebalan. Sementara latihan berat yang menimbulkan kelelahan justru sebaliknya, yaitu menekan produksi sel kekebalan. Agar keadaan tubuh tetap stabil lebih baik memilih jenis olahraga yang tidak menimbulkan stress. Seperti jalan kaki dan renang. Terapi jenis jasmani lain yang bisa dilakukan adalah tehnik aromaterapi. Beberapa ahli menyarankan penggunaan wewangian berbagai jenis tumbuhan, seperti lavender. Yoga, meditasi, dan pemijatan merupakan tehnik yang baik untuk dipilih sebagai alternative terapi fisik-jasmani yang lain. Beberapa penelitian membuktikan bahwa jenis olah fisik tersebut mampu menghilangkan stress dan membuat tubuh tenang. Ketenangan yang diperoleh bisa meningkat pembuatan sel kekebalan tubuh di dalam tubuh.

F. Hasil Penelitian tentang Penggunaan Terapi Komplementer pada Pasien HIV/AIDS

Beberapa hasil penelitian tentang penggunaan terapi komplementer pada pasien HIV/AIDS antara lain:

1. Penelitian Astana *et al* (2016) yang berjudul Pengaruh Pemberian Ramuan Jamu Imunostimulan Sebagai Terapi Komplementer Terhadap Kualitas Hidup Penderita HIV/AIDS , didapatkan hasil bahwa Ramuan jamu imunostimulan dapat meningkatkan kualitas hidup penderita HIV/AIDS pada kelompok jamu setelah 28 hari perlakuan. Kualitas hidup penderita HIV/AIDS antara kelompok jamu dan placebo tidak berbeda nyata pada pengukuran hari ke-0, 14 dan 28. Setelah 28 hari, kadar CD4 penderita HIV/AIDS kelompok jamu tidak mengalami perbedaan yang signifikan. Sedangkan pada kelompok placebo, kadar CD4 mengalami penurunan yang signifikan. Selama 28 hari intervensi ramuan jamu imunostimulan dan placebo, tidak ditemukan gejala efek samping yang serius. Pemberian ramuan jamu

imunostimulan dan placebo pada subjek penelitian selama 28 hari tidak mengganggu fungsi hati dan fungsi ginjal.

2. Penelitian Suratih *et al* (2020) dengan judul Aromaterapi Untuk Meningkatkan Kualitas Tidur Pada Pasien HIV/AIDS. Pemberian aromaterapi pada pasien HIV/AIDS yang menjalani terapi berupa minyak essensial lavender sebanyak 1 cc yang ditempatkan dalam tungku aromaterapi yang telah disiapkan setiap malam menjelang tidur selama 5 hari dan didapatkan hasil bahwa ada pengaruh pemberian aromatherapy terhadap kualitas tidur pada pasien HIV/AIDS.

Penderita HIV/AIDS mempunyai berbagai masalah yang perlu diperhatikan, salah satunya adalah gangguan tidur. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Ferreria dan Ceolin (2012); Louis, et al (2012); Taibi (2014) dan Lee, et al (2012) bahwa seseorang dengan infeksi HIV mempunyai kualitas tidur yang buruk. Beberapa faktor yang menjadi penyebab terjadinya gangguan tidur adalah depresi, peningkatan ukuran pinggang (Cianflone, et. Al.2012); penggunaan HAART (*Highly Active Anti Retro Viral*) (Oshinaike, et. Al 2014); penggunaan ARV (Antiretroviral) (Hidayati, et al. 2016); psikologis (depresi dan cemas, masalah fisiologis (kesakitan fisik/ morbiditas akibat virus HIV/AIDS) (Dabaghzadeh *et al.*, 2013).

Salah satu terapi non farmakologis untuk mengurangi gangguan tidur adalah dengan pemakaian Aromatherapy. Aromatherapy adalah salah satu metode keperawatan yang menggunakan bahan cairan tanaman yang mudah menguap atau dikenal sebagai minyak essensial, dan senyawa aromatik lainnya dari tumbuhan yang bertujuan untuk mempengaruhi suasana hati atau kesehatan seseorang (Purwanto, 2013).

3. Penelitian Fitriani *et al* (2014) judul Potensi Teh Kulit Buah Naga Merah (*Hylocereus Polyrhizus*) Sebagai

Terapi Komplementer Untuk Menurunkan Infeksi Oportunistik Pada Penderita HIV-AIDS. Hasil penelitian menyatakan bahwa :

- a. Teh dari kulit buah naga merah (*Hylocereus Polyrhizus*) mempunyai potensi sebagai agen terapi infeksi oportunistik pada penderita HIV-AIDS dikarenakan mengandung beberapa senyawa antioksidasi seperti flavonoid. Pengaruh flavonoid di dalam teh tersebut terutama dalam menurunkan angka kejadian rekurensi lesi yang disebabkan oleh infeksi jamur, bakteri, dan virus.
 - b. Pemilihan sediaan teh adalah pilihan yang terbaik karena selain akan lebih memudahkan penderita untuk mengonsumsinya juga agar senyawa baik yang terkandung didalamnya seperti flavonoid akan dapat langsung diserap oleh tubuh tanpa perlu melalui mekanisme kimiawi yang akan merubah keefektivasnya.
 - c. Mekanisme flavonoid pada kulit buah naga merah sebagai agen terapi infeksi oportunistik melalui berbagai cara diantaranya, menghambat reaksi oksidasi, mengganggu permeabilitas membran sel jamur, serta memiliki aktivitas penghambatan pada bakteri gram positif sehingga dapat merusak fungsi dinding sel dan akan menyebabkan sel menjadi lisis.
4. Penelitian Aziza (2018) dengan judul Pengaruh Terapi Do'a Terhadap Kadar Limfosit Pasien AIDS, didapatkan hasil bahwa pemberian terapi do'a selama 30 menit dua kali sehari berpengaruh secara signifikan kadar CD4 pasien HIV/AIDS di RSUD dr. M. Haulussy Ambon. Hasil ini dapat dijadikan salah satu terapi keperawatan untuk memenuhi kebutuhan spiritual pasien. Manajer keperawatan dapat menyusun kebijakan yang mengatur bahwa perawat dalam memberikan asuhan keperawatan bersifat holistik meliputi aspek spiritual, membuat

program agar perawat dapat melakukan asuhan keperawatan spiritual kepada klien.

5. Penelitian Kasih *et al* (2015) dengan judul Pengaruh Terapi *Spiritual Emotional Freedom Technique* (SEFT) Terhadap Perubahan Skor Depresi Pada Orang Dengan HIV-AIDS (ODHA). Hasil penelitian menunjukkan terdapat pengaruh terapi SEFT terhadap perubahan skor depresi pada orang dengan HIV-AIDS (ODHA).

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah virus yang menyerang sel-sel darah putih yang berperan pada sistem kekebalan tubuh manusia. Permasalahan yang cenderung terjadi pada Orang dengan HIV-AIDS (ODHA) salah satunya adalah depresi. Secara tidak langsung depresi pada ODHA berdampak pada fungsi kekebalan tubuhnya dimana ditandai dengan penurunan jumlah sel T-Helper (CD4) dan kepatuhan terhadap pengobatan ARV serta mengakibatkan tekanan emosional (energi negatif) dalam tubuh. Depresi dapat diatasi salah satunya dengan melakukan terapi SEFT.

6. Penelitian Angelika *et al* (2019) dengan judul Penerapan *Art Therapy* Untuk Meningkatkan *Self-Compassion* Pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA). Hasil penelitian menunjukkan bahwa *art therapy* efektif meningkatkan *self-compassion* pada ODHA.

HIV telah menjadi masalah kesehatan yang utama. HIV akan berdampak pada fisik, finansial, sosial, dan psikologis. Dampak tersebut mengakibatkan individu memiliki *self-compassion* yang rendah. *Self-compassion* rendah tercermin dalam sikap dan perilaku negatif yang merugikan dirinya sendiri. *Art therapy* sebagai salah satu terapi yang dinyatakan efektif untuk mengatasi permasalahan psikologis dan meningkatkan kualitas diri individu, juga memiliki potensi dalam meningkatkan *self-compassion*.

BAB 15

DRUG HOLIDAY/DRUG VACATION PADA ODHA

1. Tujuan Umum

Mahasiswa memahami *Drug Holiday/Drug Vacation* Pada ODHA.

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mengetahui pengertian *Drug Holiday/Drug Vacation*.
- b. Mahasiswa mengetahui alasan *drug holiday*
- c. Mahasiswa mengetahui penghentian sementara sebelum mengganti obat
- d. Mahasiswa mengetahui resiko *drug holiday*

3. Materi

Latar Belakang

Drug holiday tidak terdengar seperti sesuatu yang akan diresepkan oleh dokter, tetapi terkadang hal itu bisa terjadi seperti yang diperintahkan dokter. Karena keputusan yang dibuat antara klien dan dokter, lupa menggunakan obat, kehabisan pil, atau menghentikan pengobatan tanpa mendiskusikan perubahannya dengan dokter. Dalam istilah medis, liburan pengobatan disebut sebagai "penghentian pengobatan terstruktur", dan mengharuskan keputusan bersama dibuat untuk jangka waktu berjam-jam, berhari-hari, atau berbulan-bulan, dan untuk alasan tertentu.

Mengambil istirahat terencana dari pengobatan HIV terkadang disebut 'penghentian pengobatan terstruktur'. Terkadang juga disebut sebagai 'liburan narkoba'. Istirahat pengobatan tidak direkomendasikan dalam pedoman pengobatan HIV saat ini. Ada banyak penelitian tentang jeda pengobatan, dan ini menunjukkan cenderung ada lebih banyak risiko daripada manfaat. Secara khusus, sebuah penelitian besar yang dihentikan pada tahun 2006 (penelitian SMART) menemukan bahwa orang yang mengambil jeda pengobatan berdasarkan jumlah CD4,

mereka berisiko menjadi sakit bukan hanya karena penyakit terkait HIV, tetapi juga karena penyakit jantung, ginjal, dan penyakit hati dan beberapa jenis kanker. *The National Institutes of Health* (NIH) juga melaporkan bahwa *drug holiday* dapat mempercepat perkembangan penyakit pada beberapa orang yang terinfeksi HIV (*Public Health Reports*, 2004).

A. Pengertian *Drug Holiday/Drug Vacation*

Terapi berdenyut berarti *terapi anti-retroviral* (ART) yang dihentikan sementara secara terencana, dibawah pengawasan dokter. Istilah yang sering dipakai dalam bahasa inggris adalah "*structured treatment interruption / STI*", walaupun orang awam sering menyebutnya "*drug holiday*" (liburan dari obat). Terapi berdenyut adalah penghentian penggunaan semua obat dalam kombinasi ART seketika. Setelah itu, terapi dimulai lagi sesuai dengan beberapa rumusan.

Drug Holiday pada ODHA adalah liburan obat pada ODHA dengan periode yang direncanakan dimana pasien berhenti minum obat selama beberapa waktu. Seorang dokter mungkin bisa merekomendasikan liburan obat untuk membantu pasien untuk mempertahankan kepekaan terhadap obat, untuk melihat bagaimana fungsi tubuh tanpa obat untuk mengurangi efek samping.

B. Alasan *Drug Holiday*

Penggunaan ART tidak mudah untuk sebagian besar orang. Ada yang mengalami efek samping yang cukup berat. Ada yang merasa tidak berdaya dengan kepatuhan yang dibutuhkan terus-menerus agar viral load ditekan di bawah tingkat terdeteksi dan untuk menghindari terbentuk resistansi terhadap obat. Walaupun kita paham bahwa kita membutuhkan terapi ini untuk menyelamatkan jiwa penderita, setelah beberapa tahun mungkin kita merasa bosan dengan hidup kita yang dikendalikan oleh obat dan

efek sampingnya; ini disebut sebagai kelelahan atau kejenuhan terapi (treatment fatigue).

Oleh karena itu, muncul keinginan untuk berhenti memakai obat untuk jangka waktu tertentu. Keinginan ini diperkuat oleh laporan bahwa *viral load* beberapa orang yang berhenti ART tetap ditekan di bawah tingkat terdeteksi. Alasan mengapa ini terjadi belum jelas, dan masih dalam penelitian lebih lanjut. Ada beberapa pilihan yang sedang diteliti.

Ada yang berhenti untuk waktu tertentu, kemudian kembali memakai ART lagi untuk waktu tertentu, kemudian berhenti lagi, dan seterusnya selang-seling. Jangka waktu penggunaan dan penghentian dapat satu minggu, atau beberapa minggu bahkan bulan. Ada juga yang memantau jumlah CD4 dan/ atau viral load, dan kembali memakai obat waktu CD4 turun di bawah jumlah tertentu atau viral load naik menjadi angka tertentu. Dua penelitian besar terhadap kedua macam penghentian terapi ini baru-baru dihentikan. Ada lebih banyak kasus AIDS dan infeksi lanjutan di antara peserta yang berhenti terapinya. Jadi tampaknya penghentian sementara ini tidak berhasil dan dapat membahayakan.

Ada maksud lain untuk berhenti terapi dimana sistem kekebalan tubuh hanya dapat dirangsang untuk melawan kuman kalau kuman tersebut berada dalam jumlah cukup banyak. Waktu memakai ART secara berhasil, jumlah virus menjadi sangat kecil, yang ditunjukkan oleh viral load yang tidak terdeteksi. Hal itu berarti upaya melawan virus hanya dilakukan oleh obat, bukan oleh sistem kekebalan tubuh. Beberapa peneliti menganggap bahwa bila berhenti terapi secara sementara, 'ledakan' virus yang diakibatkan akan merangsang sistem kekebalan untuk bekerja seperti seharusnya, dengan harapan virus dapat dikendalikan tanpa dibutuhkan terapi. Pendekatan ini tampaknya mungkin berhasil untuk sejumlah kecil orang yang mulai ART di waktu dini pada masa infeksi primer.

C. Penghentian Sementara sebelum Mengganti Obat

Beberapa orang dengan virus yang resistan terhadap sebagian besar obat antiretroviral (ARV) yang tersedia. Untuk orang yang tidak mempunyai pilihan lain, beberapa peneliti mengusulkan mereka berhenti terapinya untuk beberapa waktu sebelum mencoba “terapi keselamatan (*salvage therapy*)”, yaitu terapi yang dicoba setelah beberapa rejimen yang sudah terpakai tidak efektif lagi akibat resistansi. Yang dimaksud dengan penghentian ini adalah agar jenis virus yang resistan dapat dikalahkan oleh jenis yang asli, yang disebut sebagai tipe liar, yang peka terhadap obat. Ada kesan bahwa hal ini memang terjadi, tetapi manfaatnya cepat hilang. Virus yang resistan sebenarnya tidak pernah hilang, tetapi disimpan di beberapa tempat persembunyian seperti kelenjar getah bening. Setelah virus liar dikendalikan lagi oleh obat, virus resistan mulai bereplikasi, dan cepat menjadi dominan.

D. Resiko Drug Holiday

Sama seperti manfaatnya, selalu ada risiko yang harus dipertimbangkan jika menghentikan pengobatan untuk sementara. Beberapa potensi risiko *drug holiday* meliputi kehilangan efektivitas obat, memburuknya gejala kondisi yang ditangani obat, komplikasi dari kondisi yang sedang ditangani obat, risiko kambuh, meningkatnya risiko kepatuhan pengobatan yang buruk.

Penderita pada ODHA penghentian /liburan obat adalah tidak bermanfaat atau mungkin dapat membahayakan pasien. Orang dengan HIV AIDS harus minum obat anti retroviral setiap hari, karena obat ARV berfungsi menghambat perkembangan sel virus dalam tubuh. Jika berhenti minum obat kemungkinan virus HIV akan bertambah banyak yang mengakibatkan sistem imun menurun. Jadi artinya pasien HIV jangan sampai putus minum obat, risikonya menularkan kepada orang lain, juga akan semakin berat kondisinya.

Liburan obat pada ODHA tidak boleh mencoba sendiri karena minum obat rutin untuk penderita HIV AIDS adalah suatu kepatuhan yang harus dilaksanakan. Kepatuhan minum obat akan menentukan kesehatan kembali pada ODHA. Jadi liburan obat pada penderita ODHA harus dipertimbangkan secara matang dan harus konsultasi pada ahlinya, karena *drug holiday* pada ODHA sangat tidak bermanfaat (*New England Journal of Medicine*, 2003). *Drug holiday* telah diusulkan sebagai metode untuk mendapatkan kembali kepekaan obat terhadap antiretroviral serta untuk mengurangi toksisitas obat pada pasien yang terinfeksi HIV. Namun penelitian baru menunjukkan bahwa menghentikan pengobatan sebenarnya bisa berbahaya, bahkan jenis virus menjadi resistif kembali (Josefson, 2003).

BAB 16

TINJAUAN AGAMA TENTANG HIV/AIDS

1. Tujuan Umum

Mahasiswa memahami tinjauan agama tentang HIV/AIDS.

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mengetahui aspek agama pada ODHA
- b. Mahasiswa mengetahui peran agama
- c. Mahasiswa mengetahui sikap masyarakat
- d. Mahasiswa mengetahui HIV/ AIDS dalam perspektif agama
- e. Mahasiswa mengetahui pencegahan HIV/ AIDS
- f. Mahasiswa mengetahui penanggulangan HIV/ AIDS

3. Materi

Latar Belakang

Jumlah kasus HIV/ AIDS dari tahun ke tahun semakin meningkat. *United Nations Programme on HIV/ AIDS* telah melaporkan jumlah manusia yang hidup dengan HIV sebesar 36, 7 juta (30,8-42,9 juta), dewasa (lebih dari 15 tahun) sebesar 34,5 juta (28,8-40,2 juta), wanita lebih dari 15 tahun 17,8 juta (15,4-20,3 juta), anak-anak (kurang dari 15 tahun) sebesar 2,1 juta (1,7 -2,6 juta). Sedangkan kasus baru HIV positif di tahun 2016 sebesar 1,8 juta (1,6-2,1 juta) dan orang yang meninggal karena AIDS di tahun 2016 sebesar satu juta jiwa (830.000-1,2 juta) (UNAIDS, 2017).

Jumlah kasus baru HIV positif yang dilaporkan pada tahun 2017 menurut Kemenkes RI tahun 2017 sebesar 48.300 jiwa lebih tinggi daripada tahun sebelumnya yaitu 41.250 jiwa kasus HIV tahun 2016. Jumlah kasus baru AIDS tergolong relatif stabil. Persentase kasus baru HIV positif pada perempuan sebesar 36,7 % dan laki-laki 63,3 %. Persentase kasus AIDS pada perempuan sebesar 31,5 % sedangkan laki-laki 67,9 % dan persentase yang tidak melaporkan jenis kelamin sebesar 0,6% (Depkes RI, 2017).

Program pengendalian HIV di Indonesia bertujuan untuk menurunkan hingga meniadakan infeksi baru, menurunkan hingga meniadakan kematian terkait AIDS, serta menurunkan stigma dan diskriminasi. Salah satu kendala dalam mengendalikan HIV/ AIDS adalah stigma dan diskriminasi terhadap penderita HIV/ AIDS, Stigma HIV adalah sikap dan keyakinan negatif tentang penderita HIV (CDC, 2020).

Pemahaman kebanyakan orang tentang HIV/ AIDS masih keliru, HIV /AIDS diasumsikan hanya menjadi masalah bagi orang dengan perilaku seks menyimpang, dan sering dikaitkan dengan mereka yang dinilai tidak bermoral, pendosa dan sebagainya. Stigma yang ada di masyarakat dapat menimbulkan diskriminasi, dan hal tersebut harus segera mendapat penanganan (Yusnita, 2012). Pengalaman dari berbagai negara telah menunjukkan bahwa para tokoh yang menjadi panutan masyarakat terutama tokoh agama dapat dimanfaatkan untuk mempengaruhi persepsi-perilaku. Sebagai tokoh dikalangan masyarakat, mereka mampu membuka suatu dialog dengan masyarakat mengenai HIV/ AIDS untuk menghilangkan mitos, meningkatkan kesadaran, menyampaikan pesan penting pada bermacam-macam kelompok masyarakat dan melahirkan belas kasih (Latifa, 2011).

A. Aspek Agama pada ODHA

Spiritualitas/agama berperan penting pada ODHA. Hasil penelitian mengenai spirualitas/ agama terhadap ODHA cenderung bervariasi. Terdapat studi yang menyatakan bahwa spiritualitas/ agama berpengaruh dalam menurunnya perkembangan penyakit (menurunnya *viral load*). Tingginya tingkat spiritualitas/agama dapat dihubungkan dengan menurunnya distress psikologis, nyeri dan meningkatnya keinginan untuk hidup, aspek kognitif dan fungsi sosial yang lebih baik semenjak seseorang terdiagnosa HIV (Szaflarski, 2013).

Namun, spiritualitas/ agama juga dapat memperburuk hasil karena potensial kepercayaan kepada Tuhan dan penolakan terapi ARV serta pandangan bahwa HIV adalah hukuman dari Tuhan atas kebiasaan dan gaya hidup yang penuh dosa. Hal ini sering dihubungkan dengan tingginya tingkat depresi, kesendirian, dan memburuknya kepatuhan terhadap tindakan medis pada ODHA (Szaflarski, 2013).

Mekanisme bagaimana spiritualitas/ agama mempengaruhi ODHA yakni peran ganda spiritualitas/ agama sebagai mekanisme coping dan stressor. Kremer, et al dalam Szaflarski, (2013) menunjukkan bahwa spiritualitas mempengaruhi HIV dari sisi positif atau negatif dalam hidup ODHA. ODHA dapat merasakan peningkatan spiritualitas dan menganggap bahwa ia sebagai orang terpilih untuk memiliki penyakit HIV dan mempersepsikan penyakit tersebut sebagai titik positif dalam hidupnya. Sebaliknya, ODHA yang merasakan penurunan tingkat spiritualitas menganggap HIV sebagai sesuatu yang negatif.

Beberapa studi menunjukkan dalam aspek kesehatan mental yang mempertimbangkan tingginya tingkat depresi atau permasalahan kebiasaan pada ODHA. Hidayat (2017), meneliti hubungan antara stigma kepercayaan HIV, coping, dan spiritual. Coping yang berhubungan dengan stigma sangatlah penting karena ODHA sering merasa rendah diri dan memerlukan cara untuk menangani distress dan ansietas yang disebabkan oleh faktor sosial seperti prasangka dan diskriminasi. Kedamaian spiritual dianggap sebagai coping umum yang dapat melindungi dampak negatif dari stress psikologis.

B. Peran Agama

Dalam perspektif religius, masalah HIV/ AIDS adalah suatu peringatan pada setiap orang, bahwa ada krisis dalam penyelenggaraan kehidupan bersama. Dalam situasi ini tidak pada tempatnya lembaga-lembaga agama bersikukuh dengan kaca mata hitam-putihnya menuntut apa yang

seharusnya dilakukan atau tidak dilakukan oleh umat atau masyarakat. Dengan menghakimi situasi masyarakat termasuk mengadili para ODHA, agama-agama tidak bisa memberi peran apapun ditengah ketidakadilan yang sangat menyulitkan ini.

Banyak problem kemanusiaan yang terlambat ditanggapi agama-agama, salah satunya HIV/ AIDS. Tidak ada cara lain bagi institusi-institusi keagamaan selain memperbaharui wacana yang dikembangkan agar lebih bisa menjadi berkat, rahmat dan memberi damai dalam kehidupan. Agama sudah seharusnya menjadi “obat” bagi masalah kehidupan termasuk masalah HIV/AIDS, bukannya menjadi “racun” yang memperburuk masalah (Aminah, 2010).

C. Sikap Masyarakat

Sikap masyarakat berdampak pada segala aspek kehidupan ODHA termasuk makna ajaran agama. Terdapat studi yang menemukan bahwa keyakinan masyarakat di tempat tersebut memiliki pengaruh negatif yang signifikan pada sikap dan perilaku orang-orang terhadap ODHA. Hal ini dikarenakan ODHA dikaitkan dengan perilaku dan preferensi seksual tertentu, atau penggunaan zat obat yang dilarang oleh agama (Hidayat, 2017).

ODHA mengungkapkan bahwa dalam ajaran agama mereka (islam dan kristen) terdapat larangan keras dan berakibat dosa terhadap beberapa perilaku seperti hubungan seks secara bebas dan mengakibatkan mereka tertular HIV, namun masyarakat lebih memaknai ajaran agama sebagai suatu pendorong yang kuat untuk bersikap baik dan saling mengasihi termasuk kepada ODHA (Hidayat, 2017).

Semua agama mendorong orang untuk berbelaskasih terhadap orang lain tanpa membedakan ras, jenis kelamin, status sosial, penyakit dan perbedaan yang ada. Meskipun beberapa dari pengikut agama mungkin memiliki perasaan

negatif dan diskriminatif terhadap orang-orang yang berbeda dari keyakinan mereka (Hidayat, 2017).

D. HIV/ AIDS Dalam Perspektif Agama

1. Agama Islam

Penyakit HIV/AIDS antara 80% - 90% penyebabnya adalah berzina dalam pengertiannya yang luas yang menurut ajaran Islam merupakan perbuatan keji yang diharamkan dan dikutuk oleh Allah swt. Tidak hanya pelakunya yang dikenai sanksi hukuman yang berat, tetapi seluruh pihak yang terlibat dalam kegiatan perzinaan (agama (Bahruddin, 2010). “Dan janganlah kamu mendekati zina sesungguhnya zina itu adalah suatu perbuatan yang keji dan suatu jalan yang buruk” (Surah Al Isra ayat 32). Apabila seseorang menjauhi zina maka hal itu akan menjadi perisai dari HIV/ AIDS. HIV juga dapat ditularkan melalui jarum suntik yang digunakan bergantian yang biasa digunakan oleh pengguna narkoba sedangkan penyalahgunaan narkoba menurut para ulama merupakan perbuatan yang dilarang oleh agama yang didasarkan pada Al Quran dan hadist.

Perkawinan penderita HIV/AIDS dengan orang yang sehat, jika HIV/AIDS hanya dipandang sebagai sebagai penyakit yang tidak dapat disembuhkan, maka hukumnya makruh. Tapi jika HIV/AIDS selain dipandang sebagai penyakit yang sulit disembuhkan juga diyakini dapat membahayakan/ menular kepada orang lain, maka hukumnya haram Menyadari betapa bahayanya virus HIV/AIDS tersebut, maka ada kewajiban kolektif (fardhu kifayah) bagi semua pihak untuk mengikhtiarkan terjangkau, tersebar atau tertularnya virus yang mematikan tersebut melalui berbagai cara yang memungkinkan untuk itu, dengan melibatkan peran Ulama/tokoh agama (Bahruddin, 2010).

“Dan janganlah kamu menjatuhkan diri sendiri dalam kebinasaan” (Surah Al Baqoroh ayat 195). Pencegahan HIV/ AIDS dapat dilakukan dengan melakukan penyuluhan tentang bahaya HIV/ AIDS melalui ceramah agama, khutbah ataupun pengajian. “Serulah manusia kejalan Allah dengan hikmah dan pelajaran yang baik dan bantulah dengan cara yang baik” (Surah An Nahl ayat 25).

Meskipun penyakit HIV/ AIDS berbahaya, namun tidak lantas membuat kita menjauhi dan memusuhi ODHA. Karena dalam berbagai kasus ODHA kerap sekali mengalami diskriminasi, HIV selalu dianggap sangat menular dan berbahaya padahal seharusnya ODHA selalu diberi dukungan semangat, karena sejatinya bukan keinginan mereka untuk terkena HIV. Sebagai contoh bayi yang terkena HIV karena terlahir dari ibu yang menderita HIV atau pada seseorang yang sakit HIV karena tidak sengaja tertusuk jarum suntik yang sebelumnya dipakai penderita HIV. Apalagi sebagai umat Islam kita harus menyayangi dan berbuat baik terhadap sesama manusia.

2. Agama Kristen

a. Teologi Penciptaan

Kitab kejadian dalam Perjanjian Lama melukiskan bahwa semua yang disebut sebagai makhluk hidup selalu berada dalam suatu relasi: relasi antara Tuhan dan manusia serta makhluk lain, baik manusia maupun non manusia. Relasi tersebut merupakan simpul yang menentukan kualitas kehidupan secara utuh (tubuh, jiwa, roh dan sosial) (Sahertian dalam Aminah 2010).

b. Teologi Penderitaan dan Kematian, Pengharapan dan Kebangkitan

Bagi kristiani, Allah adalah Allah Sang pemelihara dan penuh kasih setia. Oleh karena itu Ia tetap memelihara relasi dengan makhluk Nya. Hal itu dimanifestasikan melalui tindakan keselamatan

kepada manusia. Ia membuka jalan keselamatan bagi manusia dan mendidik umat Nya untuk kembali ke jalan yang benar (bertobat). Berbagai upaya dilakukan untuk memanggil dan mengutus utusan-utusan Nya, para imam, para nabi, dan para hakim untuk mengoreksi, menegur dan mengasuh ciptaan Nya. Inilah yang menjadi kerangka dasar Kristiani dalam menghadapi HIV/ AIDS, yakni mengambil pola pelayanan kristus. Bagaimana menjadi “*the caring/healing community*” bagi sesama yang sedang terpuruk.

- c. Gereja dalam kapasitas sebagai komunitas peduli dalam rangka merespon epidemik HIV/ AIDS meliputi:
 - b. meminta perhatian gereja-gereja untuk mengembangkan suatu iklim dan tempat yang penuh cinta kasih, penerimaan dan dukungan bagi ODHA
 - c. meminta perhatian gereja untuk bersama-sama berefleksi pada basis pemahaman teologinya dalam rangka merespons tantangan HIV/ AIDS
 - d. meminta perhatian gereja untuk berefleksi pada masalah etik yang timbul karena pandemi ini
 - e. meminta perhatian gereja supaya terlibat aktif dalam berbagai diskusi di masyarakat mengenai isu-isu etik yang muncul karena HIV

3. Agama Katolik

Upaya-upaya Gereja Katolik

Gereja berpihak pada para penderita AIDS. Keberpihakan itu diwujudkan dalam berbagai bidang usaha untuk menggapai permasalahan HIV/ AIDS dan narkoba secara serius. Bidang yang diusahakan untuk menangani kasus-kasus HIV/ AIDS dan narkoba meliputi pencegahan, perawatan, pendampingan psikologis sosial dan spiritual.

Strategi yang bisa dipikirkan adalah menyiapkan paroki atau komunitas-komunitas umat beriman sebagai “keluarga kedua” dimana setiap orang dengan bebas datang dan memperoleh kesegaran hidup manusiawi. Komunitas yang demikian dapat mengubah orang menjadi lebih santun dan manusiawi (Prapdi dalam aminah 2010).

4. Agama Budha

Budha Dharma & HIV/ AIDS *sila* (moralitas)

Ada atau tidak ada HIV/ AIDS di muka bumi ini, moralitas (*sila*) adalah masalah manusia yang abadi. Dalam Budha Dharma, moralitas tidak dipandang sebagai tanggung jawab manusia terhadap Tuhan Sang Pencipta, melainkan sebagai tanggung jawab terhadap diri sendiri.

Apabila diakui bahwa penularan HIV/ AIDS sebagian besar karena perilaku yang tidak sesuai dengan *sila* hubungan seksual tidak terlindung dengan pasangan yang berganti-ganti, penggunaan obat suntik dengan alat suntik yang terinfeksi HIV maka dapat dipahami bahwa pengembangan dan peningkatan *sila* dalam diri individu berdasarkan kesadaran pribadi merupakan salah satu faktor yang dapat mengurangi penularan HIV/ AIDS (Hupudio dalam Aminah, 2010).

5. Agama Hindu

a. Upaya Hindu dalam Pencegahan HIV/ AIDS

Agama Hindu yang sering disebut Dharma (kewajiban mulia) selalu menekankan umatnya hidup dalam jalan dharma (jalan mulia) yang tidak keluar dari perintah Hyang Widhi dan selalu mentaati larangan-larangan yang ada. Di dalam hukum Hindu terdapat larangan keras terhadap perlakuan moral yang menyimpang, tidak sesuai dengan jalan mulia Hyang Widhi

Hindu menganggap seks adalah sesuatu yang murni dan luhur sehingga tidak dibenarkan melakukannya di sembarang tempat atau dengan sembarang orang yang bukan pasangannya.

b. Perlakuan Umat Hindu terhadap Penderitanya

HIV/ AIDS bukanlah suatu penyakit kutukan tetapi semata-mata penyakit lahiriah, sehingga masyarakat Hindu selalu menerima ODHA sebagai masyarakat biasa yang bukan merupakan suatu momok yang menakutkan, sehingga tidak terjadi diskriminasi.

E. Pencegahan HIV/ AIDS

Islam sebagai agama yang diturunkan kepada Nabi Muhammad SAW yang diturunkan bagi seluruh umat manusia dan semesta alam (*rahmatan lil alamin*) salah satunya adalah mengatur mengenai etika dan moral (akhlak) yang mengajarkan bagaimana bersikap dan berperilaku terhadap sesama makhluk Tuhan, termasuk bagaimana memperlakukan ODHA. Manusia tidak boleh melakukan diskriminasi karena sama-sama memiliki derajat yang sama sebagai manusia yang dimuliakan Tuhan. Sebagaimana yang disebutkan dalam Al Quran surat Al Isra ayat 70: “Dan sesungguhnya telah Kami muliakan anak-anak Adam, Kami angkat mereka di daratan dan di lautan, Kami beri mereka dari rizki yang baik-baik dan Kami lebihkan mereka dengan kelebihan yang sempurna atas kebanyakan makhluk yang telah kami ciptakan”.

F. Penanggulangan HIV/ AIDS

HIV/ AIDS telah mewabah tidak hanya pada kalangan yang dianggap beresiko tinggi dan bukan orang-orang yang taat agama saja, tetapi tanpa pandang bulu bisa menyerang siapapun. Persepsi masyarakat tidak lagi dikaitkan dengan mitos dan hukuman/ kutukan Tuhan. Sikap umat Islam terhadap masalah ini melahirkan perdebatan yang disebabkan berbeda dalam mendefinisikan HIV/ AIDS

maupun memahami korban. Perbedaan sikap tersebut disebabkan antara lain oleh:

1. Memandang HIV/AIDS semata-mata menjadi masalah medis
2. HIV/ AIDS sebagai masalah penyimpangan seksual
3. HIV/ AIDS sebagai masalah penyimpangan sosial
4. HIV/ AIDS sebagai masalah agama
5. HIV/ AIDS merupakan masalah kapitalisme global.

Menurut pandangan yang representatif dari konservatif sebagaimana dikemukakan oleh psikiater dan guru besar FKUI, Prof. Dr. dr. H. Dadang Hawari bahwa upaya-upaya penanggulangan penyakit HIV/ AIDS selama ini , baik yang dilakukan oleh pemerintah maupun LSM lebih menekankan pada pendekatan sekuler dan medis semata, baik dalam upaya pencegahan ataupun terapinya, termasuk tidak menyentuh akar permasalahan penyebab utamanya. Akar masalah menurut pandangan ini adalah penyakit mental dan perilaku. Karenanya, integrasi medis dan moral (agama) adalah pendekatan yang seharusnya diterapkan. Pendekatan model ini terkesan kurang menyentuh empati semua pihak dan terkesan diskriminatif terhadap ODHA.

Namun demikian pendapat ini sekurang-kurangnya menjadi motivasi masyarakat khususnya muslim dalam mencegah perilaku beresiko terkena HIV/ AIDS. Berbeda halnya dengan pandangan progresif, bahwa penanggulangan HIV/ AIDS melalui pendekatan multidimensional, HIV/ AIDS terkait juga dengan masalah sosial, budaya, politik, ekonomi, dan hak-hak asasi manusia. Oleh karena itu, kajian islam tentang masalah ini harus melalui pendekatan studi Islam kontemporer, terpadu dengan pendekatan sosial budaya. Mengingat sejumlah kasus penularan HIV/ AIDS tidak hanya melalui seks bebas atau penggunaan jarum suntik narkoba, tetapi juga suami istri yang salah satunya beresiko, bayi yang terinfeksi dari ibunya, dan cara-cara lain yang tidak terkait dengan masalah moral. Dengan demikian nilai-nilai Islam menjadi bagian penting dalam upaya

pencegahan HIV/ AIDS di masyarakat, misalnya dilandasi dengan prinsip-prinsip keadilan, kesetaraan, empati, demokrasi, khususnya dalam melakukan advokasi terhadap ODHA.

BAB 17

TREND DAN ISSUE KEPERAWATAN HIV/AIDS

1. Tujuan Umum

Mahasiswa memahami penelitian terkini, trend dan issue keperawatan HIV/AIDS

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mengetahui pengertian trend dan issue keperawatan
- b. Mahasiswa mengetahui trend dan issue keperawatan HIV/AIDS
- c. Mahasiswa mengetahui penelitian-penelitian terkini tentang HIV/AIDS

3. Materi

Latar Belakang

Infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dan *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) merupakan salah satu penyakit mematikan di dunia yang menjadi wabah internasional sejak pertama kehadirannya (Arriza, Dewi, Dkk, 2011). AIDS merupakan salah satu penyakit menular seksual yang masih menjadi perbincangan utama dalam permasalahan global ((IKAPI, 2010). Penyakit ini merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi virus *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) yang menyerang sistem kekebalan tubuh (Kemenkes, 2015). Tubuh manusia mempunyai kekebalan untuk melindungi diri dari serangan luar seperti kuman, virus, dan penyakit. HIV menyerang sistem kekebalan tubuh manusia dan melemahkan atau merusak sistem pertahanan tubuh, sehingga akhirnya tubuh mudah terserang berbagai jenis penyakit (IKAPI, 2010). Seseorang yang positif mengidap HIV belum tentu mengidap AIDS. Namun, HIV yang ada pada tubuh seseorang akan terus merusak sistem imun. Akibatnya virus, jamur dan bakteri yang biasanya tidak berbahaya menjadi sangat berbahaya karena rusaknya sistem imun tubuh (Sopiah, 2009).

Trend kejadian HIV/AIDS di dunia cenderung meningkat setiap tahunnya. Menurut *World Health Organization* (WHO), pada tahun 2014 didapatkan 36.900.000 orang terinfeksi HIV/AIDS di seluruh dunia. Menurut Depkes RI (2017), jumlah kasus HIV yang dilaporkan di Indonesia dari tahun 2005 sampai dengan tahun 2017 mengalami kenaikan tiap tahunnya. Jumlah infeksi HIV yang dilaporkan sampai dengan Desember 2017 di Indonesia sebanyak 48.300 orang. Adapun jumlah infeksi HIV tertinggi berada di provinsi Jawa Timur, yaitu sebanyak 8.204 orang, diikuti DKI Jakarta (6.626 orang), Jawa Barat (5.819 orang), Jawa Tengah (5.425 orang), dan Papua (4.358 orang).

Penyebaran HIV-AIDS di Indonesia sangat cepat, sehingga Indonesia berada pada situasi terkonsentrasi. Saat ini tidak ada provinsi di Indonesia yang bebas HIV. Permasalahan yang biasa muncul pada pasien HIV/AIDS adalah selain masalah fisik juga adanya stigma negatif. Stigma ini muncul karena penyakit ini dianggap sebagai akibat dari sering melakukan kegiatan seks bebas. Bagi orang yang dinyatakan positif HIV pasti akan mengalami atau menghadapi isu-isu kompleks seperti permasalahan bio, psiko, sosial dan spiritual, (Departemen Kesehatan RI, 2005).

Isolasi sosial menjadi permasalahan yang terjadi berikutnya. Permasalahan yang begitu kompleks pada pasien HIV/AIDS diiringi dengan kehilangan dukungan sosial seperti kurangnya perhatian keluarga dan masyarakat. Selain adanya stigma negatif untuk penderita HIV/AIDS, di masyarakat juga banyak beredar trend dan isu-isu tentang penyakit ini, contohnya saja trend dan isu terkait penularan HIV.

A. Pengertian Trend dan Issue Keperawatan

1. Definisi Trend

Trend adalah hal yang sangat mendasar dalam berbagai pendekatan analisa. Trend juga dapat didefinisikan sebagai salah satu gambaran ataupun informasi yang

terjadi pada saat ini yang biasanya sedang populer di kalangan masyarakat. Trend merupakan sesuatu yang sedang di bicarakan oleh banyak orang saat ini dan kejadiannya berdasarkan fakta.

2. Definisi Issue

Issue adalah suatu peristiwa atau kejadian yang dapat diperkirakan terjadi atau tidak terjadi pada masa mendatang, yang menyangkut ekonomi, moneter, sosial, politik, hukum, pembangunan nasional, bencana alam, hari kiamat, kematian, ataupun tentang krisis. Issue merupakan sesuatu yang sedang dibicarakan oleh banyak orang namun belum jelas faktannya atau buktinya.

3. Definisi Trend dan Issue Keperawatan

Trend dan Issue Keperawatan adalah sesuatu yang sedang dibicarakan banyak orang tentang praktek/mengenai keperawatan baik itu berdasarkan fakta ataupun tidak, trend dan isu keperawatan tentunya menyangkut tentang aspek legal dan etis keperawatan.

B. Trend dan Issue Keperawatan HIV/AIDS

1. *Peer Group*

Remaja merupakan masa dimana fungsi reproduksinya mulai berkembang. Hal ini akan berdampak pada perilaku seksualnya. Salah satu perilaku seksual yang rentan akan memberikan dampak terjadinya HIV/AIDS yaitu seks bebas. Saat ini sedang dikembangkan model "*peer group*" sebagai salah satu cara dalam meningkatkan pemahaman dan pengetahuan remaja akan kesehatan reproduksinya dengan harapan suatu kelompok remaja akan dapat mempengaruhi kelompok remaja yang lain. Metode ini telah diterapkan pada lembaga pendidikan, baik oleh Depkes maupun lembaga swadaya masyarakat. Adapun jumlah penderita HIV pada kelompok remaja (15-19 tahun) hingga Desember 2017 adalah sebesar 1.729 orang, atau 4% dari penderita HIV

(Depkes RI, 2017). Mengingat remaja adalah penerus bangsa, maka hal ini akan sangat mengancam masa depan bangsa dan negara ini. Diharapkan dengan metode *peer group* dapat menurunkan angka kejadian, karena diyakini bahwa kelompok remaja ini lebih mudah saling mempengaruhi.

Tingkat pengetahuan mengenai HIV dan AIDS di antara penduduk kebanyakan di usia 15 tahun ke atas masih rendah. Survei Riskesdas 2010 menunjukkan bahwa kira-kira 42% dari jumlah penduduk usia di atas 15 tahun belum pernah mendengar tentang HIV dan AIDS. Hanya 10% perempuan dan 13% laki-laki memiliki pengetahuan komprehensif tentang penanggulangan HIV, meskipun proporsi tersebut lebih tinggi untuk pertanyaan-pertanyaan tertentu (Unicef, 2012). Pengetahuan komprehensif adalah tingkat pemahaman komprehensif tentang HIV dan AIDS meliputi cara penularan, pencegahan dan pengobatan serta pemeriksaan HIV dan AIDS.

Pendidikan kelompok sebaya sangat bermanfaat bagi program penanggulangan HIV dan AIDS, karena aspek informasi dan pengetahuan berperan bagi seseorang untuk mencegah diri-nya terkena infeksi, dimana pengetahuan, sikap, dan perilaku seksual memiliki keterkaitan erat. Banyak kekeliruan informasi berkenaan dengan HIV dan AIDS, sehingga merupakan mitos-mitos yang mempengaruhi persepsi seseorang tentang penyakit tersebut dan/atau tentang penderita. Untuk itu, diperlukan *peer educator* terlatih untuk membantu penyampaian informasi dan pengetahuan yang benar, sekaligus membangun kewaspadaan terhadap risiko penularan HIV dan AIDS dikalangan kelompok sebaya yang menjadi sasaran program.

Hasil penelitian Haerana (2015) menunjukkan adanya pengaruh metode *peer group* terhadap pengetahuan responden tentang HIV dan AIDS di SMA Negeri 11 Kota

Jambi. Kuatnya pengaruh kelompok sebaya terjadi karena remaja lebih banyak berada di luar rumah bersama dengan teman sebaya sebagai kelompok. Kelompok teman sebaya memiliki aturan tertentu yang harus dipatuhi oleh remaja sebagai anggota kelompoknya. Penyesuaian remaja terhadap norma dengan berperilaku sama dengan kelompok teman sebaya disebut konformitas.

2. *One Day Care*

One day care merupakan sistem pelayanan kesehatan dimana pasien tidak memerlukan perawatan lebih dari satu hari. Setelah menjalani operasi pembedahan dan perawatan, pasien boleh pulang. Biasanya dilakukan pada kasus minimal. Berdasarkan hasil analisis beberapa rumah sakit, di Indonesia didapatkan bahwa metode *one day care* ini dapat mengurangi lama hari perawatan sehingga tidak menimbulkan penumpukan pasien pada rumah sakit tersebut dan dapat mengurangi beban kerja perawat. Hal ini juga dapat berdampak pada pasien dimana biaya perawatan dapat ditekan seminimal mungkin.

3. Penularan HIV/AIDS

HIV/AIDS adalah salah satu penyakit yang masih saja diselimuti berbagai macam mitos dan kesalahpahaman. Pemahaman keliru mengenai penyakit ini telah mendorong sejumlah perilaku yang justru menyebabkan makin banyak orang terjangkit virus HIV. Mitos-mitos menyesatkan tentang HIV dan AIDS juga berkontribusi terhadap melekatnya stigma negatif kepada setiap pengidapnya, sehingga mereka merasa enggan untuk mendapatkan pengobatan. Berikut ini beberapa mitos-mitos atau issue-issue tentang penyebaran HIV/AIDS yang banyak beredar di masyarakat :

- a. Seseorang bisa tertular HIV jika tinggal bersama atau bergaul dengan ODHA

Fakta: Beragam penelitian membuktikan bahwa HIV dan AIDS tidak bisa ditularkan melalui interaksi biasa. Seseorang tidak akan tertular HIV setelah melakukan kontak fisik biasa maupun tinggal serumah dengannya. Seseorang hanya akan tertular virus HIV jika selaput lendirnya terkena cairan dari seseorang yang sudah terinfeksi HIV, seperti darah, ASI, praseminal, dubur, air mani dan vagina. Menempelnya keringat pengidap HIV pada orang sehat tidak akan menularkan virus tersebut. Meskipun virus HIV terdapat pada keringat penderita, namun jumlahnya yang sedikit tidak akan bisa menginfeksi orang lain. Penularan juga bisa terjadi melalui kulit yang rusak atau dengan menggunakan jarum yang terinfeksi. Oleh sebab itu, seseorang tidak akan tertular jika berbagi alat makan dengan penderita HIV, berpelukan, menggunakan alat olahraga yang sama, atau menggunakan toilet yang sama.

b. Nyamuk menyebarkan HIV

Fakta: HIV memang ditularkan melalui cairan tubuh seperti darah dan cairan kelamin, namun sampai detik ini tidak ada bukti medis yang dapat menunjukkan bahwa gigitan nyamuk bisa menjadi perantara penyebaran virus HIV. Salah satu penelitian yang dilakukan oleh *National Cancer Institute* menunjukkan bahwa tidak terjadi kasus penularan HIV oleh nyamuk, bahkan di daerah yang banyak nyamuknya sekalipun. Saat nyamuk berpindah lokasi gigitan, mereka tidak akan mengalirkan darah milik orang sebelumnya kepada 'mangsa' selanjutnya. Selain itu, umur virus HIV dalam serangga juga tidak akan bertahan lama.

c. Seks oral dan 'french kiss' dapat menularkan HIV

Fakta: Hubungan seks anal dan vaginal memang menjadi salah satu faktor risiko utama penularan HIV. Meski demikian, seks oral dan ciuman mulut terbuka

(french kiss), juga memiliki potensi penularan, walau jarang terjadi. Selama melakukan seks oral, menempatkan mulut pada penis, vagina, atau anus dapat berpotensi terkena cairan yang terinfeksi dan bisa masuk ke selaput lendir mulut yang terluka, termasuk sariawan. Cara penularan lain yang jarang adalah ciuman dalam dan terbuka. Organisasi HIV/AIDS asal Inggris, AVERT, mengatakan ciuman mulut tertutup bukan ancaman besar. Tetapi, ciuman dengan mulut terbuka bisa menjadi faktor risiko jika ada darah yang terlibat, seperti luka gigit, gusi berdarah, atau sariawan di mulut. Lebih lanjut, *Centers for Disease Control and Prevention US (CDC)* menilai cairan tubuh lainnya, termasuk air liur, hanya memiliki sangat sedikit residu antibodi HIV sehingga risiko infeksi tergolong sangat rendah. Penting untuk dicatat bahwa HIV tidak ditularkan melalui air liur, tetapi melalui darah di mulut seseorang.

- d. ODHA tidak akan menyebarkan virus selama berobat secara teratur

Fakta: apabila diminum secara rutin, obat retroviral dapat membantu mengendalikan gejala penyakit seseorang, tetapi tetap saja berisiko menularkan virus HIV pada orang lain apabila tidak berhati-hati. Pasalnya, obat hanya akan menekan kadar jumlah viral load HIV dalam darah sehingga terlihat normal pada tiap uji tes darah. Penelitian menunjukkan bahwa bagaimanapun juga darah yang hanya sedikit mengandung virus HIV tetap berisiko menularkan penyakit.

- e. Pasangan yang keduanya positif HIV tidak perlu mempraktikkan seks yang aman

Fakta: seks dengan menggunakan kondom tetap berlaku pada pasangan sesama ODHA, karena dua orang yang positif HIV bisa memiliki genetik virus yang berbeda. Apabila keduanya terlibat dalam seks

tanpa kondom, masing-masing virus dapat menginfeksi satu sama lain dan berevolusi untuk menyerang tubuh dengan dua tipe virus yang berbeda. Hal ini akan semakin memperparah penyakit masing-masing pihak dan mungkin akan membutuhkan perubahan terapi dan dosis obatnya.

f. HIV/AIDS tidak bisa disembuhkan

Fakta: sampai saat ini memang belum ada obat penawar HIV AIDS. Pengobatan antiretroviral (ARV) yang tersedia hanya bisa membantu menekan perkembangan penyakitnya, mencegah risiko penularan, dan mengurangi risiko kematian akibat komplikasi HIV/AIDS secara drastis. Obat ARV dapat membantu penderita HIV untuk hidup lebih sehat dan normal. Namun untuk bisa mencapai semua target ini, obat retroviral harus tetap diminum rutin seumur hidup.

g. Berenang bersama ODHA bisa tertular HIV

Fakta : virus HIV tidak bisa bertahan hidup dan berkembang di dalam air, udara, kotoran atau tinja, hingga air seni, sebab virus HIV tidak dapat bertahan lama di luar tubuh manusia. Terlebih lagi air kolam renang mengandung kaporit, sehingga akan mempercepat matinya virus HIV.

h. Virus HIV dapat ditularkan melalui pisau cukur

Fakta: penggunaan pisau cukur secara bergantian antar keluarga dan di tempat potong rambut tidak akan menularkan HIV/AIDS, sebab virus tersebut mudah mati di udara bebas. Hanya saja, penggunaan pisau cukur bergantian tidak disarankan, bukan karena penyebaran HIV/AIDS, melainkan karena masalah higienitas.

i. Virus HIV ditularkan melalui makanan kaleng yang terinjeksi darah yang telah terkontaminasi virus

Fakta : virus HIV mudah mati di luar tubuh manusia. Selain itu, makanan kaleng juga melewati proses

sterilisasi sehingga virus HIV akan dengan mudah mati.

- j. Virus HIV ditularkan oleh tukang periksa gula darah keliling

Fakta: jarum yang digunakan untuk pemeriksaan glukosa darah tidak memiliki lubang penyimpan darah, sehingga virus HIV yang berada di udara bebas akan mati dalam kurun waktu kurang dari semenit.

C. Penelitian-Penelitian Terkini

Berikut beberapa hasil penelitian tentang *peer group* “remaja” dalam pencegahan penularan HIV/AIDS, perawatan paliatif pada pasien HIV/AIDS, kualitas hidup pasien HIV/AIDS dan strategi koping yang digunakan oleh pasien HIV/AIDS:

1. *Peer group* “Remaja” dalam pencegahan penularan HIV/AIDS.

- a. Penelitian Kurnia (2019) dengan judul Pengaruh Pendidikan Kelompok Sebaya Terhadap Perilaku Pencegahan HIV/AIDS Pada Remaja.

Hasil penelitian menunjukkan ada pengaruh pendidikan kelompok sebaya terhadap perilaku pencegahan HIV/AIDS pada remaja. Teman sebaya (*peer group*) memiliki peran yang cukup penting dalam perkembangan remaja, karena remaja lebih banyak berada diluar rumah bersama dengan teman-teman sebaya, sehingga dapat mempengaruhi sikap, pembicaraan, penampilan dan perilaku remaja dari pada pengaruh keluarga.

Metode *peer group* atau sering disebut dengan pendidikan teman sebaya digunakan sebagai salah satu metode yang tepat digunakan dalam pemberian pendidikan kesehatan pada remaja. Pada masa ini ketergantungan remaja kepada teman sebaya sangat tinggi. Hasil penelitian Hartoyo (2013) menyimpulkan bahwa metode *peer group* dan metode ceramah dapat

meningkatkan perilaku dan sikap remaja terhadap NAPZA, namun metode peer group lebih efektif untuk meningkatkan perilaku dan sikap remaja terhadap NAPZA daripada metode ceramah.

- b. Penelitian Indrayani & Prihayati (2021) dengan judul Penyuluhan dan Pelatihan Pembentukan Kelompok Teman Sebaya Dalam Pencegahan HIV/AIDS di SMA Muhammadiyah 4 Jakarta.

Hasil pemberian penyuluhan pada peer group terdapat peningkatan pengetahuan lebih dari 80% sebelum dan sesudah dilakukan penyuluhan dan Terbentuknya Kelompok Teman Sebaya. Peningkatan kejadian HIV&AIDS yang bervariasi mulai dari epidemi rendah, epidemi terkonsentrasi dan epidemi meluas, perlu dilakukan upaya penanggulangan HIV&AIDS secara terpadu, menyeluruh dan berkualitas, Penanggulangan HIV&AIDS dan Penyakit Menular Seksual sudah tidak sesuai lagi dengan perkembangan dan kebutuhan pelayanan kesehatan, serta kebutuhan hukum. Untuk itu perlu dilakukan penyuluhan pada remaja sebagai generasi penerus bangsa

- c. Penelitian Safitri (2021) dengan judul *Peer Education* sebagai Upaya Pencegahan HIV/AIDS.

Hasil pengabdian terdapat peningkatan pengetahuan HIV/AIDS untuk membawa perubahan positif dalam perilaku seksual remaja sekolah dan mencegah mereka dari epidemi HIV/AIDS. Remaja menjadi pusat endemi HIV/AIDS di seluruh dunia, sekitar 50% dari semua kasus HIV baru terjadi pada remaja antara usia 15 dan 24 tahun. Di Indonesia, berdasarkan Ditjen P2P jumlah kasus HIV positif dari tahun ketahun cenderung meningkat dan pada tahun 2018 dilaporkan sebanyak 46.659 kasus. Peer education dianggap sebagai pilar inti dari upaya pencegahan HIV secara umum dan telah terbukti efektif dalam meningkatkan pengetahuan dan mempromosikan perubahan sikap dan perilaku. Peer

education masuk dalam program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) yang memiliki pendekatan komprehensif berupa upaya promotif/preventif salah satunya pembekalan kesehatan tentang HIV dan AIDS.

- d. Penelitian Sumartini & Maretha (2020) dengan judul Efektifitas *Peer Education Method* Dalam Pencegahan HIV/AIDS Terhadap Pengetahuan Dan Sikap Remaja .

Hasil penelitian didapatkan bahwa pengetahuan remaja pada saat pretest sebagian besar responden memiliki pengetahuan cukup dan saat posttest sebagian besar responden pengetahuan tentang HIV/AIDS baik. Sikap remaja pada saat pretest sebagian besar memiliki sikap negatif dan posttest sebagian besar memiliki sikap positif. Terdapat efektifitas *peer education method* dalam mencegah HIV/AIDS terhadap pengetahuan dan sikap remaja. *Peer education* merupakan salah satu Langkah alternatif untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap remaja dalam pencegahan penularan HIV/AIDS. Program intervensi perilaku oleh *peer educator* lebih efektif untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap, untuk membangun nilai positif dikalangan remaja dalam pencegahan infeksi HIV/AIDS. Perawatan paliatif pada pasien HIV/AIDS.

Peer Education merupakan metode Implementasi dan evaluasi program pendidikan sebaya, hal ini juga sebagai upaya Instansi Pendidikan Menengah Atas dalam pencegahan terjadinya perilaku seksual berisiko tinggi (bebas) pada remaja. Program ini bertujuan agar kelompok remaja mendapatkan informasi yang sesuai tentang HIV/AIDS, mampu berdiskusi, memperbaiki sikap dan membentuk norma-norma yang tepat bagi kelompok sebaya, dan mendukung perkembangan seksual tahap remaja. Pendekatan pendidikan sebaya (*peer education*) sangat efektif sehingga komunikasi lebih mudah dan

mampu mengubah sikap pada remaja untuk membantu dalam upaya mencegah penyebaran HIV/AIDS.

- e. Penelitian Ifroh & Ayubi (2018) dengan judul Efektivitas Kombinasi Media Audiovisual Aku Bangga Aku Tahu Dan Diskusi Kelompok Dalam Upaya Meningkatkan Pengetahuan Remaja Tentang HIV-AIDS.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa setelah kegiatan intervensi pada kelompok intervensi dan kontrol mengalami peningkatan pengetahuan tentang HIV-AIDS. Peningkatan pengetahuan remaja tentang HIV-AIDS pada kelompok intervensi adalah sebesar 22,41% dan peningkatan pengetahuan remaja tentang HIV-AIDS pada kelompok kontrol adalah sebesar 21,6%. Selain itu, tidak terdapat perbedaan yang bermakna secara statistik pada perubahan nilai pengetahuan tentang HIV-AIDS antara kelompok intervensi (pemutaran film dan diskusi kelompok) dan kelompok kontrol (pemutaran film).

- f. Penelitian Darmawati & Lindayani (2020) dengan judul Pemanfaatan *Mobile Phone App* dalam Pencegahan dan Penanggulangan HIV pada Remaja: *A Community-Based HIV Prevention Program*.

Hasil kegiatan mampu meningkatkan kemampuan *soft skill* dan *hard skill* remaja terhadap penularan HIV, terbentuknya metode dan sistem pencegahan HIV yang berbasis komunitas, serta pemanfaatan mobile-phone app yang sederhana murah dan efektif yang bisa digunakan untuk pendidikan kesehatan dan monitoring perilaku beresiko terhadap penularan HIV. Penggunaan mobile app dalam upaya pencegahan HIV/AIDS pada remaja ini menjadi salah satu alternatif yang inovatif yang dapat diterapkan. Mobile phone based intervention merupakan pendekatan yang sangat penting untuk meningkatkan pelayanan kesehatan yang berpusat pada pasien, identifikasi penyakit secara

dini, dan upaya pencegahan terhadap penyakit-penyakit yang bisa dilakukan pengelolaan perilaku risikonya seperti pada kasus HIV/AIDS.

2. Perawatan paliatif pada pasien HIV/AIDS

- a. Penelitian Lindayani & Maryam (2017) dengan judul Tinjauan sistematis: Efektifitas *Palliative Home Care* untuk Pasien dengan HIV/AIDS.

Asuhan paliatif untuk pasien dengan HIV/AIDS merupakan elemen inti dari asuhan pasien dengan HIV/AIDS. Asuhan paliatif yang berbasis *home care* saat ini menjadi elemen penting yang digunakan di berbagai negara. Akan tetapi, tidak ada studi atau tinjauan sebelumnya yang menganalisis efektifitas dari asuhan paliatif yang berbasis *home care* pada pasien dengan HIV/AIDS. Hasil dari tinjauan ini menunjukkan bahwa *Palliative Home Care* terbukti efektif dalam mengontrol nyeri dan gejala-gejala lain, mempertahankan dan meningkatkan kualitas hidup pasien, tingginya kepuasan dari pasien dan keluarga terhadap asuhan *Palliative Home Care* berkisar 93% - 96% dan lebih *cost-effectiveness* dibandingkan dengan *Hospital-Based Palliative Care*. Dengan demikian, penting untuk mengembangkan *Palliative Home Care* untuk pasien dengan HIV/AIDS terutama untuk negara dengan sumber daya yang terbatas.

- b. Penelitian Ramdhanie & Rukmasari (2019) dengan judul Perawatan Paliatif Pada Anak Dengan HIV/AIDS Sebagai Korban Transmisi Infeksi Vertikal: *Literature Review*.

Kematian anak akibat penyakit terkait HIV/AIDS sebagai korban transmisi vertikal atau disebut *Mother To Child Transmission* (MTCT) mencapai 110.000 setiap tahun. Dalam hitungan rinci terjadi sekitar 400 anak terinfeksi HIV dan sekitar 290 kematian karena AIDS terjadi setiap harinya. Sebagai korban transmisi infeksi

vertikal, banyak anak yang kurang mendapat dukungan dari keluarga. Orang tua dengan HIV/AIDS selain mempunyai masalah kesehatannya sendiri, juga dapat menjadikan anak seorang “yatim piatu” sehingga anak tidak mendapatkan asuhan orang tua. Perlu kajian manajemen pengelolaan asuhan, salah satunya adalah dengan penerapan perawatan paliatif pada anak.

Perawatan paliatif pada anak adalah model terintegrasi dimana komponen layanan paliatif dilakukan setelah pasien mulai terdiagnosis. Sebagian besar pasien anak dengan HIV/AIDS ditemukan dalam stadium klinis berat pada usia yang sangat dini. Manajemen terapi farmakologis, non-farmakologis dan dukungan psikososial serta spiritual diberikan dalam perawatan. Selain itu, manajemen tanda gejala dalam perawatan paliatif harus dilakukan dengan tepat. Perawatan paliatif merupakan pelayanan tenaga profesional dengan mengimplementasikan *interprofesional collaborative practice* yang dapat diintegrasikan dengan pelayanan berbasis rumah. Perawatan paliatif pada anak dengan HIV/AIDS dapat meningkatkan kualitas hidup anak.

- c. Penelitian Hidayanti *et al* (2016) dengan judul Kontribusi Konseling Islam Dalam Mewujudkan *Palliative Care* Bagi Pasien HIV/AIDS Di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

Pasien HIV/AIDS mengalami problem yang kompleks baik fisik, psikologis, sosial, maupun spiritual. Karenanya mereka membutuhkan perawatan paliatif yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien HIV/AIDS dan keluarganya. Realitasnya, dimensi spiritual dalam perawatan paliatif, sering kali terabaikan karena tidak tersedianya rohaniawan. Tetapi dimensi spiritual mendapatkan perhatian besar pada rumah sakit “agama” seperti Rumah Sakit Islam Sultan Agung. Hal ini terlihat dari keterlibatan

rohaniawan sebagai konselor Voluntary Counseling Test (VCT) HIV/AIDS. Adanya konselor dari rohaniawan inilah yang memberikan terapi psikoreligi dalam pelayanan konseling di Klinik *Voluntary Counseling Test* HIV/AIDS. Konseling Islam terbukti memberikan solusi bagi problem yang dialami pasien HIV/AIDS. Solusi tersebut tidak sebatas pada problem spiritual, tetapi juga problem psikologis dan sosial.

Pasien HIV/AIDS yang terbebas dari problem psiko-sosio-spiritual, selanjutnya akan memiliki fisik yang lebih sehat. Pasien yang memiliki kondisi fisik, psikologis, sosial, dan spiritual yang lebih baik berarti telah mengalami peningkatan kualitas hidup. Penjelasan tersebut menunjukkan bahwa konseling Islam memberikan kontribusi dalam mewujudkan palliative care bagi pasien HIV/AIDS.

3. Kualitas hidup pasien HIV/AIDS

- a. Penelitian Unzila *et al* (2016) dengan judul Hubungan Kepatuhan *Anti Retroviral Therapy* (ART) Satu Bulan Terakhir Dengan Kualitas Hidup Pasien Hiv/Aids Di Rsud Dr. Soetomo Surabaya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara kepatuhan ART satu bulan terakhir dengan kualitas hidup dalam bidang kesehatan fisik ($r = 0,212$, $P = 0,040$) dan lingkungan ($r = 0,258$, $P = 0,012$). Kepatuhan *Anti Retroviral Therapy* (ART) memengaruhi kualitas hidup pasien HIV/AIDS dan sebaliknya kualitas hidup memengaruhi kepatuhan ART secara positif, dimana ODHA dengan kualitas hidup lebih baik mempunyai kemampuan lebih besar untuk patuh pada regimen ARTnya.

- b. Penelitian Adhiningtyas & Utami (2020) dengan judul *Gratitude Cognitive Behavior Therapy* untuk Meningkatkan Kualitas Hidup pada Perempuan dengan HIV/AIDS.

Hasil analisis kuantitatif dengan teknik inspeksi visual menunjukkan bahwa G-CBT dapat meningkatkan kualitas hidup perempuan dengan HIV/AIDS. Analisis deskriptif menunjukkan bahwa G-CBT memberikan efek positif pada kedua partisipan, seperti suasana hati yang lebih positif dan lebih sabar dalam hidupnya.

Perempuan dengan HIV/AIDS (ODHA) sering kali mengalami permasalahan baik secara fisik, psikologis, dan sosial. Hal tersebut dapat membuat mereka merasa kesepian, merasa tidak berharga, tidak puas dengan kehidupannya, sering kali merasa sedih bahkan putus asa. Kondisi tersebut dapat mengarah pada rendahnya kualitas hidup. Intervensi G-CBT, dengan mengacu pada langkah sederhana dalam menumbuhkan rasa syukur dengan pendekatan kognitif perilaku menurut Miller (dalam Snyder & Lopez, 2002), yaitu a) mengidentifikasi pikiran yang salah; b) merumuskan dan mendukung pikiran syukur; c) mengubah pikiran yang salah ke arah pikiran rasa syukur; dan d) mengaplikasikan rasa syukur dalam tindakan batin dan lahiriah.

- c. Penelitian Hikmah *et al* (2021) dengan judul Pengaruh Terapi ARV untuk Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS: A Literature Review.

Hasil dari literatur review jurnal menyatakan bahwa terapi ARV dapat meningkatkan kualitas hidup penderita HIV/AIDS, karakteristik terapinya adalah membentuk antibodi dan menghasilkan agen proinflamasi untuk mengurangi pertumbuhan virus. Terapi ARV juga efektif jika diberikan langsung kepada pasien HIV/AIDS yang terdiagnosis dini sebagai pasien HIV/AIDS. Selain itu terapi ARV dapat meningkatkan kualitas hidup anak dan mengurangi risiko pada anak yang memiliki ibu dengan HIV/AIDS serta mencegah penularan dari ibu dengan HIV kepada anak-anaknya.

- d. Penelitian Krisdayanti & Hutasoit (2019) dengan judul Pengaruh Coping Strategies Terhadap Kesehatan Mental Dan Kualitas Hidup Penderita HIV/AIDS Positif. Hasil dari sintesa artikel yang telah ditemukan yaitu *coping strategies* ini sangat mempengaruhi kesehatan mental dan meningkatkan kualitas hidup penderita HIV/AIDS positif.

Human Immunodeficiency Virus (HIV) merupakan virus yang menyerang sel leukosit di dalam tubuh sehingga menyebabkan penurunan sistem imun didalam tubuh. Hal ini menyebabkan tubuh menjadi rentan terhadap berbagai infeksi. Kumpulan gejala yang ditimbulkan akibat infeksi HIV inilah yang disebut sebagai *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS). Selain permasalahan menurunnya kesehatan fisik sebagai stressor pertama, penderita HIV positif dihadapkan pada permasalahan terjadinya gangguan kesehatan mental dan penurunan kualitas hidup serta stigma di masyarakat yang cenderung menyebabkan penderita melakukan coping strategi. Adapun coping strategi yang digunakan salah satunya adalah *problems focused coping* yang terdiri dari *Confrontative coping*, *Seeking Social Support* dan *Planful Problems Solving*.

- e. Penelitian Astuti (2020) dengan judul Pengaruh Kelompok Dukungan Sebaya Terhadap Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS Di Poli VCT Rsud Dr.Soehadi Prijonegoro Sragen.

Hasil penelitian menunjukkan terdapat pengaruh kelompok dukungan sebaya dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS di poli VCT RSUD dr.Soehadi Prijonegoro Sragen. Kualitas hidup pada ODHA merupakan aspek yang sangat penting untuk diperhatikan, karena HIV/AIDS bersifat kronis dan merupakan stressor bagi kehidupan seseorang. Hal ini berdampak pada permasalahan fisik, kemandirian, psikologis, lingkungan, hubungan sosial, maupun

spiritual ODHA. Dengan meningkatnya kualitas hidup ODHA dapat mengurangi angka kesakitan bahkan angka kematian karena HIV/AIDS. Salah satu upayanya adalah dengan konseling. Konseling yang diberikan oleh kelompok Dukungan Sebaya (KDS) terbukti sangat efektif untuk mengurangi kecemasan dan tingkat depresi seorang penderita HIV, membantu kemajuan penyembuhan dari trauma, dan mampu menjembatani komunikasi yang lebih baik antara penderita HIV dengan keluarga dan masyarakat.

- f. Penelitian Winangun *et al* (2020) dengan judul Hubungan stigma dan lama terapi HIV/AIDS terhadap kualitas hidup pasien HIV/AIDS di Poliklinik VCT RSUP Sanglah Denpasar.

Hasil penelitian menunjukkan Stigma berkorelasi negatif terhadap kualitas hidup pasien HIV/AIDS. Semakin tinggi stigma yang dialami oleh pasien HIV/AIDS maka semakin rendah kualitas hidup pasien tersebut. Semakin lama pasien menjalani terapi tidak berhubungan dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS.

Kualitas hidup yang baik merupakan tujuan yang diharapkan dari pengobatan jangka panjang pasien HIV/AIDS. Kualitas hidup dapat dipengaruhi oleh beberapa hal termasuk adanya stigma terhadap penyakit ini. Peran stigma sangat terasa pada pasien HIV/AIDS karena stigma dapat mempengaruhi psikis, hilangnya kepercayaan, pekerjaan, dan interaksi sosial pasien.

4. Strategi koping pasien HIV/AIDS

- a. Penelitian Salami *et al* (2021) dengan judul Studi Kualitatif Strategi Koping Penderita HIV AIDS di Kota Bandung.

Hasil penelitian didapatkan 6 tema yaitu Pasrah pada Tuhan; Tidak ingin memikirkan penyakit; pengalihan masalah; Berupaya untuk bangkit; Upaya

mengatasi masalah; dan Menyembunyikan status kesehatan. HIV/AIDS merupakan penyakit kronis yang dapat menimbulkan dampak negatif berupa masalah fisik, psikis, sosial, dan spiritual sehingga mengakibatkan orang dengan HIV/AIDS hidup dengan penuh tekanan karena isu negatif dan stigmatisasi. Hal ini dapat menjadi masalah bagi kejiwaan penderitanya sehingga memerlukan mekanisme koping ke arah adaptif. Strategi koping menentukan keberhasilan individu dalam menghadapi tekanan. Berdasarkan penelitian ini dapat disimpulkan bahwa keenam partisipan memiliki kecenderungan melakukan *emotion-focused coping*. Bagi perawat diharapkan dapat menjalankan strategi intervensi dengan memberikan konseling maupun edukasi strategi koping yang adaptif kepada penderita dan keluarganya.

- b. Penelitian Hidayat & Wardani (2014) dengan judul Gambaran Strategi Koping Pasien Hiv/Aids Di Poliklinik Napza Rumah Sakit Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor.

Hasil penelitian menunjukkan strategi koping yang dipakai responden, didapatkan strategi koping yang adaptif 55,6 %, dan strategi koping yang maladaptif sebanyak 44,4 %. Penelitian ini mengindikasikan perlunya memberikan dukungan dan mendorong pasien HIV/AIDS dalam menemukan atau meningkatkan koping individu yang adaptif, dan memfasilitasi pasien HIV/AIDS mendapatkan sumber-sumber dukungan. Sehingga pasien HIV/AIDS dapat beradaptasi terhadap kondisinya dan mampu mengelola penyakit yang dialaminya.

Jumlah orang yang terinfeksi HIV terus meningkat pesat dan tersebar luas di seluruh dunia. Individu yang dinyatakan terinfeksi HIV, sebagian menunjukkan perubahan psikososial yang berdampak

pada dirinya, sehingga memerlukan suatu strategi koping. Strategi koping merupakan cara individu menyelesaikan masalah.

- c. Penelitian Nastiti & Damayanti (2018) dengan judul Stresor dan Strategi Koping Terhadap HIV/AIDS Pada Remaja dengan HIV/AIDS.

Hasil penelitian Hasil penelitian menunjukkan bahwa stresor subyek berasal dari diri sendiri dan dari situasi. Strategi koping di awal dinyatakan positif HIV/AIDS meliputi *Emotion-focus coping*, dan *Problem focus coping*. Strategi koping terakhir (saat wawancara) berubah pada *Emotion-focus copingnya*, sedangkan pada *Problem focus coping* tetap seperti di awal dinyatakan positif HIV/AIDS.

Secara umum, stresor yang dialami remaja saat mengetahui dirinya terkena HIV/AIDS bersumber dari diri sendiri, yaitu dari karakteristik kepribadian (seperti kecenderungan introvert, ekstrovert, keras atau pemarah) dan motivasi (di awal, motivasi rendah) dan situasi, yaitu terjadinya perubahan dalam hidup (dari sehat menjadi penderita HIV/AIDS), terjadi keadaan yang tidak diinginkan sehingga mengalami kesulitan hidup karena stigma negatif, diskriminasi dan kondisi fisik yang mengganggu aktivitas sehari-hari, adanya pengendalian diri yang rendah, dan sulit membuka diri, juga ada kebingungan terkait belum jelasnya apa yang menyebabkan, siapa yang menularkan, dan melalui media apa mereka terkena HIV/AIDS.

Remaja penderita HIV/AIDS menggunakan 2 bentuk coping sekaligus, yaitu *emotion focus-coping* dan *problem focus-coping*. Awal terkena HIV/AIDS, mereka menggunakan *emotion focus-coping*, meliputi memiliki penilaian negatif, menyangkal, menyalurkan emosi negatif, putus asa, dan berkhayal—memikirkan hal-hal negatif atau tidur untuk

menghindari masalah. Sekarang, lebih memiliki penilaian positif, menerima keadaannya, tidak menyalurkan emosi negatif, tidak putus asa, tidak berkhayal tentang hal negatif atau tidur, dan tidak ada penyangkalan. Selain dari perubahan dan perbedaan tersebut ada pula strategi koping yang sama sejak awal terkena HIV/AIDS hingga sekarang adalah *problem focus-coping*, yaitu mencari dukungan sosial emosional, koping aktif (berjuang langsung menghadapi masalah), perencanaan, fokus menyelesaikan masalah dan menunggu waktu yang tepat.

DAFTAR PUSTAKA

- Adhiningtyas, N. P., & Utami, M. S. (2020). Gratitude Cognitive Behavior Therapy untuk Meningkatkan Kualitas Hidup pada Perempuan dengan HIV/AIDS. *Gadjah Mada Journal of Professional Psychology (GamaJPP)*, 6(1), 92-106.
- Agarwal, S.G., Powar, R.M., Tankhiwale, S., Rukadikar, A. (2015). Study of opportunistic infections in HIV-AIDS patients and their co-relation with CD4+ cell count. *Int J Curr Microbiol App Sci*. 2015; 4(6): 848-61.
- Al -Quran dan Terjemahannya. 2014. Jakarta: Pustaka al-Fatih

- Aminah, Siti Mardiatul. 2010. Memperbaharui Sikap Agama-agama Terhadap Masalah HIV/ AIDS. Available from : <http://www.scribd.com/doc/45937183/Memperbaharui-Sikap-Agama-Terhadap-HIV-AIDS>.
- Andrews, M., Angone, K.M., Cray, J.V., Lewis, J.A., & Johnson, P.H. (1999). *Nurse's handbook of alternative and complementary therapies*. Pennsylvania: Springhouse
- Angelika, S., Satiadarma, M. P., & Koesma, R. E. (2019). Penerapan Art Therapy Untuk Meningkatkan Self-Compassion Pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA). *Jurnal Muara Ilmu Sosial, Humaniora, dan Seni*, 3(1), 219-229.
- Ariani W., Arya L.N., Suryana K. "Spektrum infeksi oportunistik pada klien Klinik Merpati RSUD Wangaya periode Januari-Februari 2014." *E-Jurnal Medika Udayana*. 2015; 4(2): 1-7.
- Arriza, B. K., Dewi, E. K., & Veroni, D. (2011). Memahami rekonstruksi kebahagiaan pada orang dengan HIV/AIDS (ODHA). *Jurnal Psikologi Undip*, 10,(2).
- Astana, P. R., Ardiyanto, D., & Mana, T. A. (2018). Perubahan Kualitas Hidup dan Nilai CD4+ Pasien HIV/AIDS dengan Pemberian Ramuan Jamu Immunostimulan di Sragen. *Indonesian Journal of Clinical Pharmacy*, 7(4), 227-235.
- Astuti, R., Yosep, I., & Susanti, R. D. (2015). Pengaruh intervensi SEFT (Spiritual Emotional Freedom Technique) terhadap penurunan tingkat depresi ibu rumah tangga dengan HIV. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 3(1).

- Astuti, S.H, S. (2020). *Pengaruh Kelompok Dukungan Sebaya Terhadap Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS di Poli VCT RSUD Dr. Soehadi Prijonegoro Sragen* (Doctoral dissertation, STIKes Kusuma Husada Surakarta).
- Aziza, W. (2018). Pengaruh Terapi Do'a Terhadap Kadar Limfosit Pasien AIDS di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. M. Haulussy Ambon. *Jurnal Kesehatan Terpadu (Integrated Health Journal)*, 9(1), 1-7.
- Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat FK UNUD. Buku Pegangan Konselor HIV AIDS. Surabaya. Yayasan Kerti Praja; 2005. p.1.3-3.31.
- Bahrudin, M. (2010). Tinjauan Hukum Islam Terhadap Penderita Hiv/Aids Dan Upaya Pencegahannya. *ASAS*, Vol. 2, No. 2, Juli 2010.
- Beeching, N.J., Jones, R., Gazzard, B. Gastrointestinal opportunistic infections. *HIV Med.* 2011; 12 (Suppl. 2): 43-54.
- Black, J.M & Hawka, J.H (2008). *Medical Surgical Nursing. Clinical management for positive outcomes.* Saunders.
- Black, J.M., & Jacob, E.M. (2015). *Medical surgical nursing clinical management for continuity of care.* 5th edition. Philadelphia: WB. Saunders.
- Bogart LM, Cowgill BO, Kennedy D, Ryan G, Murphy DA, Elijah J, et al. HIV-Related Stigma Among People With HIV and Their Families: A Qualitative Analysis. *AIDS and Behavior.* 2008;12(2):244-54.
- Bonner K, Mezocho A, Roberts T, Ford N, Cohn J. Viral load monitoring as a tool to reinforce adherence: a systematic review. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2013;64:74-8

Burkholder GJ, Harlow LL, Washkwich JL. Social Stigma, HIV/AIDS Knowledge, and Sexual Risk. *Journal of Applied Biobehavioral Research*. 1999;4(1):27-44.

Cangara, Hafied. 2006. *Pengantar Ilmu Komunikasi*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.

Cartledge J., Freedman A. Candidiasis. *HIV Med*. 2011; 12 (Suppl. 2): 70–74.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. 2020. *Reducing Stigma*.

Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for the prevention and treatment of opportunistic infections among HIV-exposed and HIV-infected children: recommendations from CDC, the National Institutes of Health, the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America, the Pediatric Infectious Diseases Society, and the American Academy of Pediatrics. *MMWR*. 2009; 58(RR04): 1-173.

Centers for Disease Control. Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *MMWR*. 1993; 41: 1-19.

Communications and Global Advocacy UNAIDS. *UNAIDS FACT SHEET. Global HIV Statistics. Ending the AIDS epidemic*. 2020.

Conserve, D. F., Eustache, E., Oswald, C. M., & Surkan, P. J. (2015). Maternal HIV illness and its impact on children's well-being and development in haiti. *J Child Fam Stud*, 25(1), 2779–2785.

Depkes RI. 2017. Laporan Perkembangan HIV-AIDS & Infeksi Menular Seksual (IMS) Triwulan IV Tahun 2017. Jakarta

Diedrich, CR and Flynn, JA. HIV-1/Mycobacterium Tuberculosis Coinfection Immunology: How Does HIV-1 Exacerbate Tuberculosis?. *Infect Immun.* 2011;79(4):1407-82.

Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Petunjuk teknis tatalaksana klinis ko-infeksi TB-HIV. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2012. p. 1-150.

Ditjen P2P Kementrian Kesehatan RI, (2016). *Laporan Perkembangan HIV AIDS triwulan 1 Tahun 2016*. Jakarta. <http://www.yaids.com/materi/M-5780-Final%20Laporan%20HIV%20AIDS%20TW%201%202016.pdf> . (Diakses pada tanggal 12 Januari 2017)

Enjang. 2009. Komunikasi Konseling dari Wawancara, Seni Mendengar, sampai Soal Kepribadian .Bandung: Penerbit Nuansa.

Ernawan B. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Imunologi*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press

Family Health International. (2009). Palliative care strategy for HIV and other diseases. *Family Healt International*, 25(1), 79–85.

Fitriani, A., Mutmainnah, I. H., Setyawati, Y. D., & Indriawati, R. Potensi Teh Kulit Buah Naga Merah (*Hylocereus Polyrhizus*) Sebagai Terapi Komplementer Untuk

Menurunkan Infeksi Opportunistik Pada Penderita HIV-AIDS.

Fontaine, K.L. (2005). *Complementary & alternative therapies for nursing practice*. 2thed. New Jersey: Pearson Prentice Hall.

Ford K, Wirawan DN, Sumantera GM, Sawitri AAS, Stahre M. Voluntary HIV Testing, Disclosure, and Stigma Among Injection Drug Users in Bali, Indonesia. *AIDS Education and prevention*. 2004;16(6):487-98.

French MA, Price P, Stone SF. Immune Restoration Disease After Antiretroviral Therapy. *AIDS*. 2004;18:1615-27.

Haerana, B.T., Salfiantini., Ridwan, M. (2015). Increased Comprehensive Knowledge of HIV and AIDS through the Peer Group. *JURNAL MKMI*, Juni 2015, hal 132-138

Harun RH. (2017). Hubungan Pengetahuan Masyarakat Tentang HIV dan AIDS Dengan Stigma Pada ODHA di Sinduadi Mlati Sleman Yogyakarta. 2017;(Stigma Pada ODHA):79-80

Hati K, Shaluhiah Z, Suryoputro A. (2013). Stigma Masyarakat Terhadap ODHA Di Kota Kupang Provinsi NTT. *J Promosi Kesehatan Indonesia*. 2013;12(Januari):62-77.

Herek GM, Capitanio JP, Widaman KF.(2002). HIV related stigma and knowledge in the United States: prevalence and trends, 1991-1999. *American Journal of Public Health*. 2002; 92 (3): 371-7.

Hidayanti, E., Hikmah, S., Wihartati, W., & Handayani, M. R. (2016). Kontribusi konseling islam dalam mewujudkan palliative care bagi pasien hiv/aids di rumah sakit islam sultan agung semarang. *Religia*, 113-132.

- Hidayat, Uti Rusdian., Agung Waluyo dan Riri Maria. 2017. Sikap Masyarakat pada ODHA di Desa Serangkat Kabupaten Bengkayang Propinsi Kalimantan Barat. *Jurnal Vokasi Kesehatan* vol 3(1). Hal 22-27. ISSN 2442-5478.
- Hikmah, S.M., Kuswiharyanti, H., Raafi, V. A., Juarti, N., & Amaliadiana, T. (2021). Pengaruh Terapi ARV untuk Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS: A Literature Review. *Journal of Bionursing*, 3(2), 134-145.
- Hitchcock, J.E, Schubert, P.E., Thomas, S.A. (1999). *Community health nursing: Caring inaction*. USA: Delmar Publisher.
- Ifroh, R. H., & Ayubi, D. (2018). Efektivitas Kombinasi Media Audiovisual Aku Bangga Aku Tahu Dan Diskusi Kelompok Dalam Upaya Meningkatkan Pengetahuan Remaja Tentang HIV-AIDS. *Perilaku dan Promosi Kesehatan: Indonesian Journal of Health Promotion and Behavior*, 1(1), 32-43.
- Indrayani, T., & Prihayati, P. (2021). Penyuluhan dan Pelatihan Pembentukan Kelompok Teman Sebaya Dalam Pencegahan HIV/AIDS di SMA Muhammadiyah 4 Jakarta. *Journal of Community Engagement in Health*, 4(1), 233-236.
- Jordan, J. R., & Lee, R. M. (2014). The children's place association: supporting families impacted by HIV/AIDS. *Young Children*, 1(2), 50-54.
- Josefson, D. (2003). Breaks from antiretroviral treatment are not the answer for HIV patients. *BMJ* volume 327 6 september 2003

- Kaplan, J.E., Masur H. Preventing opportunistic infections among HIV-infected persons. In: Holmes, K.K., Sparling, P.F., Stamm, W.E., Piot, P., Wasserheit, J.N., Corey, L., Cohen, M.S., Watts, D.H., eds. Sexually Transmitted Diseases. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2008. p. 1423-41.
- Kasih, C. D. P. (2015). Pengaruh terapi spiritual emotional freedom technique (Seft) Terhadap Perubahan Skor Depresi Pada Orang Dengan Hiv-Aids (Odha) Di Rumah Sakit Jiwa Sungai Bangkong. *Jurnal ProNers*, 3(1).
- Kaufmann GR, Perin L, Pantaleo G, Opravil M, Firrer H, Telenti A et al. CD4-T Lymphocyte Recovery in Individuals with Advanced HIV-1 Infection Receiving Potent Antiretroviral Therapy for 4 years: The Swiss HIV Cohort Study. *Arch Intern Med*. 2003;163:2187-95.
- Kementerian Kesehatan Indonesia. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019. Vol. 42, Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2019.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman pengobatan antiretroviral. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2015.
- Kementerian Kesehatan, Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. Pedoman nasional tes dan konseling HIV. Jakarta : Kementerian kesehatan RI; 2013. p.3,9,20-26,27-30,53-54.
- Kementerian Kesehatan, Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. Tatalaksana Klinis Infeksi HIV dan Terapi Antiretroviral pada Orang Dewasa. Jakarta : Kementerian kesehatan RI; 2012. p.15-16,38-39.
- Kementrian Kesehatan RI. (2015). *Profil Kesehatan Indonesia*

2014. Jakarta: Sekretaris Jenderal

Krisdayanti, E., & Hutasoit, J. I. (2019). Pengaruh Coping Strategies terhadap Kesehatan Mental dan Kualitas Hidup Penderita HIV/AIDS positif. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(3), 179-184.

Kumar, Cotran, Robbins. (2011). *Buku Ajar Patologi* (Awal Prasetyo, Brahm U. Pandit, Toni Prilino, Penerjemah). Jakarta: EGC

Kurnia, P. I. (2019). Pengaruh Pendidikan Kelompok Sebaya terhadap Perilaku Pencegahan HIV/AIDS pada Remaja di SMA Negeri I Prambanan Klaten.

Lee H, Kim D, Na Y, Kwon M, Yoon H, Lee W, et al. Factors associated with HIV/AIDS-related stigma and discrimination by medical professionals in Korea: A survey of infectious disease specialists in Korea. *Nigerian Journal of Clinical Practice*. 2019;22(5):675–81.

Li X, Lei L, Tan D, Jiang L, Zeng X, Dan H, et al. (2013). Oropharyngeal candida colonization in human immunodeficiency virus infected patients. *APMIS: Acta pathologica, microbiologica, et immunologica Scandinavica* 2013;121(5): 375–402.

Li X, Wang H, He G, Fennie K, Williams A.B. (2012). Shadow on my heart: a culturally grounded concept of HIV stigma among Chinese injection drug users. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2012;23(1):52-62.

Liliweri, Alo. (2008). *Dasar-Dasar Komunikasi Kesehatan*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.

- Lindayani, L., & Maryam, N. N. A. (2017). Tinjauan sistematis: Efektifitas Palliative Home Care untuk Pasien dengan HIV/AIDS. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 5(1).
- Maharani F. (2017). Faktor -Faktor Yang Berhubungan Dengan Stigma Terhadap Orang Dengan Hiv Dan Aids (Odha). *Journal Endurance*. 2017;2(2):158.
- Martin S. (2018). In: *Burket's Oral Medicine* (Greenberg, Glick M, Ship JA, eds). 11th ed. Ontario: BC Decker Inc. 2008: 79-82.
- Merati, T. P., Djauzi, S. (2014), 'Respon imun infeksi HIV' dalam Buku ajar ilmu penyakit dalam, edisi ke 6, Eds. S Setiati, I Alwi, AW Sudoyo, SM K, B Setiyohadi, AF Syam, Pusat Penerbitan Departmen Ilmu Penyakit Dalam FK UI, Jakarta, hal. 924-32.
- Merati, T.P., Sumianrtha, M.E., Yuliana, Edi, A., Pantja, N.M., Wontu, N., et al. (2007). Prosedur layanan konseling tes HIV sukarela dan terapi ARV. Denpasar: Yayasan Citra Usaha Indonesia; 2007. p3.
- Nakawesi, J., Kasirye, I., Kavuma, D., Muziru, B., Businge, A., Naluwooza, J., ... Mukasa, B. (2014). Palliative care needs of HIV exposed and infected children admitted to the inpatient paediatric unit in Uganda. *Ecancermedicalscience*, 8(1), 1-7.
- NANDA International. (2015). *Diagnosa Keperawatan Definisi dan Klasifikasi*. Jakarta. EGC
- Nastiti, D., & Damayanti, A. (2018, July). Stresor dan Strategi Koping Terhadap HIV/AIDS Pada Remaja dengan HIV/AIDS. In *Prosiding Seminar Nasional Dan Call For*

Paper: Community Psychology Sebuah Kontribusi Psikologi Menuju Masyarakat Berd (Vol. 1, pp. 233-246).

Nursalam. (2011). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Terinfeksi HIV AIDS*, Jakarta : Salemba Medika

Nurma D. (2018). Penyebab Diskriminasi Masyarakat kecamatan dewantara kabupaten Aceh Utara terhadap Orang dengan Hiv-Aids. *SEL J Penelitian Kesehatan*. 2018;5(1):1-19.

Nurs, Nursalam, M. Dan Ninuk Dian Kurniawati.(2007). *Asuhan Keperawatan pada Pasien terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta: Salemba Medika, 2007.

Nursalam dan Kurniawati, Ninuk Dian. (2011). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta: Salemba Medika

Nursalam dan Kurniawati. (2009). *Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta: Salemba Medika.

Nursalam, Ninuk Dian K. Misutarno, Fitriana Kurniasari S. (2018). *Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta: Salemba Medika

Padila. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta : Nuha Medika

Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social science & medicine*. 2003;57(1):13-24.

Paryati T, Raksanagara AS, Afriandi I, Kunci K. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Stigma dan Diskriminasi kepada

ODHA(Orang dengan HIV/AIDS) oleh petugas kesehatan: kajian literatur. Pustaka Unpad. 2013;(38):1-11.

Patel, S.D., Javadekar, T.B., Kinariwala, D.M. Enteric opportunistic parasitic infections in HIV seropositive patients at tertiary care teaching hospital. NJMR. 2015; 5(3): 190-3.

Permatasari, J., Hasina., Pratama, S. (2020). Studi Penggunaan Complementary and Alternatif Medicine (CAM) pada Odha di Yayasan Kanti Sehati Sejati Kota Jambi. Jurnal Endurance : Kajian Ilmiah Problema Kesehatan. Vol 5(1) Februari 2020 (105-114)

Phillips LA. Stigma and Substance Use Disorders: Research, Implications, and PotentialL Solutions. Journal of Drug Addiction, Education, and Eradication. 2011;7(2):91.

Pieter, H. Z. (2017). Pengertian Komunikasi. Dalam H. Z. Pieter, *Dasar-Dasar Komunikasi Bagi Perawat* (hal. 4-5). Jakarta: PT Kharisma Putra Utama.

Rahier, J.F., Magro, F., Abreu, C., Armuzzi, A., Horin, S.B., Chowers, Y, et al. 2014, 'Second European evidence based consensus on the prevention, diagnosis and management of opportunistic infection in inflammatory bowel disease', Journal of Crohn's and Colitis, vol. 8, no. 6, pg. 443-68.

Ramdhanie, G. G. & Rukmasari. (2019). Perawatan Paliatif Pada Anak Dengan Hiv/Aids Sebagai Korban Transmisi Infeksi Vertikal: Literature Review. *Jurnal Kesehatan Bakti Tunas Husada: Jurnal Ilmu-ilmu Keperawatan, Analis Kesehatan dan Farmasi*, 19(2), 285-292.

- Safitri, S. (2021). *Peer Education* sebagai Upaya Pencegahan HIV/AIDS. *Jurnal Abdimas Kesehatan (JAK)*, 3(1), 87-92.
- Salami, S., Muvira, A. A., & Yualita, P. (2021). Studi Kualitatif Strategi Koping Penderita HIV AIDS di Kota Bandung. *Faletehan Health Journal*, 8(01), 22-30.
- Sarikusuma H, Hasanah N, Herani I. Konsep diri orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) yang menerima label negatif dan diskriminasi dari lingkungan sosial. *Psikologia: Jurnal Pemikiran dan Penelitian Psikologi*. 2012;7(1).
- Seow, H., & Tanuseptro, P. (2016). *Palliative Care at the End of Life*. Ontario: Healt Quality Ontario.
- Shaluhiyah Z, Musthofa SB, Widjanarko B. Stigma Masyarakat terhadap Orang dengan HIV/AIDS. *Kesmas National Public Health Journal*. 2015;9(4):333.
- Siti Urifah. (2017). Pengetahuan Dan Stigma Terhadap Pasien Hiv/Aids Di Lingkungan Kesehatan, Indonesia. *The Indonesian Journal Of Health Science*, Vol. 8, No. 2, Juni 2017.
- Smeltzer dan Bare. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Vol.3*. Jakarta: EGC Smeltzer, S.C., dan Bare, B.G. (2015). *Medical Surgical Neursing (Vol 1)*. : LLW
- Smith CJ , Sabin CA, Lampe FC, Konloch-de-Loes S, Gumley H, Carroll A et al. (2003). The Potential dor CD4 Cell Increases in HIV-Positive Individuals who Control Viremia with HAART. *AIDS*. 2003;17:963-9.
- Smith, S.F., Duell, D.J., Martin, B.C. (2004). *Clinical nursing skills: Basic to advanced skills*. New Jersey: Pearson Prentice Hall

- Snyder, M. & Lindquist, R. (2002). *Complementary/alternative therapies innursing*. 4th ed. New York: Springer.
- Sofia R. (2018). Stigma Dan Diskriminasi Terhadap ODHA (Studi Pada Tenaga Kesehatan Di Puskesmas Tanah Pasir Aceh Utara). *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Malikussaleh*. 2018;2(1):79.
- Spielberg, F., Kurth, A.E. (2008). *Sexually Transmitted Diseases* 4th edition. New York: Mc Graw Hill, Inc.p; 2008. 1311-28.
- Steward WT, Herek GM, Ramakrishna J, Bharat S, Chandy S, Wrubel J, et al. (2008). HIV-Related Stigma: Adapting a Theoretical Framework for Use in India. *Social science & medicine*. 2008;67(8):1225-35.
- Sumartini, S., & Maretha, V. (2020). Efektifitas Peer Education Method dalam Pencegahan HIV/AIDS terhadap Pengetahuan Dan Sikap Remaja. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, 6(1), 77-84.
- Suratih,K., Setyadien, R. A., & Mulyaningsih, M. (2017). *Pengaruh Pemberian Aromatherapy Terhadap Kualitas Tidur Pada Pasien HIV/AIDS Di RSUD Dr. MOEWARDI* (Doctoral dissertation, STIKES'Aisyiyah Surakarta).
- Susanti, S. Karakteristik Penderita Hiv/Aids Di Klinik Vct Rumah Sakit Umum Daerah Cilacap Tahun 2013-2016. *Viva Medika*. Volume 10 No 1. September 2017.
- Sylvia dan Wilson.2012. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit Vol 1* (6rd ed). Jakarta: EGC

- Szaflarski, M. (2013). Spirituality and Religion Among HIV-Infected Individuals. *Curr HIV/ AIDS Rep.* 2013 10(4): 324-332. Doi: 10.1007/s11904-013-0175-7.
- UNAIDS report on the global AIDS epidemic: Executive summary/UNAIDS, 2009.
- UNAIDS. United Nation Programme on HIV/ AIDS. (2016). *Global AIDS Update 2016*. Geneva, Switzerland
- Vogel DL, Wade NG. (2009). Stigma and Help-Seeking. *The Psychologist*.
- WHO (2005). Interim who clinical staging of HIV/AIDS and hiv/aids case definitions for surveillance for Africa region. Switzerland. WHO Publication.
- Widyatuti. (2008). Terapi Komplementer Dalam Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, Volume 12, No. 1, Maret 2008; hal 53-57
- Williams D, Lewis M. (2011). Pathogenesis and treatment of oral candidosis. *J Oral Microbiology* 2011; 28:3.
- Winangun, I. M. A., Sukmawati, D. D., Gayatri, A. A. A. Y., Utama, I. M. S., Somia, K. A., & Merati, K. T. P. (2020). Hubungan stigma dan lama terapi HIV/AIDS terhadap kualitas hidup pasien HIV/AIDS di Poliklinik VCT RSUP Sanglah Denpasar. *Jurnal Penyakit Dalam Udayana*, 4(1), 9-13.
- Utami, W.N., Hutami, M.S., Hafidah,F., Pristya, T.Y.R. (2020). Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Stigma Dan Diskriminasi Kepada ODHA (Orang Dengan Hiv/Aids): Systematic Review. *Prosiding Forum Ilmiah Tahunan IAKMI (Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia)*. 25-26 Nopember 2020

World Health Organization. Consolidated guideline on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2016. p.91-154.

World Health Organization. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Geneva: World Health Organization; 2015. p.24-53.

Zainudin, A. F. (2012). SEFT for Healing, Success Happiness, Greatness(2nd ed.). Jakarta: Afzan Publishing.