

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini membahas konsep yang berkaitan tentang variabel penelitian. Pustaka yang dibahas dalam penelitian ini tersedia di *google books* yang dapat dicari dengan memasukkan kata kunci “persepsi”, ”sikap”, “persepsi dan sikap perawat”, dan “HIV/AIDS”. Jurnal penelitian yang dibahas di penelitian ini tersedia di *google scholar* dan *scienc direct* dengan memasukkan kata kunci “nurse in AIDS care”, “hospital AIDS”, “AIDS care”, “AIDS patients in hospital”, “persepsi perawat”, ”sikap perawat”, dan “HIV/AIDS”. Penulis mengutip dari dua belas buku literatur dan *ebook*, serta tujuh jurnal online yang membahas tentang persepsi, sikap dan HIV/AIDS.

A. Tinjauan Teori

1. Konsep Persepsi

a. Definisi Persepsi

Persepsi adalah sebuah tafsiran realitas dan masing-masing individu dalam memandang kenyataan dari sudut perspektif yang berbeda.¹⁴ Menurut Robin, persepsi adalah suatu proses dengan individu-individu mengorganisasikan dan menafsirkan kesan indra mereka agar memberi makna kepada lingkungan mereka.¹⁶ Terdapat beberapa faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi yaitu pada pelaku persepsi, objek dipersepsikan dan situasi dimana persepsi itu dilakukan.^{14,15,16}

Penelitian Irene⁸ dalam konteks perawatan HIV/AIDS tahun 2010 tentang persepsi menyebutkan bahwa faktor pernah tidaknya perawat merawat ODHA

mempengaruhi persepsi perawat. Faktor tempat tugas dan lama kerja tidak mempengaruhi persepsi perawat terhadap ODHA.⁸

b. Proses Pembentukan Persepsi

Persepsi dibentuk dengan suatu proses yang dimulai dari proses pembentukan, proses fisiologi, dan proses psikologi. Penjelasan dari ketiga tahap tersebut adalah sebagai berikut :^{16,17,18}

1) Proses pembentukan (fisik)

Proses ini ditandai dengan objek yang menimbulkan stimulus dan dilanjutkan ke alat indra atau reseptor.¹⁸ Stimulus ini dapat berupa benda, pengalaman, kejadian, budaya hingga perilaku orang lain.¹⁶ Misal seorang perawat sedang memeriksa ODHA, stimulus pada kasus ini adalah ODHA, perawat akan memfokuskan perhatian pada bagian-bagian tertentu dari pasien sesuai dengan pengetahuannya pada HIV/AIDS dan kemudian akan dipersepsikan. Individu yang melihat suatu objek akan menghasilkan persepsi yang berbeda tergantung dari stimulus yang diterima.

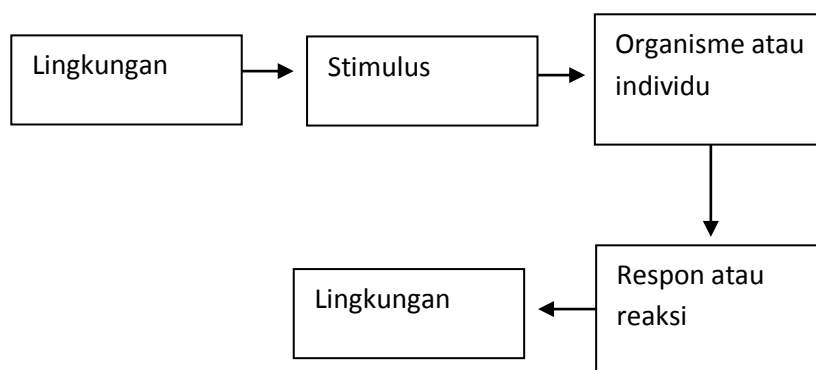
2) Proses Fisiologi

Proses fisiologi ini ditandai dengan stimulus yang diterima indra dilanjutkan oleh saraf sensorik ke otak.¹⁶ Stimulus yang positif akan ditransfer ke saraf sensorik dengan menghasilkan persepsi yang positif dan stimulus yang negatif menghasilkan persepsi yang negatif. Misalnya, ODHA datang dengan penampilan buruk, aroma badan menyengat dan sikap pasien yang buruk akan dipersepsikan oleh perawat dengan buruk.

3) Proses Psikologi

Proses psikologi terjadi di otak. Individu menyadari apa yang akan diterima dengan reseptor tersebut. Individu tidak hanya dikenai satu stimulus saja tetapi oleh berbagai stimulus yang ditimbulkan oleh lingkungan sekitar.¹⁶ Tidak semua stimulus diterima individu, hanya stimulus yang menarik perhatian individu yang diberikan respon. Misalnya ODHA dengan berbagai informasi dan stimulus yang didapat diolah di otak dan akan menghasilkan reaksi dari perawat sesuai pengetahuan, kompetensi dan pengalaman perawat.

Proses ini dapat dijelaskan secara skematik pada gambar berikut :



Gambar 2.1 Proses Terbentuknya Persepsi¹⁸

Proses di atas menjelaskan bahwa persepsi tidak hanya dibentuk oleh fisik dan fisiologi akan tetapi oleh psikologi yang telah lebih dahulu dipengaruhi oleh lingkungan. Lingkungan yang baik akan menghasilkan persepsi yang baik tergantung dari penilaian setiap individu.

c. Faktor-faktor Persepsi

Faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi terletak pada pelaku persepsi/pemersepsi, pada objek/target persepsi, dan dalam konteks situasi dimana persepsi dilihat. Penjelasan dari ketiga faktor tersebut meliputi : ^{16,17,18,19,20,21}

1) Pelaku persepsi

Individu melihat sebuah target dan mencoba untuk memberikan intepretasi apa yang dilihat. Intepretasi tersebut sangat dipengaruhi oleh karakteristik pribadinya. Beberapa karakteristik pribadi yang dapat mempengaruhi persepsi adalah motif, minat, harapan, sikap, persepsi dan pengalaman masa lalu^{20,21}

a) Motif

Motif adalah sebagai penggerak, alasan-alasan atau dorongan dalam diri manusia yang menyebabkan individu melakukan sesuatu.^{20,21}

Perawat memiliki beragam motivasi dalam merawat pasien HIV, seperti rasa empati, kemanusiaan, tanggung jawab, kewajiban hingga materi.

b) Minat

Minat adalah perhatian terhadap suatu objek yang menarik dan kemudian akan disampaikan melalui panca indra.^{18,19} Minat seseorang berbeda-beda sesuai dengan usia dan jenis kelaminnya. Depkes RI² menjelaskan bahwa usia seseorang dibagi atas delapan kategori, yakni balita (0-5 tahun), kanak-kanak (6-11 tahun), remaja awal (12-15 tahun), remaja akhir, (16-19 tahun), dewasa awal (20-34 tahun), dewasa akhir (35-59 tahun), lansia (60-65) dan manula (diatas 65 tahun). Setiap kategori usia memiliki minatnya masing masing. Sebagai contoh,

perawat perempuan berusia dewasa muda memiliki minat pada kedisiplinan kerja dan memiliki persepsi baik dalam setiap aspek pekerjaannya.

c) Harapan

Merupakan perhatian individu terhadap suatu stimulus/objek mengenali hal yang disukai dan diharapkan.^{18,19} Perawat memiliki harapan dalam menaruh perhatian khusus menangani gangguan pernapasan pada ODHA agar pasien segera merasa nyaman dalam bernapas.

d) Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari pembelajaran yang didapat setelah orang melakukan pengideraan terhadap objek tertentu.^{18,19} Tingkat pengetahuan perawat mempengaruhi secara langsung persepsi yang dimiliki perawat terhadap pasiennya.

e) Pengalaman

Pengalaman merupakan peristiwa yang dialami seseorang dan ingin membuktikan sendiri secara langsung dalam membentuk pendapatnya sendiri.^{18,19} Hal ini berarti bahwa pengalaman yang dialami individu akan lebih kuat dan sulit dilupakan dibandingkan dengan melihat pengalaman individu lain. Perawat yang memiliki pengalaman lebih banyak mengenai ODHA dan HIV/AIDS berpersepsi lebih baik dibanding perawat yang kurang berpengalaman.

2) Target Persepsi

Karakteristik target persepsi yang sedang diamati mempengaruhi apa saja yang sedang dipersepsikan. Misalnya individu yang berbicara dengan suara lantang akan lebih diperhatikan daripada mereka yang relatif diam. Objek-objek yang letaknya saling berdekatan akan cenderung dipersepsikan, sebagai kelompok objek yang sama. Manusia, objek atau peristiwa yang hampir sama satu sama lain, cenderung untuk dikelompokkan bersama-sama. Suatu bangsal terdapat beberapa ODHA dengan latar belakang penularan yang sama, maka perawat akan cenderung mempersepsikan mereka sebagai sebuah kelompok yang sama.

3) Situasi

Elemen-elemen dalam lingkungan sekitarnya dapat mempengaruhi persepsi kita. Perawat mungkin akan kurang memperhatikan ODHA yang pendiam dan tidak banyak berbicara di dalam bangsal. Hal ini akan berbeda jika ODHA tersebut berperilaku kasar dan mengganggu pasien yang lain.

2. Konsep Sikap

a. Definisi Sikap

Sikap adalah kesiapan diri untuk bertindak. Sikap merupakan predisposisi tindakan dan perilaku.²¹ Sikap merupakan reaksi dari seseorang terhadap sesuatu stimulus atau objek. Green mengatakan bahwa sikap menentukan perilaku seseorang. Sikap yang positif diharapkan menjadi motivasi yang kuat dalam suatu

usaha. Dengan kata lain, sikap adalah reaksi tertutup terhadap objek di lingkungan tertentu.^{19,20}

Sikap memiliki tiga komponen pokok, yakni kepercayaan, kehidupan emosional, dan kecenderungan untuk bertindak. Ketiga komponen ini berperan dalam membentuk keutuhan sikap. Dalam penentuan sikap yang utuh ini pengetahuan, berpikir, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting.¹⁹

b. Tingkatan Sikap

Sikap belum secara langsung terwujud dalam suatu tindakan. Mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan yang nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan interaksi antara lain fasilitas dan faktor pendukung. Sikap memiliki beberapa tingkatan, yakni :^{19,20,21}

1) Menerima (*Receiving*)

Fase menerima terjadi saat subjek mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan objek.^{18,19} Misalnya sikap perawat terhadap materi pelatihan perawatan HIV/AIDS dapat dilihat dari kesediaannya dalam memperhatikan isi ceramah.

2) Merespon (*Responding*)

Merespon merupakan tindakan reaktif subjek terhadap stimulus dari objek.^{18,19} Perawat memberikan jawaban saat ditanya, mengerjakan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.

3) Menghargai (*Valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah suatu indikasi sikap menghargai.^{18,19} Misalnya seorang perawat mengajak perawat yang lain dalam merawat ODHA.

4) Bertanggung jawab (*Responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan tingkatan sikap yang tertinggi.^{18,19}

c. Ciri Sikap

Sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu dengan ciri-ciri :^{19,20,21}

- 1) Sikap dibentuk sepanjang perkembangan usia seorang individu bukan dibawa sejak lahir. Sifat ini membedakan sikap dengan sifat motif biogenetis seperti lapar, haus, lelah dsb.
- 2) Sikap dapat berubah-ubah karena bersifat dinamis dan berubah sejalan dengan perkembangan usia individu.
- 3) Sikap tidak berdiri sendiri, tetapi berhubungan terhadap suatu objek.
- 4) Sikap mempunyai sisi motivasi dan perasaan. Sifat inilah yang membedakan sikap dari pengetahuan yang dimiliki individu.

d. Pembentukan Sikap

Sikap terbentuk melalui kontak sosial yang terjadi terus menerus antara individu dengan individu lain disekitarnya.²¹ Terbentuknya sikap dipengaruhi faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal yaitu faktor-faktor yang terdapat dalam diri individu yang bersangkutan seperti idealisme. Faktor eksternal

merupakan faktor diluar individu yaitu sifat objek, kewibawaan orang yang menunjukkan suatu sikap, sikap kelompok yang mendukung sikap tersebut, media komunikasi dalam penyampaian sikap dan situasi pada saat sikap terbentuk. Sikap dapat dibentuk atau berubah melalui 4 macam cara :^{19,20,21}

1) Adopsi

Kejadian-kejadian yang terjadi secara berulang dan terus menerus secara bertahap diserap ke dalam diri individu dan mempengaruhi terbentuknya sikap individu tersebut.²⁰ Kejadian berulang mengenai perawatan ODHA akan mempengaruhi sikap perawat dalam bersikap terhadap perawatan ODHA.

2) Deferenensi

Perkembangan intelegensi perawat, bertambahnya pengalaman, sejalan dengan bertambahnya usia, maka ada hal-hal yang terjadi dianggap sejenis pada ODHA, sekarang dipandang tersendiri dan lepas dari kelompok sejenisnya.¹⁹

3) Persepsi

Persepsi merupakan sebuah hasil pengindraan seseorang dan masing-masing individu memiliki sudut persepsi yang berbeda. Persepsi berhubungan langsung dengan sikap. Perawat dengan persepsi baik akan menghasilkan sikap yang baik.¹⁹

4) Integrasi

Pembentukan sikap disini terjadi secara bertahap, dimulai dengan berbagai pengalaman yang berhubungan dengan satu hal tertentu.^{18,19} Segala aspek pembentukan sikap saling berhubungan dan menghasilkan sikap.

5) Pengalaman

Pengalaman yang tiba-tiba dan mengejutkan meninggalkan kesan mendalam pada jiwa seseorang.^{18,19} Pengalaman yang didapat terus-menerus mempengaruhi seseorang dalam bersikap. Pengalaman-pengalaman perawat selama merawat ODHA membentuk sikap dalam perawatan ODHA kedepannya.

3. Konsep HIV/AIDS

a. Definisi HIV/AIDS

AIDS (*Aquired Immunodeficiency Syndrome*) dapat diartikan sebagai kumpulan gejala atau penyakit yang disebabkan oleh menurunnya kekebalan tubuh akibat infeksi oleh virus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) yang termasuk famili retroviridae. AIDS merupakan tahap akhir dari infeksi HIV.²²

HIV merupakan retrovirus yang bersifat limfotropik. Virus ini menginfeksi sel-sel dari sistem kekebalan tubuh, menghancurkan sel darah putih spesifik yang disebut limfosit T-helper atau limfosit pembawa faktor T4 (CD4). Virus ini diklasifikasikan dalam famili Retroviridae, subfamili Lentiviridae, genus Lentivirus. Selama infeksi berlangsung, sistem kekebalan tubuh menjadi lemah dan orang menjadi lebih rentan terhadap infeksi. Tingkat HIV dalam tubuh dan

timbulnya berbagai infeksi tertentu merupakan indikator bahwa infeksi HIV telah berkembang menjadi AIDS.^{3,23,24}

b. Penyebab HIV/AIDS

Infeksi HIV dimulai ketika HIV masuk ke dalam tubuh manusia melalui pembuluh darah dan menginfeksi sel penjamu. Sel penjamu yang terinfeksi oleh HIV memiliki waktu hidup sangat pendek. Hal ini terjadi akibat HIV secara terus-menerus menggunakan sel penjamu baru untuk mereplikasi diri.³ Sebanyak 10 miliar virus dihasilkan setiap harinya. Serangan pertama HIV akan tertangkap oleh sel dendrit pada membran mukosa dan kulit pada 24 jam pertama setelah infeksi. Sel terinfeksi tersebut akan membuat jalur ke nodus limfa dan kadang-kadang ke pembuluh perifer selama 5 hari setelah paparan, di mana replikasi virus menjadi semakin cepat.²²

c. Faktor Risiko HIV/AIDS

Menyatakan penularan HIV/AIDS terjadi melalui kontak cairan tubuh yang mengandung HIV meliputi hubungan seksual, jarum suntik, tranfusi komponen darah dan dari ibu yang terinfeksi HIV ke bayi yang dilahirkannya. Oleh karena itu risiko tinggi infeksi HIV/AIDS terjadi pada pengguna narkotika, pelaku seks bebas, pekerja seks komersial serta narapidana.³ Faktor risiko penularan HIV/AIDS meliputi:^{23,24}

- 1) Melakukan hubungan seksual dengan lebih dari satu pasangan tanpa menggunakan kondom.
- 2) Memiliki penyakit menular seksual lain seperti syphilis, herpes, chlamydia, gonorrhea atau bacterial vaginosis.

- 3) Penggunaan jarum suntik bekas atau penggunaan secara bersama-sama.
- 4) Mendapatkan transfusi darah dari darah yang terinfeksi HIV.
- 5) Memiliki sedikit salinan gen CCL3L1 yang membantu melawan infeksi HIV.
- 6) Penularan kepada bayi yang dikandung dari ibu dengan HIV

d. Tanda dan Gejala HIV/AIDS

Tanda dan gejala klinis yang ditemukan pada penderita AIDS sulit dibedakan karena bermula dari gejala klinis umum yang biasa ditemukan pada penderita penyakit lainnya. Gejala klinis pada penderita AIDS meliputi rasa lelah dan lesu, berat badan menurun secara drastis, demam, berkeringat dingin waktu malam waktu malam, diare, kurang nafsu makan, bercak-bercak putih di lidah dan mulut, pembengkakan leher dan lipatan paha, radang paru hingga kanker kulit.

Manifestasi klinik utama dari penderita AIDS umumnya meliputi 3 hal yaitu: ^{3,23,24}

1) Manifestasi tumor

a) Sarkoma Kaposi

Kanker pada semua bagian kulit dan organ tubuh. Penyakit ini sangat jarang menjadi sebab kematian primer.²⁴

b) Limfoma ganas

Timbul setelah terjadi Sarkoma Kaposi dan menyerang saraf serta dapat bertahan kurang lebih 1 tahun.²⁴

2) Manifestasi oportunistik

a) Manifestasi pada Paru

Sekitar 85% infeksi oportunistik pada AIDS merupakan infeksi paru PCP (*Pneumoni pneumocystis*) dengan gejala sesak nafas, batuk kering, sakit bernafas dalam dan demam.²⁴ Infeksi oleh CMV (*Cytomegalovirus*) dapat menyebabkan pneumocystis dan menjadi penyebab 30% kematian pada AIDS. Infeksi *Mycobacterium avium* menyebabkan pneumoni difusi yang timbul pada stadium akhir AIDS. *Mycobacterium tuberculosis* menginfeksi lebih cepat pada organ paru dan cepat menyebar ke organ lain di luar paru.²²

b) Manifestasi gastrointestinal

Tidak ada nafsu makan, diare kronis, penurunan berat badan >10% per bulan.²³

c) Manifestasi neurologis

Sebanyak 10% kasus AIDS memunculkan gejala neurologis pada fase akhir penyakit. Kelainan saraf yang mungkin terjadi diantaranya ensefalitis, meningitis, demensia, mielopati, dan neuropati perifer.²⁴

e. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan utama dalam mendeteksi ada tidaknya infeksi HIV adalah dengan pemeriksaan laboratorium.³ Gejala klinis pada penderita yang terinfeksi HIV baru terlihat setelah bertahun-tahun lamanya. Terdapat beberapa jenis pemeriksaan laboratorium untuk mendiagnosis infeksi HIV.¹⁹ Pemeriksaan ini dibagi menjadi pemeriksaan serologik untuk mendeteksi adanya antibodi terhadap

HIV dan pemeriksaan untuk mendeteksi keberadaan virus HIV. Pendeteksian adanya virus HIV dalam tubuh dapat dilakukan dengan mengisolasi dan membiakan virus, deteksi antigen dan deteksi materi genetik dalam darah pasien.³

HIV dapat didiagnosis dengan mendeteksi antibodi anti-HIV melalui ELISA (*enzyme-linked immunoabsorbent assay*). Sampel yang positif dapat dikonfirmasi dengan *western bolt*. Serokonversi atau munculnya antibodi anti-HIV terjadi antara 1 sampai 3 bulan setelah infeksi primer. Metode ini adalah metode paling mudah dan umum digunakan di Indonesia.³

Hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan tes antibodi HIV adalah saat masa jendela.³ Masa jendela merupakan waktu sejak tubuh terinfeksi HIV sampai mulai timbulnya antibodi yang dapat dideteksi dengan pemeriksaan. Antibodi mulai terbentuk pada 4-8 minggu setelah infeksi. Jadi jika pada masa ini hasil tes HIV pada seseorang yang sebenarnya sudah terinfeksi HIV dapat memberikan hasil negatif. Untuk itu jika perlu dilakukan pemeriksaan ulang 3 bulan kemudian.

f. Pencegahan dan Penanggulangan HIV

Beberapa jenis program pencegahan dan penanggulangan HIV diterapkan di beberapa negara dan dianjurkan oleh WHO untuk dilaksanakan, meliputi :
2,3,13,22

- 1) Pendidikan kesehatan untuk remaja dan dewasa muda
- 2) Program penyuluhan sebaya (*peer group education*) untuk berbagi kelompok sasaran

- 3) Program kerjasama dengan media cetak dan elektronik
- 4) Paket pencegahan komprehensif untuk pengguna narkoba, termasuk program pengadaan jarum suntik steril
- 5) Program pendidikan agama
- 6) Program VCT
- 7) Program pelayanan pengobatan infeksi menular seksual (IMS)
- 8) Program promosi kondom di lokasi pelacuran dan panti pijat
- 9) Pelatihan keterampilan hidup
- 10) Program pengadaan tempat-tempat untuk tes HIV dan konseling
- 11) Dukungan untuk anak jalanan dan pengentasan protstitusi anak
- 12) Integrasi program pencegahan dengan program pengobatan, perawatan dan dukungan untuk ODHA
- 13) Program pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak dengan pemberian obat ARV
- 14) Pencegahan penularan pada perawat meliputi mencuci tangan dan membuang limbah jarum suntik ke *safety box*. Mencuci tangan yang benar dilakukan menggunakan air dan cairan antiseptik dalam waktu 40-60 detik. Mencuci tangan harus dilakukan sesuai dengan *Five Moments for Hand Hygiene*, yakni sebelum melakukan kontak dengan pasien, sebelum melakukan tindakan aseptik, setelah melakukan kontak dengan cairan tubuh pasien, setelah melakukan kontak dengan pasien, dan setelah melakukan kontak dengan lingkungan sekitar pasien. Limbah jarum suntik harus dibuang segera setelah digunakan pada ODHA tanpa teknik *recapping*.

Teknik *recapping* merupakan tindakan menutup kembali jarum suntik bekas pakai. Teknik *recapping* tidak boleh dilakukan pada jarum suntik yang digunakan pada pasien dengan penyakit terminal. Depkes RI menyatakan bahwa teknik *recapping* tidak boleh dilakukan dengan tujuan untuk melindungi petugas kesehatan dari bahaya tusukan jarum suntik.⁴

VCT atau *Voluntary Counseling Test* adalah suatu pembinaan dua arah atau konseling yang berlangsung tak terputus antara konselor dan kliennya dengan tujuan untuk mencegah penularan HIV.³ VCT bertujuan memberikan dukungan moral, informasi, serta dukungan lainnya kepada ODHA, keluarga, dan lingkungannya. VCT diadakan untuk mencegah peningkatan penularan HIV/AIDS, mengurangi kegelisahan, meningkatkan persepsi/pengetahuan mereka tentang faktor-faktor risiko penyebab seseorang terinfeksi HIV.³ Upaya pengembangan perubahan perilaku, sehingga secara dini mengarahkan mereka menuju ke program pelayanan dan dukungan termasuk akses terapi antiretroviral, serta membantu mengurangi stigma dalam masyarakat.²⁰

Sebagian besar program tersebut sudah dijalankan di Indonesia. Hanya sayangnya program-program tersebut belum dilaksanakan secara berkesinambungan dan belum merata di seluruh Indonesia.²

Selain itu, sampai saat ini kutukulum nasional pendidikan HIV/AIDS untuk perawat kedokteran, kedokteran gigi, kesehatan masyarakat, dan keperawatan masih dalam proses awal penyusunan.^{3, 13} Penyelesaian kurikulum ini penting untuk diselenggarakan, mengingat kebutuhan akan tenaga kesehatan yang mengerti seluk-beluk HIV/AIDS sudah amat mendesak.²¹

g. Pengobatan HIV/AIDS

Beberapa jenis program pencegahan dan penanggulangan HIV diterapkan di beberapa negara dan dianjurkan oleh WHO untuk dilaksanakan, meliputi :
2,3,13,22

1) Terapi infeksi HIV

HIV diobati dengan penggunaan kombinasi beberapa obat ARV (*antiretroviral*) yang disebut dengan HAART (*Highly Active Antiretroviral Therapy*). Terapi ini terbukti telah menurunkan angka mortalitas ODHA dan menghambat perkembangan penyakit menjadi AIDS.³ Terdapat tiga kelas obat utama yakni inhibitor reverse transkriptase nukleosida, inhibitor protease dan inhibitor reverse transkriptase nonnukleosida. Kombinasi tiga sampai empat obat digunakan untuk mengurangi jumlah virus. Jumlah virus dan respons CD4 menunjukkan efektivitas terapi. Masalah utama terapi ini yakni resistensi obat ARV, terutama pada pasien yang telah menggunakan berbagai macam obat.³ Obat ARV sering berinteraksi dengan obat lain. Masalah lain meliputi efek samping, intoleransi obat, masalah kepatuhan pasien akibat mengonsumsi terlalu banyak jenis obat.²²

Terdapat korelasi positif antara kepatuhan pasien meminum obat dengan keberhasilan menurunkan jumlah HIV. HAART sangat efektif bila diminum sesuai aturan. Hal ini berkaitan dengan resistensi obat dan penekanan virus.^{3,22} Semua obat antiretroviral diberikan dalam bentuk kombinasi. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan efektivitas obat dan penting dalam mencegah resistensi. Kepatuhan terhadap aturan pemakaian

obat juga sangat membantu mencegah terjadinya resistensi. Virus yang resisten terhadap obat akan berkembang cepat dan berakibat bertambah buruknya perjalanan penyakit. Obat-obatan ARV harus diminum seumur hidup secara teratur, berkelanjutan, dan tepat waktu. Cara terbaik untuk menekan virus secara terus menerus adalah dengan minum obat secara tepat waktu dan mengikuti petunjuk berkaitan dengan makanan.

2) Kepatuhan Obat

Istilah kepatuhan digunakan untuk menggambarkan perilaku pasien dalam minum obat secara benar tentang dosis, frekuensi dan waktunya. Pasien dilibatkan dalam memutuskan apakah bersedia minum atau tidak. Kepatuhan ini amat penting dalam pelaksanaan ARV, karena :^{2,3}

- a) Bila ada obat tidak mencapai konsentrasi optimal dalam darah maka akan memungkinkan berkembangnya resistensi oleh virus.
- b) Minum dosis obat tepat waktu dan meminumnya secara benar berguna untuk mencegah terjadinya resistensi obat.
- c) Tingkat kepatuhan berbanding lurus dengan keberhasilan dalam mempertahankan supresi virus.

h. Perawatan ODHA

Standar operasional perawatan pada ODHA terus dikembangkan. Asosiasi perawat dalam perawatan HIV/AIDS di Amerika Serikat merancang prosedur perawatan pada ODHA, meliputi : ^{2,3,13,22}

- 1) Perawatan ODHA dengan Gangguan Pertukaran Gas

Menurut *Centers Disease Control (CDC)* San Fansisco tahun 2006, PCP adalah penyebab utama gangguan pertukaran gas pada ODHA. Penelitian pada 201 ODHA dengan PCP di rumah sakit menyatakan bahwa hampir sepertiga dari responden (n= 60) mengalami *dyspnea* selama rawat inap.²⁷ Manajemen keperawatan dari gangguan pertukaran gas meliputi :
2,3,28,29

- a) Mengkaji pola napas (melaporkan bila terjadi sesak napas, batuk, atau nyeri dada) dan tekanan oksimetri.
- b) Memberikan alat bantu pemberian oksigen.
- c) Memberikan antibiotik sesuai resep dan memantau efek samping.
- d) Memberikan opioid sesuai resep (misalnya morfin) untuk paliatif.
- e) Membantu ADL.
- f) Meningkatkan periode istirahat.
- g) Memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien tentang napas dalam dan batuk efektif untuk mengurangi takipnea dan kecemasan.
- h) Mempersiapkan pasien untuk melakukan pemeriksaan diagnostik paru.

2) Perawatan ODHA dengan Defisiensi Kebutuhan Nutrisi dan Cairan

Sejumlah penyakit dan prosedur pengobatan menyebabkan defisiensi kebutuhan nutrisi dan cairan pada ODHA.² ODHA yang mengalami defisiensi nutrisi dan cairan serta memiliki riwayat demam dapat menyebabkan peningkatan kebutuhan metabolik. Intervensi keperawatan untuk mengelola defisiensi nutrisi dan cairan meliputi :^{3,28,29}

- a) Memantau nilai input - output, kemampuan untuk memberi makan diri sendiri, kemampuan untuk menelan, gejala gangguan makan dan asupan cairan, turgor kulit, serta budaya makanan pada pasien.
- b) Memberikan hidrasi intravena.
- c) Melaporkan pada dokter bila ada gejala yang tidak terkendali yang mengganggu asupan nutrisi pasien.
- d) Berkonsultasi pada ahli gizi untuk resep diet khusus.
- e) Mendidik pasien tentang asupan cairan yang cukup (minimal 2 sampai 3 liter / hari), peran gizi dalam pemulihan penyakit akut dan interaksi obat.
- f) Menganjurkan keluarga dan teman-teman pasien untuk membawa makanan favorit pasien.

3) Perawatan ODHA dengan Defisiensi Perawatan Diri

Tanda dan gejala penyakit HIV/AIDS mengganggu daya perawatan diri ODHA.^{2,3} Gejala ini meliputi diare yang tidak terkendali, mual, muntah, nyeri, kelemahan, kelelahan, demam, keringat malam, perubahan status mental atau gangguan kognitif, inkontinensia urin, gangguan penglihatan atau pendengaran, dan gangguan sensorik dapat timbul dari gejala penyakit kronis. Efek sekunder dari penyakit HIV lanjut juga berkontribusi menyebabkan defisiensi perawatan diri. Penatalaksanaan defisiensi perawatan diri meliputi:^{3,28,29}

- a) Mengobservasi kemampuan pasien untuk melakukan ADL, meliputi fungsi motorik dan sensorik, pola BAB dan BAK, dan gejala lain mengganggu kemampuan pasien untuk melakukan ADL

- b) Membantu pasien memenuhi kebutuhan ADL yang tidak dapat dilakukan secara mandiri.
- c) Merekomendasikan untuk berkonsultasi pada ahli terapi rehabilitasi yang sesuai.
- d) Mengidentifikasi kebutuhan mobilisasi pasien selama perawatan.
- e) Memberikan pendidikan kesehatan tentang pengelolaan ADL pada pasien dan keluarga meliputi mandi, mobilisasi, menggunakan alat bantu mobilisasi, makan, BAB dan BAK, dan manajemen obat.

4) Perawatan ODHA dengan Ketidakefektifan Koping

Distres klinis pada orang dengan infeksi HIV/AIDS tidak boleh diabaikan dalam praktik keperawatan.² Manajemen keperawatan ketidakefektifan koping meliputi:^{3,28,29}

- a) Menilai dan memantau masalah-masalah yang dirasakan oleh pasien secara berkala.
- b) Menentukan strategi dalam mengatasi kekhawatiran pasien.
- c) Menciptakan lingkungan yang nyaman dan menghargai hak-hak pasien.
- d) Mendorong komunikasi yang efektif antara perawat dan pasien dalam mengidentifikasi dukungan pada pasien.
- e) Merujuk pasien ke konselor atau rohaniwan untuk dukungan psikososial dan konseling spiritual jika dibutuhkan.
- f) Memantau setiap respon maladaptif, seperti keinginan bunuh diri, ancaman verbal, atau perilaku agresif dan konsultasi dengan dokter untuk evaluasi psikiatri.

g) Merujuk pasien dengan riwayat penggunaan narkoba ke layanan konseling penyalahgunaan narkotika, psikotropika, dan zat adiktif (NAPZA) jika pasien setuju dan layanan tersebut tersedia.

5) Perawatan ODHA dengan Risiko Jatuh

Faktor risiko yang berhubungan dengan risiko jatuh pada ODHA meliputi kelemahan, kelelahan, inkontinensia urin atau feses, hipotensi, dehidrasi, efek samping obat, masalah persepsi dan sensorik yang berkaitan dengan demensia, sistem saraf pusat, neuropati perifer.² Manajemen keperawatan untuk penatalaksanaan risiko jatuh pada pasien jatuh :^{2,3,28,29}

- a) Menilai faktor risiko jatuh meliputi kebingungan, masalah mobilitas, inkontinensia dan hipotensi ortostatik.
- b) Menginformasikan pada perawat lain atau keluarga pasien tentang risiko jatuh pasien.
- c) Menginstruksikan pasien dan keluarga untuk meminta bantuan ketika pasien melakukan mobilisasi, misalnya dari tempat tidur ke kursi.
- d) Meletakkan tombol bel pemanggil, pispot, urinal dan barang-barang penting lain dalam jangkauan pasien.
- e) Mengatur tempat tidur dalam posisi rendah dengan sisi atas tempat tidur ditinggikan.
- f) Meningkatkan pengawasan langsung dan memindahkan ruangan pasien lebih dekat ke *nurse station* jika perlu.
- g) Menawarkan bantuan dalam ADL.
- h) Memasang alat pengaman tempat tidur.

- i) Penggunaan restrain jika pasien membahayakan dirinya sendiri; tindakan ini perlu koordinasi terlebih dahulu kepada keluarga pasien; berikan perawatan, dukungan, dan pemantauan jika restrain yang digunakan.

6) Perawatan ODHA dengan Nyeri

Nyeri adalah gejala yang sering ditemukan pada pasien yang dirawat di rumah sakit dengan infeksi HIV lanjut. Sebuah studi retrospektif berdasarkan peninjauan rekam medis 96 ODHA di rumah sakit wilayah kota New York tahun 2009 oleh Lebovits melaporkan bahwa 54% diantaranya mengalami nyeri.³⁰ Nyeri adalah keluhan kedua setelah demam pada ODHA saat dikaji di rumah sakit. Manajemen keperawatan nyeri meliputi : ^{3,28,29}

- a) Mengkaji dan menilai karakteristik nyeri meliputi lokasi, kualitas, intensitas nyeri pada skala 0 sampai 10, serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.
- b) Memberikan analgesik sesuai resep dan mengevaluasi keberhasilannya.
- c) Mengevaluasi dan mencegah efek samping terapi obat yang tak diinginkan.
- d) Mengajarkan teknik nonfarmakologi seperti mandi air hangat, pijat, teknik relaksasi dan lainnya.
- e) Memberikan pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarga tentang penggunaan skala 0 sampai 10 untuk menilai intensitas nyeri, melaporkan bila nyeri tidak terkontrol, obat yang digunakan untuk mengontrol nyeri dan manajemen efek samping, dan tindakan nonfarmakologis untuk menghilangkan rasa sakit.

7) Perawatan ODHA dengan Gangguan Integritas Kulit

Meski tidak ada data yang memperkirakan kejadian perkembangan tingkat ulkus dekubitus atau tingkat luka nonbedah pada ODHA, Berger menyatakan bahwa penyakit kulit dapat menginfeksi 90% ODHA dan menyebabkan gangguan integritas kulit.³¹ Perawat berperan dalam memantau perubahan integritas kulit pasien, memberikan perawatan preventif untuk menjaga integritas kulit, dan mengambil langkah-langkah untuk meningkatkan penyembuhan luka dengan cepat. Manajemen keperawatan dari gangguan integritas kulit meliputi :^{3,28,29}

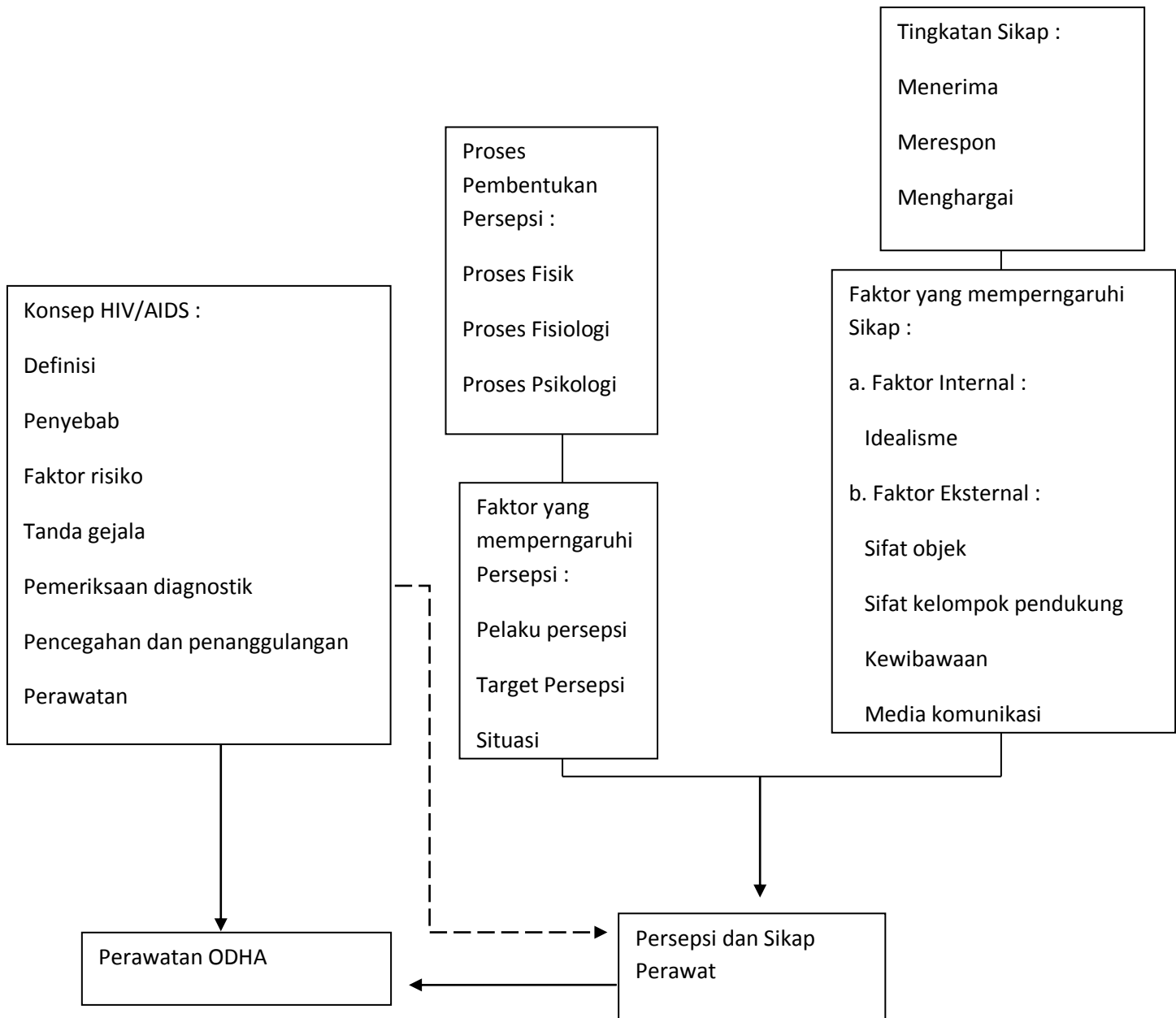
- a) Menilai risiko tekanan ulkus, kondisi kulit, dan keadaan luka (meliputi ukuran luka, lokasi, kondisi jaringan, granulasi, aroma, warna drainase dan perawatan luka yang sudah dilakukan).
- b) Memulai penatalaksanaan pencegahan ulkus dekubitus jika pasien berisiko, meliputi perubahan posisi tidur pasien di tempat tidur secara berkala, menyediakan kasur dengan tekanan rendah atau tempat tidur khusus.
- c) Berkonsultasi dengan ahli gizi untuk menentukan kebutuhan nutrisi.
- d) Konsultasi dengan spesialis perawatan luka keperawatan mengenai pembersihan luka yang tepat dan rencana ganti jika tersedia.
- e) Memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien tentang kesehatan kulit dan perawatan luka.

8) Perawatan ODHA dengan Gangguan Spiritual

Spiritual merupakan aspek yang unik pada tiap individu dan tergantung pada budaya, perkembangan, pengalaman hidup, kepercayaan dan ide-ide tentang kehidupan seseorang. Perawat perlu memahami perbedaan antara spiritual, keyakinan dan agama untuk menghindari kesalahpahaman yang akan mempengaruhi pendekatan perawat dengan ODHA. ODHA mempunyai aspek spiritual yang mempengaruhi semangat, respon terhadap distres dan kebahagiaan hidup selama menjalani perawatan medis sepanjang hidupnya: ^{3,28,29}

- a) Memeriksa keyakinan spiritual ibadah klien, fokuskan perhatian pada persepsinya terhadap kebutuhan spritualnya.
- b) Mengkaji seluruh perasaan ODHA dan mendengarkan secara aktif dan menunjukkan empati yang berarti menghayati masalah klien. Ketahui pesan verbal dan non verbal tentang kebutuhan spiritual pasien dengan meingkatkan kesadaran dan kepekaan pada ucapan dan pesan non verbal klien.
- c) Menerapkan teknik komunikasi terapeutik dengan teknik mendukung menerima, bertanya, memberi infomasi, refleksi, menggali perasaan dan kekuatan yang dimiliki klien. Mengetahui situasi klien tentang bagaimana merespon penyakitnya.
- d) Membantu memfasilitasi klien agar dapat memenuhi kewajiban agamanya dan memberitahu pelayanan spiritual yang tersedia di rumah sakit.

B. Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori