

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep HIV/AIDS

2.1.1 Definisi HIV/AIDS

Pasien HIV apabila tidak ditangani dengan tepat akan berdampak buruk dan menurut hasil penelitian, HIV bisa dikatakan virus yang menyebabkan AIDS (Richard D. Munna, dkk. 1997: 23). Akan tetapi, tidak seluruh pasien yang memiliki virus HIV akan berakhir dengan AIDS. 1 dari 10 orang yang terkena virus ini terkena juga AIDS karena gejalanya umum terlihat setelah tahun-tahun berikutnya (Diane Richardson, 2002:5). Masa Inkubasi jika terjangkit HIV hingga pembentukan AIDS sekitar 1 hingga 10 tahun, dengan rerata waktu sekitar 7 hingga 8 tahun (Kaplan,1993). Pasien dengan positif HIV rawan sekali terkena AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) akibatnya terjadi gangguan imun tubuh. (Kaplan,1993;Taylor; Sarafino,2002).

HIV ialah kependekan *Human Immunodeficiency Virus*, ialah virus ini mengganggu imunitas dalam tubuh seseorang, kemudian AIDS adalah kependekan *Acquired Immune Deficiency Syndrome*, ialah tahapan indikasi individu selama 5 hingga 10 tahun ketika virus HIV ini menimpa imunitas tubuh (Muntamah, 2020).

HIV merupakan mikroorganisme parasit yang cukup dan berkembang biak dalam tubuh. Namun, tidak semua penderita HIV memiliki gejala. Oleh karena itu, penderita HIV/AIDS (ODHA) terlihat tidak bergejala.

HIV/AIDS yaitu, gangguan imunitas paling sering terjadi di dunia dan menjadi masalah kesehatan cukup serius di dunia (Ignatavicius & Workman, 2010). HIV/AIDS ini dapat menular melalui sebab tertentu dan hingga hari ini belum ditemukan obat dalam mencegah HIV/AIDS secara efektif.

AIDS adalah tahapan indikasi yang muncul setelah mengganggu imunitas tubuh pada penderita HIV dan penyebarannya sangat cepat. HIV/AIDS disebut salah satu penyakit infeksi tertinggi yang dapat menimbulkan kematian.

ODHA disebut juga Orang Dengan HIV/AIDS, dimana penderitanya sudah dinyatakan positif terinfeksi. Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) merupakan orang yang telah terjangkit virus HIV/AIDS, dalam tahapan bergejala ataupun telah bergejala (Perda Jatim (2004)).

2.1.2 Faktor Penyebab HIV/AIDS

Penyebab penyakit ini bisa muncul dikarenakan pengaruh dari faktor-faktor berikut:

1. Pengetahuan tentang HIV-AIDS
2. Pendidikan

3. Ekonomi
4. Wilayah
5. Tradisi.

2.1.3 Cara penularan

Penularan HIV/AIDS melewati cairan tubuh bisa dengan hubungan seksual, baik homoseksual ataupun heteroseksual, transfusi darah dari ibu yang terinfeksi HIV ke bayi yang dilahirkannya dan juga jarum suntik pada pengguna narkotika. Pemeriksaan fisik yang dilakukan yaitu, tanda vital, berat badan serta melihat gejala-gejala lain yang memiliki kecenderungan infeksi oportunistik disesuaikan stadium klinis HIV. Pada tahun 1980-an awal, kelaziman HIV pada awalnya meningkat pada pasien dengan AIDS, khususnya pada laki-laki homoseksual.

Penularan penyakit HIV/AIDS bisa disebabkan pemakaian jarum suntik bersama. Inggariwati (2014) menuturkan faktor yang memiliki pengaruh paling signifikan pada infeksi HIV di kelompok pengguna narkoba suntik yaitu tindakan melakukan jarum suntik secara bersamaan, sikap seimbang tidak berbagi jarum suntik pada keadaan apapun dapat memberi perlindungan pengguna narkoba suntik dari HIV.

Penularan HIV melalui darah, air mani, atau cairan vagina dari orang yang terjangkit masuk ke pada tubuh orang lain. Virus HIV yang terinfiltrasi memasuki sel dendritik. Dendrit adalah bagian dari

pertahanan awal melawan infeksi. Virus HIV kemudian menyebar ke kelenjar getah bening. Target utama HIV yaitu limfosit CD4 (sejenis sel darah putih). Apabila sel darah putih tersebut terserang oleh virus HIV maka penderita HIV pun akan mudah terserang penyakit lain.

Setelah virus menyerang CD4, virus HIV akan replikasi atau istilahnya *binding and fusion*. Lalu virus HIV akan melewati tahapan *reverse transcription, integrasi* serta *transkripsi*. Dalam tiga tahapan tersebut, virus HIV akan tersimpan pada sel CD4 dalam jangka waktu yang lama kemudian bereplikasi membentuk virus HIV baru serta menempel pada sel CD4 lainnya hingga akhirnya menimbulkan sel CD4 tersebut akan mati. Akibatnya sel CD4 akan menurun. Jumlah CD4 normal berkisar antara 800 hingga 1200, sedangkan pada penderita HIV bisa mencapai 50/mm³. Orang yang terjangkit HIV tidak lagi memiliki antibody yang kuat dalam melindungi sistem imun tubuhnya, jadi sangat rawan terserang bakteri serta virus.

2.1.4 Patofisiologi Penyakit HIV/AIDS

HIV masuk pada tubuh manusia melewati darah, air mani serta cairan vagina. *Human immunodeficiency virus* termasuk dalam kelompok retrovirus yang memiliki materi genetik RNA yang bisa mengjangkit limfosit CD4 (diferensiasi empat klaster) dengan cara bereplikasi menurut DNA inang. Virus HIV umumnya menimpa jenis sel spesifik, ialah sel yang memiliki antigen CD4, khususnya limfosit T4, untuk menjaga imunitas tubuh. Virus bisa juga mengjangkit makrofag

monosit, sel Langerhans di kulit, sel dendritik alveolar di kelenjar getah bening, makrofag alveolar, sel retina, sel serviks, serta sel mikroglia otak. Virus, yang memasuki limfosit T4, kemudian bereplikasi hingga merusak sel limfosit.

Fase awal setelah infeksi HIV dikatakan sindrom retroviral akut, ketika terjadi menurunnya jumlah CD4 serta meningkatnya RNA HIV plasma. CD4 secara bertahap akan berkurang selama beberapa tahun, 1.5 hingga 2.5 tahun, sebelum pasien mengembangkan AIDS. Virus (total HIV dalam darah) dan total CD4 < 200/mm³, di ikuti infeksi oportunistik, penurunan berat badan yang cepat serta komplikasi lainnya. Pada pasien yang tidak terapi ARV, kelangsungan hidup rerata pasca pengurangan CD4 < 200/mm³ yaitu 3,7 tahun.

2.1.5 Klasifikasi HIV/AIDS

Tingkat klinis dari HIV dibagi kedalam beberapa klasifikasi berikut ini:

1. Stadium Klinis 1 (Asiptomatik/LGP): tidak ada gejala atau membesarnya kelenjar getah bening di tempat-tempat menetap serta bisa bergerak.
2. Stadium Klinis 2 (dini): gejala seperti menurunnya berat badan <10% dan kondisi kulit serta mulut ringan seperti infeksi jamur pada kaki, sariawan berulang dan infeksi saluran pernapasan atas berulang seperti sinusitis hadir. aktivitas tetap normal. Selain itu, bisa muncul chelitis anguralis serta herpes zoster pada 5 tahun belakangan.

3. Stadium Klinis 3 (menengah): menurunnya berat badan >10%, diare kronis yang berlangsung >1 bulan dengan alasan yang tidak jelas, demam yang berlangsung > 1 bulan dengan alasan yang tidak jelas, intermiten atau persisten, kandidiasis oral, bercak berbulu putih di mulut, TBC dalam setahun, akhirnya infeksi bakteri parah seperti pneumonia. Pada tahap ini, pasien umumnya berbaring di tempat tidur selama > 12 jam sehari.
4. Stadium Klinis 4 (lanjut): badan cenderung jadi kurus serta mengalami diare atau demam yang dialami lebih dari 1 bulan namun penyebabnya tidak diketahui dengan pasti; timbulnya penyakit virus sitomegalo pada organ tubuh, kecuali pada limfa, hati serta kelenjar bening; munculnya infeksi virus herpes simpleks dimukokutan; tuberkulosis di luar paru-paru; yang bisa mengakibatkan terganggunya aktivitas sehari-hari dalam jangka waktu yang panjang namun tidak ditemukan penyebab diluar HIV (Rustamaji, 2000:134-135)

2.1.6 Faktor Risiko HIV/AIDS

Faktor risiko menularnya HIV/AIDS hingga pada tahun 2015 yaitu:

1. Heteroseksual 84.7%
2. IDU 5.7%
3. Homoseksual 4.7%
4. Perinatal 4.6%
5. Transfusi darah 0.1%

Jika dilihat dari kelompok umur, persentase kasus HIV/AIDS yaitu:

1. Umur 15 hingga 19 tahun 3.0%
2. Umur 20 hingga 29 tahun 32.0%
3. Umur 30 hingga 39 tahun 29.4%
4. Umur 40 hingga 49 tahun 11.8%
5. Umur 50 hingga 59 tahun 3.9%

Hingga saat ini mayoritas yang terjangkit HIV/AIDS adalah wanita, yaitu sebanyak 61.5% serta pria 38.50% (Kemenkes RI, 2011).

2.1.7 Pemeriksaan Fisik Dan Diagnostik

Dalam menentukan diagnosis HIV didapatkan dari pemeriksaan riwayat, pemeriksaan fisik secara umum, keluhan, faktor resiko, dan pemeriksaan antibodi dan setelahnya melakukan tes HIV. Kemudian skrining ataupun pelayanan *voluntary counseling and test* (VCT). Skrining dilaksanakan dengan cara pengambilan sampel darah atau urin pasien kemudian dilakukan pengecekan di lab. Beberapa tipe skrining dalam melihat HIV yaitu:

1. Tes antibodi

Tes ini dapat memperlihatkan deteksi antibodi yang dibuat tubuh untuk bertahan dari infeksi HIV. Selama periode 3 hingga 12 minggu, tujuannya adalah untuk mendapatkan total antibodi pada tubuh yang cukup signifikan untuk dideteksi dalam tes.

2. Tes antigen

Tes ini memberikan deteksi P24, yang merupakan protein dalam virus HIV. Tes antigen bisa dilaksanakan 2 hingga 6 minggu pasca pasien terjangkit.

Jika hasil skrining menunjukkan pasien terinfeksi HIV (HIV +) selanjutnya perlu dilakukan tes berikutnya. Hal ini dilakukan dengan tujuan memastikan hasil dari skrining, tes berikutnya bisa memberi bantuan pada dokter mendeteksi stadium infeksi yang di derita dan pengobatan yang cocok. Selanjutnya, pengambilan sampel darah pasien, untuk dilakukan penelitian di lab. Tes-tes itu, diantaranya:

1) Perhitungan Sel CD4

CD4 merupakan elemen sel darah putih yang dirusak HIV. Pada kondisi normal, CD4 ada dalam jumlah 500 hingga 1400 sel/mm³ darah. Ketika CD4 berada dibawah 200 sel/mm³ darah ini memungkinkan infeksi HIV telah berkembang menjadi AIDS.

2) *Viral Load Check*

Tes viral load dirancang untuk mencari jumlah RNA, bagian dari HIV yang melakukan fungsi reproduksi. Jika total RNA <10.000 kopi/mm darah, itu berarti virus takkan berkembang dengan sangat cepat, namun hal itu masih bisa merusak imunitas secara perlahan. Namun, jika

total RNA > 100.000 kopi/mm darah, ini menunjukkan infeksi HIV baru atau tidak diobati.

3) Pengetesan Kekebalan Terhadap Obat

Diketahui beberapa tahap infeksi HIV resisten terhadap obat HIV. Ini memberi bantuan pada mengidentifikasi jenis obat HIV yang tepat.

3. Konseling

Tahap awal tes HIV meliputi konseling, skrining awal diikuti dengan informed consent, diikuti dengan skrining, dan diakhiri dengan konsultasi pasca skrining yang menjelaskan hasil tes dan rencana pengobatan.

Pemeriksaan HIV bisa dilaksanakan dengan VCT, ataupun PITC.

1) VCT

VCT dilaksanakan dengan keinginan pasien. Prinsip dari VCT yaitu:

- a. Pemberian penjelasan serta persetujuan
- b. Rahasia
- c. Penyuluhan
- d. Pemberian hasil yang tepat
- e. Pemberian layanan dalam menangani, merawat, serta mencegah.

2) PITC

PITC adalah tes HIV yang direkomendasikan oleh dokter ketika mencari tanda-tanda penyakit atau kelainan tertentu yang dimiliki pasien, misalnya pada populasi kunci seperti pekerja seks, orang yang menyuntikkan narkoba, pecandu narkoba, homoseksual dan pasien vitiligo, serta kelompok tertentu seperti seperti hepatitis, ibu hamil, pasangan seksual dengan serokonkompatibilitas, penderita TBC, penderita penyakit menular seksual lainnya seperti gonore, klamidia atau sifilis, atau narapidana.

4. Anamnesis

Beberapa informasi penting yang perlu diperhatikan yaitu :

1) Identitas

Mengetahui latar belakang pasien agar memudahkan pencarian penyebab terkenanya HIV.

2) Riwayat Perilaku Berisiko

Hal tersebut bisa didapatkan melewati riwayat aktifitas seks, orientasi pada seks, penggunaan narkotika serta alkohol, memiliki tatto, transfusi darah, hamil, serta melahirkan.

3) Riwayat keluhan serta penyakit yang pernah dialami

Infeksi HIV tidak memiliki gejala atau keluhan khusus. Pada saat infeksi awal, gejala ringan biasanya muncul sebagai: sindrom mirip flu. Dalam kondisi yang lebih serius, keluhan sesuai dengan etiologi oportunistik. Pasien akan sembuh, tetapi pemulihannya sulit dan mungkin ada riwayat penyakit menular seksual berulang, demam, diare kronis, tuberkulosis paru.

5. Pemeriksaan Fisik

Gejala ringan seperti sindrom mirip flu dapat muncul selama serokonversi, dan pada kondisi yang lebih parah, tanda-tanda infeksi oportunistik dapat muncul. :

- 1) Terlihat mengalami sakit yang parah
- 2) Muncul ruam di kulit
- 3) Kandidiasis mulut
- 4) Pernafasan terganggu
- 5) Mengalami herpes berterusan
- 6) Buruknya gizi
- 7) Tuberkulosis ekstra

Pengecekan fisik untuk pasien HIV diantaranya :

- 1) Suhu

Demam sering terjadi pada pasien yang terinfeksi HIV.

Demam bisa menjadi gejala dari berbagai penyakit yang

disebabkan oleh infeksi atau kanker tertentu, dan lebih sering terjadi pada orang dengan kekebalan rendah.

2) Berat

Berat badan diperiksa pada setiap kunjungan. Penurunan berat badan 10% atau lebih, mungkin karena sindrom wasting, yang merupakan salah satu ciri AIDS. Dan tahap terburuk adalah tahap terakhir dari HIV. Nutrisi ekstra diperlukan ketika pasien telah kehilangan berat badan.

3) Mata

Retinitis sitomegalovirus (CMV) adalah komplikasi umum dari AIDS. Ini lebih sering terjadi pada orang yang memiliki jumlah CD4 kurang dari 100 mikroliter (MCL). Ini termasuk gejala penglihatan kabur atau kehilangan penglihatan. Jika gejala retinitis CMV berkembang, segera temui dokter mata..

4) Mulut

Infeksi jamur mulut dan sariawan lainnya sangat umum terjadi pada orang yang terinfeksi HIV. Dokter akan memeriksa mulut pada setiap kunjungan. Pemeriksaan gigi minimal dua kali setahun.

5) Kelenjar getah bening

Pembengkakan kelenjar getah bening tidak selalu disebabkan oleh HIV. Saat memeriksa pembesaran

kelenjar getah bening atau menemukan ukuran yang berbeda, dokter akan memeriksa setiap kunjungan pasien.

6) Perut

Pemeriksaan perut dapat mengungkapkan perut yang membesar (hepatomegali) atau limpa yang membesar (splenomegali). Kondisi ini mungkin disebabkan oleh infeksi baru-baru ini atau mengindikasikan kanker. Dokter akan memeriksa perut setiap pasien yang datang ke rumah sakit/klinik atau jika pasien mengalami gejala seperti nyeri di perut kanan atau kiri atas.

7) Kulit

Kulit adalah masalah umum bagi orang dengan HIV. Pemeriksaan rutin dapat mengungkapkan kondisi yang dapat diobati mulai dari tingkat keparahan, dari dermatitis seboroik hingga sarkoma Kaposi.

6. Pemeriksaan Diagnostik

Tes diagnostik HIV adalah tes serologi untuk antibodi yang dapat dilakukan dengan menggunakan Rapid Test, Microparticle Enzyme Immunoassay (CMIA), Enzyme Immunoassay (EIA), dan Western blotting. Tes serologis ini merupakan dasar untuk diagnosis awal dan primer HIV, mendeteksi adanya antibodi spesifik yang diproduksi oleh tubuh

sebagai respons terhadap antigen-antibodi. Rapid test adalah tes cepat untuk mendeteksi antibodi HIV dalam waktu singkat, kurang dari 20 menit, enzyme immunoassay untuk mendeteksi antibodi HIV1 dan HIV2, wet blot biasanya digunakan sebagai tes konfirmasi antibodi pada kasus-kasus sulit.

Antibodi Tes serologis harus diisi setelah melewati jendela infeksi HIV, menurut siapa dan lisensi R1 adalah 2 minggu - 3 bulan setelah risiko atau paparan HIV (periode jendela adalah periode yang diperlukan untuk tubuh untuk menciptakan antibodi Antibodi HIV dapat ditemukan pada instrumen ujian).

Tes biasanya dilakukan dengan instrumen dan reagen dengan spesifisitas dan sensitivitas tinggi, dan dengan aliran filtrasi yang kompleks, sehingga bila dilakukan sesuai prosedur, kemungkinan mendapatkan hasil negatif atau positif palsu sangat kecil. Hasil negatif palsu dapat diperoleh jika tes dilakukan sebelum periode jendela berakhir atau jika sistem kekebalan melemah. Hasil positif palsu dapat terjadi karena antibodi tubuh terhadap antigen lain selain HIV dibaca sebagai antibodi HIV.

Hasil umumnya diketahui reaktif (jika ada reaksi antara sampel darah dan alat tes, yang menunjukkan adanya antibodi HIV) dan non-reaktif (tidak ada reaksi antara sampel darah dan

alat tes, yang menunjukkan bahwa tidak ada antibodi HIV). terdeteksi) dan hanya diagnosis positif atau negatif yang dapat ditegakkan oleh dokter yang memeriksa/melakukan VCT pasien secara langsung.

7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penopang untuk HIV ialah pemeriksaan *baseline*, antigen P24, sel CD4 serta *viral load*.

Sebuah studi dasar dilaksanakan dalam pemeriksaan kondisi pasien yang baru didiagnosis dengan infeksi HIV serta untuk mengidentifikasi koinfeksi mereka dengan infeksi yaitu:

1. Tuberkulosis
2. Hepatitis B serta C
3. Infeksi menular seksual lainnya
4. Pengecekan darah yang utuh (hemoglobin, hematokrit, trombosit, leukosit-hitung jenis, leukosit, eritrosit, laju endap darah)
5. Fungsi hati (SGOT, SGPT)
6. Urinalisis
7. Profil Lipid

2.1.8 Penatalaksanaan HIV/AIDS

Banyak faktor yang memberi peningkatan pada morbiditas dan mortalitas HIV/AIDS, yaitu faktor eksternal dan internal yang

kurang optimal dalam pengelolaan pasien HIV/AIDS. Efek radikal bebas dan pertahanan mitokondria belum dianggap serius. Masalah akibat infeksi HIV/AIDS ditunjukkan dengan tingginya angka kejadian dan angka kematian. Ada peningkatan spesies oksigen reaktif (ROS) pada pasien HIV / AIDS, yang dapat berkontribusi pada perkembangan penyakit ke tingkat yang lebih parah.

Oleh karena itu, selain pemberian ART dengan terapi antiretroviral yang sangat aktif (highly active antiretroviral therapy/HAART), dukungan nutrisi menurut konsep imunonutrisi harus dipertimbangkan dalam pengelolaan ODHA. Segmen klinis WHO dan CDC krusial dalam mendukung pemberian ART.

Jika terjangkit HIV, pasien harus dirujuk ke layanan HIV untuk berbagai layanan termasuk stadium klinis, penilaian imunologi, serta penilaian virologi. Itu dibuat untuk :

1. Memberi penentuan kepada pasien mengenai terapi antiretroviral.
2. Memberi penilaian status supresi imun pasien serta memberi penentuan mengenai infeksi oportunistik yang pernah ataupun sedang dialami .
3. Memberi panduan mengenai obat paada ART yang tepat.

2.1.9 Gejala HIV/AIDS

Gejala orang yang terinfeksi HIV sama dengan penyakit umum misalnya demam, bronkitis, serta flu, namun pada orang

dengan AIDS, gejalanya cenderung memburuk dan berangsur-angsur memburuk. Diane Richardson (2002:25) menuturkan beberapa gejala pada HIV/AIDS yaitu :

1. Malaise, yang terjadi dalam jangka waktu yang lama namun tidak diketahui penyebabnya.
2. Demam berat, menggigil kedinginna, serta sering mengeluarkan keringan yang berlebih ketika malam hari.
3. Berat badan menurun secara drastis dalam kurun waktu dekat.
4. Kelenjar membengkak, khususnya pada bagian leher serta ketiak.
5. Sariawan adalah sejenis bisul atau luka bernanah di mulut atau tenggorokan. Sariawan ialah infeksi yang biasanya terjadi pada vagina dan menyebabkan keputihan yang mengiritasi (jamur vagina tidak berkolerasi dengan AIDS). Pada pria, jamur ini bermanifestasi sebagai bintik-bintik putih yang menjangkit ujung penis atau muncul cairan putih dari anus.
6. Mengalami diare dalam jangka waktu yang panjang.
7. Pernapasan menjadi tidak stabil, secara bertahap memburuk selama berminggu-minggu, dibarengi dengan batuk kering yang tidak disebabkan oleh merokok serta berlangsung lebih lama dari batuk flu.
8. Jerawat baru yang memiliki warna merah muda atau ungu, datar serta menonjol (biasanya tanpa rasa sakit) terlihat pada

kulit, salah satunya bibir atau kelopak mata. Perubahan ini juga bisa terjadi pada organ dalam, misalnya lapisan paru-paru, usus, ataupun anus. Pada mulanya luka lecet, berdarah hingga memar, namun saat ditekan tidak memudar serta hilang. Umumnya, lepuh ini adalah bentuk kanker kulit yang disebut sebagai sarkoma Lepidoptera.

2.1.10 Dampak Virus HIV/AIDS

Ketika seseorang terkena HIV/AIDS, ada banyak faktor yang memberikan pengaruh pada baik dampak fisik maupun psikis dan sosial. Tekanan psikologis yang dirasakan ODHA menjadi unsur pokok penurunan kembali kondisi tersebut. Richard D. Muma (1997:279) menuturkan beberapa dampak yang biasa terjadi pada penderita HIV yaitu :

1. Mudah cemas dengan berbagai hal terutama jika muncul gejala-gejala yang belum pernah dirasakan sebelumnya sert hiperventilasi.
2. Sering mengalami tekanan batin.
3. Merasa tidak lagi dibutuhkan oleh orang-orang sekitar.
4. Memiliki ketakutan apabila orang lain mengetahui penyakit yang dialaminya karena stigma masyarakat untuk penderita AIDS adalah kebiasaan seksual yang tidak baik.
5. Khawatir akan finansial kedepannya.

6. Selalu menyangkal perihal pernah menggunakan obat-obatan terlarang.

2.1.11 Pengobatan HIV/AIDS

Sarafino (2002) berpendapat, beberapa orang yang hidup dengan HIV yang memiliki imunitas yang lemah dapat menerima pengobatan yang efektif. Tidak jarang orang dengan HIV/AIDS menjadi hipersensitif atau alergi pada pengobatan, dan masih belum ada pengobatan yang tersedia untuk memungkinkan tubuh mereka menularkan virus. Jika tidak diobati, infeksi oportunistik ini bisa mengakibatkan kematian sekitar 3 tahun pasca AIDS didiagnosis.

Gavze (Sarafino, 2002) juga menuturkan terdapat minoritas pasien yang bisa bertahan hidup > 3 tahun karena karakteristik biologis dan psikososialnya yang baik. Hal tersebut ditegaskan oleh Cole serta Kemeny (Sarafino, 2002) orang dengan HIV rentan mengalami stres serta tidak mengatasi dengan baik, dan imunitas melemah dan penyakit berkembang sangat cepat dibandingkan dengan orang lain.

Pada pertengahan 1980-an, obat yang digunakan untuk pasien AIDS merupakan AZT (azidothymidine), yang bekerja memperlambat reproduksi HIV pada tahap pertama (Sarafino, 2002). Kemudian, pada pertengahan 1990-an, obat antiretroviral kelas baru yang dikenal protease inhibitor dikembangkan, yang bekerja mengontrol reproduksi HIV serta secara signifikan memberi

pengurangan pada viral load pada banyak, tetapi tidak semua, kasus infeksi HIV (Alloy,2005).

Obat antiretroviral (ARV) yaitu obat yang bisa dipakai memberi pengurangan pada perkembangan retrovirus di dalam tubuh. Obat antiretroviral dipakai untuk menghentikan virus agar tidak berkembang biak serta melambatkan penghancuran imunitas tubuh sehingga seseorang dengan HIV bisa merasa lebih baik/nyaman serta menjalani kehidupan yang normal.

Merawat anak akibat HIV/AIDS berbeda dengan merawat orang dewasa karena anak-anak berada pada usia luar biasa dan memerlukan perawatan yang komprehensif. Wali membutuhkan pendekatan dan pemahaman multi-sektor dan multi-disiplin tentang pengasuhan anak.

2.1.12 Penyakit Penyerta Pada Pasien Hiv/Aids

Penyakit komorbid pada pasien HIV dengan kondisi kronis misalnya penyakit kardiovaskular, paru-paru, penyakit hati serta ginjal, non-AIDS, osteoporosis serta penyakit tulang, kini menjadi lebih umum di antara orang yang terinfeksi HIV pasien yang terinfeksi. Masing-masing kondisi ini memerlukan pengobatan dasar, kemudian pada saat yang sama, berkontribusi pada eksaserbasi rasa sakit dan gejala pada pasien yang terinfeksi HIV.

1. Penyakit Kardiovaskular serta Paru-Paru

Ada bukti penyakit kardiovaskular, terutama aterosklerosis serta gagal jantung kongestif, bisa muncul lebih dini pada orang yang terinfeksi HIV serta lebih sering daripada orang yang tidak terinfeksi HIV.

2. Penyakit Hati serta Ginjal

Penyakit hati pada stadium akhir termasuk pengakibat penting morbiditas pada orang yang terinfeksi HIV. Di seluruh dunia, kurang lebih 45 juta orang terinfeksi HIV serta virus hepatitis C (HCV).

3. Penyakit Tulang Metabolik serta Osteonekrosis

Penyakit tulang merupakan masalah yang makin serius bagi pasien HIV. Etiologinya multifaktorial, termasuk hipogonadisme, merokok/penggunaan alkohol, inflamasi HIV langsung, terapi antiretroviral (terutama tenofovir), defisiensi vitamin D, serta berat badan rendah. Pasien HIV dengan osteoporosis mempunyai risiko patah tulang yang lebih tinggi. Sebuah studi baru-baru ini mendapati tingkat patah tulang yang berhubungan dengan osteoporosis adalah 60% lebih tinggi pada pasien HIV daripada pasien yang tidak HIV.

Osteonekrosis atau nekrosis steril juga umum terjadi pada orang yang terinfeksi HIV dibandingkan populasi umum.

Insidennya ditaksir 4,4% berdasar studi pencitraan (radiologi), meskipun banyak yang asimtomatik.

4. Malignansi

Pasien yang terinfeksi HIV memiliki peningkatan insiden keganasan terkait HIV dan non-HIV. Keganasan terkait AIDS misalnya sarkoma Kaposi, limfoma non-Hodgkin (termasuk limfoma Burkitt serta limfoma sistem saraf pusat primer) serta kanker serviks invasif terus ada, tetapi totalnya sudah berkurang secara signifikan di era terapi saat ini.

5. Kelainan Neurokognitif, Gangguan Psikiatri dan Penyalahgunaan Zat

Gangguan psikiatri juga relatif biasa pada kelompok yang terjangkit HIV. Satu studi mendapati kelaziman psikosis pada pasien HIV adalah 2 kali lebih tinggi daripada pasien non-HIV (63% berbanding 30,5%). Gangguan mental yang bisa terjadi pada pasien HIV yaitu tekanan batin, dengan perkiraan terjadinya adalah 36%, daripada 4,9% dalam populasi umum. Gangguan kecemasan umum biasa terjadi pada pasien HIV, sekitar 16%. Studi epidemiologis telah menunjukkan pasien psikiatri dengan gangguan psikiatri kronis seperti skizofrenia berada pada peningkatan risiko

infeksi HIV. Depresi dikaitkan dengan kepatuhan yang buruk pada ART. Kemudian, studi baru-baru ini terhadap 198 pasien terinfeksi HIV yang memulai ART di institusi medis besar di AS mendapati peluang yang lebih tinggi seluruh gangguan kejiwaan dikaitkan dengan penekanan virus, virus lebih lambat dan kegagalan virologi belajar lebih cepat.

6. Kelemahan

Kelemahan didefinisikan dengan berbagai cara, dengan parameter fisik yang paling umum digunakan, yaitu minimal 3 dari 5 kriteria (menurunnya berat badan lebih dari 4,5 kg dalam satu tahun belakangan, kelelahan, aktivitas fisik yang rendah, kekuatan genggam yang buruk serta waktu lari yang lambat). Peneliti HIV menyarankan pemahaman yang lebih baik tentang kelemahan pasien HIV juga mencakup penyakit neuropsikiatri yang hidup berdampingan.

7. Wasting

Sindrom limbah pada orang yang terinfeksi HIV jauh lebih jarang terjadi di era terapi HIV saat ini dikarenakan minoritas pasien yang memiliki penyakit lanjut serta infeksi oportunistik aktif. Cachexia dikaitkan dengan nutrisi yang memadai pada orang yang terinfeksi HIV.

8. Hipogonadisme

Tingkat testosteron yang relatif rendah bisa terjadi pada wanita yang terjangkit HIV, tetapi standar peraturan dan pedoman untuk diagnosis serta pengobatan pasien ini masih tidak pasti. Kadar testosteron yang rendah akibat hipogonadisme, terutama hipogonadisme sekunder, merupakan masalah biasa pada pria terjangkit HIV. Meskipun tingkat prevalensi saat ini lebih rendah, 6% laki-laki dengan HIV memiliki tingkat testosteron rendah.

2.2 Konsep Perawatan Paliatif

2.2.1 Definisi

Organisasi kesehatan dunia atau WHO menuturkan, perawatan paliatif yaitu suatu pendekatan yang ditujukan untuk memberi peningkatan pada kualitas hidup pasien serta keluarga yang mendapati masalah yang mengancam jiwa dengan melakukan tindakan preventif, menghilangkan rasa sakit dan mengakhiri penderitaan dan masalah fisik, psikologis, dan aspek sosial, sosial serta spiritual (WHO, 2019).

Perawatan paliatif adalah pendekatan yang efektif untuk memberi peningkatan pada kualitas hidup pasien HIV/AIDS (Huang, 2013). Perawatan paliatif adalah perawatan komprehensif yang di beri pada pasien serta keluarganya yang mendapati penyakit yang

membatasi hidup, yang di beri oleh tim interdisipliner ketika penyakitnya tidak lagi dapat diobati atau pasien tidak menjalani intervensi yang bertujuan untuk memperpanjang hidup (Yodang, 2015).

Perawatan paliatif ialah suatu pendekatan untuk memberi peningkatan pada kualitas hidup pasien serta keluarganya dalam melawan penyakit yang mengancam kehidupan seseorang melewati pencegahan serta pertolongan melalui deteksi dini, penilaian terstruktur serta pengobatan nyeri pada masalah fisik, psikososial serta spiritual lainnya (KEPMENKES RI NOMOR: 812, 2007).

Berdasarkan pengertiannya perawatan paliatif ditujukan bukan hanya pada pasien akan tetapi juga keluarganya. Keluarga adalah seseorang yang diidentifikasi baik secara biologis atau secara hukum memiliki hubungan atau tidak (Lugton & McIntyre, 2005). Keluarga adalah orang terdekat dengan pasien dan yang juga memiliki peranan penting dalam perawatan pasien. Disaat anggota keluarga sakit maka akan berdampak baik secara biologis, fisik, sosial dan spiritual pada anggota keluarga lainnya. Sehingga dalam penanganan pelayanan paliatif, bukan hanya pasien yang difokuskan tetapi juga kepada keluarganya.

2.2.2 Falsafah Perawatan Paliatif

Paliatif bermula dari bahasa latin “Paliumum” yang memiliki artian membungkus atau mencari kain atau selimut agar tetap hangat atau nyaman. Perawatan paliatif bisa diartikan pemberian layanan yang memberi rasa nyaman sebagaimana keluhan yang disampaikan kepada pasien. Tujuan utama perawatan paliatif yaitu membuat pasien dan keluarganya merasa nyaman. Namun, perawatan paliatif tidak hanya mencakup masalah fisik pasien namun unsur psikologis, sosial serta spiritual. Semua aspek sebelumnya harus holistik.

Selain itu, profesional kesehatan, politisi, dan masyarakat umum paham akan perawatan paliatif sama dengan perawatan akhir hayat. Perawatan paliatif adalah layanan yang meliputi:

1. Fokus dari pelayanan ialah apa yang dibutuhkan pasien bukan fokus pada penyakit.
2. Pasrah akan kematian tetapi tetap berusaha memberi peningkatan pada taraf hidup.
3. Pelayanan yang memberi peningkatan pada kerja sama pada pasien, petugas kesehatan, dan keluarga pasien.
4. Fokus utama yaitu menyembuhkan bukan mengobati.

Perawatan paliatif tidak memberi percepatan pada kematian dan keduanya menjeda kematian, karena kematian adalah hal alami makhluk hidup. Namun, proses penyembuhan seseorang dengan

baik, lingkungan serta Tuhan. Oleh karena itu, individu tidak bisa mati dalam perawatan, tetapi seseorang dapat mati dengan kondisi disembuhkan. Jadi mati karena penyembuhan dapat ditafsirkan oleh kematian di mana seseorang dapat mengatakan atau menyatakan, dalam bentuk; Aku mencintaimu, maafkan aku, terima kasih, selamat tinggal. Atas dasar di atas, oleh karena itu dikatakan perawatan paliatif kadang-kadang "kurang teknologi layanan, tetapi kaya akan kontak". Target utama dari perawatan paliatif yaitu pencapaian kualitas hidup yang paling baik untuk pasien serta keluarganya.

2.2.3 Tujuan perawatan paliatif

Tujuan perawatan paliatif yaitu memberi peningkatan pada kualitas hidup serta memberi pengurangan pada dukungan bagi pasien dan keluarga. Meskipun pasien akhirnya meninggal, hal terpenting sebelum kematiannya adalah psikologis serta spiritual, bukan stres karena penyakit.

Perawatan paliatif bertujuan untuk meringankan penderitaan pasien yang tidak dapat disembuhkan yang tidak merespon pengobatan, seperti kanker stadium lanjut, penyakit neuromuskular, penyakit neurodegeneratif dan penyakit HIV/AIDS. Bagaimanapun, pasien tidak kehilangan harapan dan memberi dukungan dalam mencapai apa lagi yang bisa dilakukan dan menerima situasinya.

Tujuan perawatan paliatif yaitu memberi peningkatan pada kualitas hidup pada akhir kehidupan serta memberi bantuan pada yang terbaik bersama-sama dengan pelayanan yang terbaik (Cooke, R., McNamara, Coodger, 2008).

Berdasarkan SK MENKES RI No. 812 tahun 2007, perawatan paliatif di beri untuk memberi peningkatan pada mutu pelayanan medis bagi pasien dengan penyakit yang tidak bisa disembuhkan, selain pengobatan serta rehabilitasi. keperawatan di stasiun. Dalam perawatan paliatif, pasien menerima layanan seperti penghilang rasa sakit, analisis penyakit fisik lainnya, asuhan keperawatan, dukungan secara psikologis, sosial, budaya serta spiritual untuk mempersiapkan diri serta selama periode nyeri dalam keluarga (Kementerian Kesehatan, 2007).

2.2.4. Prinsip Perawatan Paliatif

Menghormati atau menghargai harkat dan martabat pasien dan keluarganya. Dukungan untuk pengasuh. Perawatan paliatif adalah akses yang kompeten dan penuh kasih. Mengembangkan dukungan profesional dan komunitas untuk perawatan paliatif anak (Ferrell, & Coyle, 2007: 52). Berikut adalah beberapa prinsip dari pelayanan paliatif, yaitu:

- 1 Meminimalisir rasa sakit serta indikasi tubuh lain.

- 2 Menghargai hidup yang sudah dijalani serta memandang kematian adalah hal yang wajar.
- 3 Tidak memiliki tujuan mempercepat atau menjeda kematian
- 4 Memadukan unsur-unsur psikologis, sosial, serta rohani.
- 5 Memberi dukungan pada pasien sehingga mereka bisa hidup semaksimal mungkin.
- 6 Memberi dukungan pada keluarga hingga ajal tiba.
- 7 Memakai pendekatan tim untuk menanggulangi apa yang dibutuhkan pasien dan keluarganya.
- 8 Tidak melakukan hal yang tidak bermanfaat.

2.2.5. Langkah – Langkah Pelayanan Palitif

Perawatan paliatif memungkinkan Anda untuk mengenal pasien individu dan keluarga mereka, bagaimana memberi perhatian khusus kepada pasien, bagaimana menangani mereka dan bagaimana mempersiapkan kematian. beberapa tahapan pemberian layanan paliatif (Kemenkes, 2013), yaitu:

1. Mengambil keputusan mengenai tujuan dari perawatan serta apa yang diharapkan pasien.
2. Memahami pasien ketika menginginkan suatu hal terakhir.
3. Melakukan pengobatan pada penyakit yang menyertai.
4. Melaksanakan tata kelola mengenai gejala yang timbul

5. Memberi informasi serta pengetahuan kepada pasien dan keluarganya
6. Memberi dukungan secara psikis dan sosial.
7. Memberi respon pada fase terminal
8. Aktifitas pelayanan fase terminal ketika perawatan paliatif pada penderita yaitu:
 - 1) Memberi bantuan pada penderita untuk memperoleh kekuatan serta ketenangan ketika menjalani kehidupan.
 - 2) Memberi bantuan kemampuan pada penderita untuk membiasakan ketika pelaksanaan hal medis.
 - 3) Memberi pemahaman kepada penderita agar paham akan perawatan yang dipilih.

Aktifitas perawatan paliatif pada keluarga:

1. Memberi pemahaman kepada keluarga akan pilihan perawatan yang tersedia.
2. Memberi peningkatakan pada kehidupan sehari-hari penderita, serta meminimalisir kecemasan dari orang yang dicintai.
3. Memberi kesempatan sistem pendukung yang memiliki nilai.

Layanan perawatan pasien meliputi perawatan pribadi (mandi, kecantikan, kebersihan mulut, perawatan kuku), kebutuhan nutrisi, kebutuhan kenyamanan tidur serta tempat tidur, kemudian penciptaan lingkungan yang kondusif untuk ruang perawatan.

Terminal harus mendukung keluarga (mengajukan pertanyaan, memberi informasi, memberi nasihat tentang bagaimana mendukung korban, menyediakan barang-barang kenyamanan, memberi dukungan interdisipliner).

2.2.6. Pelaksanaan Perawatan Paliatif

Perawatan paliatif harus menetapkan beberapa prinsip perawatan paliatif, misalnya perawatan yang ditargetkan dan orientasi keluarga, menangani keluhan dan memberi peningkatan pada kualitas hidup anak dan keluarga, memberi layanan kepada anak sebagai individu dan keluarga yang unik, koordinasi dengan semua pengaturan layanan, perawatan kematian. dan dukungan sesuai dengan aturan keluarga, perawatan bagi yang berduka di beri selama diperlukan (Himmelstein, 2006).

Pemberian perawatan paliatif disesuaikan dengan kebutuhan mereka, termasuk penilaian yang cermat terhadap berbagai anggota tim, tinjauan rutin atau pemeriksaan ulang terhadap rencana perawatan paliatif, penanganan keluhan, penyediaan akses telepon 24 jam, dan pemberian dukungan psikologis, budaya serta spiritual. kemudian dukungan ketika memecahkan masalah, kesedihan serta penyesalan (Craig, 2007).

Pelaksanaan perawatan paliatif perlu diawali pada saat diagnosis awal hingga saat kematian. Selama tahap awal diagnosis

HIV, pasien membutuhkan layanan dukungan untuk memberi bantuan pada mereka melakukan tes HIV, memberikan fasilitas pengungkapan status HIV kepada keluarga, kemudian mendukung penyesuaian diri sebagai orang yang hidup dengan HIV (Konsorsium, 2013). Otoritas kesehatan global misalnya WHO telah menyarankan pemberian integrasi perawatan paliatif ke dalam layanan HIV/AIDS yang komprehensif (WHO, 2005). Ketika tahun 2015, ditaksir ada 20,4 juta pasien yang perlu perawatan paliatif di seluruh dunia, serta 5,7% di antaranya ialah pasien HIV/AIDS (WHO, 2016). Sementara di Afrika, sekitar 80% pasien HIV/AIDS perlu perawatan paliatif, yang lebih signifikan dari kebutuhan perawatan paliatif untuk pasien kanker (Harding et al., 2005; Uwimana & Struthers, 2007).

2.2.7. Sasaran Kebijakan Pelayanan Paliatif

Tujuan dari kebijakan perawatan paliatif adalah untuk menjangkau semua pasien (dewasa serta anak-anak) serta keluarganya yang membutuhkan perawatan paliatif, di seluruh Indonesia. Untuk Praktisi Perawatan Paliatif diantaranya :

1. Dokter
2. Perawat
3. Tenaga kesehatan lainnya
4. Tenaga terkait lainnya.

Sedangkan Institusi-institusi terkait, contohnya :

1. DINKES Provinsi
2. DINKES Kabupaten/Kota
3. Rumah Sakit pemerintah/swasta
4. Puskesmas
5. Rumah perawatan/hospis
6. Fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta lain.

(KEPMENKES RI NOMOR: 812, 2007).

2.2.8. Peran Spiritual Dalam Paliatif

Keyakinan agama dan spiritual telah naik drastis dalam beberapa tahun belakangan sebagai sumber kekuatan serta dukungan untuk penyakit fisik yang parah. Penyedia layanan kesehatan sadar akan pentingnya pasien dalam pemenuhan kebutuhan rohani mereka (Woodruff, 2004: 1).

Pendekatan welas asih terhadap kebutuhan ini memberi peningkatan pada peluang pemulihan atau perbaikan. Paling buruk, itu memberi kenyamanan serta persiapan untuk proses traumatis penyakit terakhir sebelum kematian (Doyle, Hanks and Macdonald, 2003 :101).

Studi pasien dengan penyakit kronis atau terminal sudah memperlihatkan tingginya depresi serta terganggunya kejiwaan yang lain. Aspek lain adalah tingkat depresi berbanding lurus dengan tingkat keparahan penyakit serta hilangnya fungsi samping. Depresi ini seringkali berakar pada masalah rohani serta agama. Pasien dalam

perawatan paliatif umum memiliki masalah spiritual terkait dengan kondisinya dan berada di ambang kematian (Ferrell & Coyle, 2007: 848).

Masalah rohani serta agama dengan pasien biasa berjuang dengan masalah keseharian dari penyakit yang tidak bisa disembuhkan, orang tua serta orang-orang yang mengalami kematian tertentu. Ketakutan ini diamati hingga pada pasien yang dirawat di rumah sakit karena penyakit yang serius namun tidak dapat disembuhkan (Ferrell & Coyle, 2007: 52). Penelitian lain menemukan mayoritas pasien > 60 tahun mendapati kenyamanan dalam agama, yang memberikan mereka kekuatan serta sampai batas tertentu, kemampuan untuk menghadapi kehidupan.

Agama khawatir tentang penyakit serius yang mengambil bermacam bentuk, misalnya korelasi manusia dengan Tuhan, takut akan neraka serta perasaan yang ditinggalkan oleh komunitas agama mereka (Ferrell & Coyle, 2007: 1171)

2.2.9. Hambatan Dalam Perawatan Paliatif

Ada beberapa kendala dalam hal ini, termasuk rendahnya kesadaran masyarakat mengenai perawatan paliatif bisa memberi bantuan pada; gangguan sosial budaya, keterbatasan masih ada dalam pemakaian opioid dalam manajemen sakit dan rendahnya keterampilan serta kapasitas penyedia untuk memberi perawatan paliatif.

Memberi peningkatan pada keterampilan dan kemampuan tenaga kesehatan terutama perawat melewati pendidikan serta pelatihan perawatan paliatif sejak dini termasuk hal yang bisa dilaksanakan untuk meminimalisir hambatan-hambatan yang ada. Gillan Pamela dan Sarah Jeong (2014) menuturkan, banyak mahasiswa keperawatan yang enggan memberi perawatan paliatif pada pasien menjelang ajal serta keluarganya. Sedangkan perawat menghabiskan mayoritas waktunya dengan pasien sekarat.

2.2.10. Pelayan paliatif di Indonesia

Kebijakan mengenai pelayanan paliatif di Indonesia tercantum dalam SK Menteri Kesehatan RI No.812 tahun 2007, dasar dikeluarkannya aturan tersebut diantaranya:

1. penyakit yang tidak bisa disembuhkan tumbuh baik pada orang dewasa hingga anak-anak.
2. Dalam rangka memberi peningkatan pada mutu pelayanan medis untuk pasien yang memiliki penyakit tidak bisa disembuhkan, kecuali kuratif dan rehabilitatif, perawatan paliatif bagi pasien terminal juga diperlukan.

Peraturan tersebut menjelaskan ini adalah keadaan layanan medis yang tidak dapat memberi layanan yang dapat memberikan pengaruh pada dan memenuhi keperluan pasien dengan penyakit yang susah disembuhkan dan tidak dapat disembuhkan. Dalam tahap

ini, fokus pelayanan tidak cuma terfokus dalam pengobatan, namun pada upaya peningkatan kualitas hidup pasien serta keluarganya.

Pasien dengan penyakit kronis terminal bisa memakai layanan kesehatan misalnya rumah sakit umum dan swasta, puskesmas, serta panti jompo. Ketika peraturan ini dikeluarkan, 5 rumah sakit menjadi pusat perawatan paliatif, di antaranya rumah sakit yang berlokasi di Jakarta, Yogyakarta, Surabaya, Denpasar serta Makassar. Namun, bahkan ketika perawatan paliatif diperkenalkan dan diterapkan di beberapa rumah sakit yang disebutkan di atas, layanan perawatan paliatif tidak menunjukkan pentingnya. Hal ini mungkin disebabkan karena tenaga kesehatan belum mendapatkan pendidikan dan pelatihan perawatan paliatif serta tenaga kesehatan yang berpendidikan formal dalam perawatan paliatif juga relatif sedikit.

2.2.11. Lingkup Kegiatan Perawatan Paliatif

Tipe perawatan paliatif termasuk penghilang rasa sakit, pengobatan untuk penyakit fisik lainnya, asuhan keperawatan, dukungan secara psikologis, sosial, budaya serta rohani, dukungan persiapan, serta berkabung. Perawatan paliatif di beri berdasarkan rawat inap, rawat jalan serta rumah (KEPMENKES RI NOMOR: 812, 2007).

Pendidikan keperawatan sangat penting untuk mempersiapkan siswa baik secara teoritis maupun praktis untuk merawat pasien sekarat. Dengan menggabungkan teori dan praktik, mahasiswa

keperawatan akan mendapatkan dukungan yang mereka butuhkan untuk memahami bahwa kematian dan kematian adalah bagian dari alam, bukan sesuatu yang berharga. Pengetahuan dan sikap perawat terhadap perawatan menjelang ajal merupakan faktor penting karena mereka bertanggung jawab atas perawatan pasien menjelang ajal. Sikap keperawatan penting untuk meningkatkan kesehatan pasien, terutama yang berada di ambang kematian. Sikap ini dibentuk sebelum perawat melakukan kontak dengan pasien, yaitu pada fase pelatihan. Maka akan lebih efektif atau lebih agresif sebagai perawat merawat pasien, menangani peristiwa dan masalah yang berkaitan dengan proses kematian (Villar, 2013).

Berdasarkan penelitian Melin et al. (2017) 117 mahasiswa keperawatan dari 6 universitas Swedia yang menyelesaikan kursus 5 minggu dalam perawatan paliatif mengalami perubahan signifikan dalam sikap positif mereka terhadap perawatan pasien. Mereka merasa lebih siap dan menerima dukungan untuk pendidikan dalam perawatan pasien sekarat. Studi lain oleh Jafari et al (2015) Pendidikan perawatan paliatif dapat efektif dalam mengubah sikap siswa terhadap perawatan pasien sekarat.

Studi Lee & Wang (2012) di kalangan mahasiswa keperawatan di Iran memperlihatkan ada perubahan positif dalam sikap pasca pelatihan dalam perawatan paliatif. Memberi perawatan rumah sakit berkualitas tinggi hanya mungkin jika perawat siap untuk mengajar.

Oleh karena itu, perlu untuk mengukur pengetahuan serta sikap mereka pada perawatan pasien sekarat.

2.2.12. Faktor Faktor Yang Memberikan pengaruh pada Perawatan

Paliatif

Beberapa faktor yang memberikan pengaruh pada pemberian perawatan paliatif, yaitu wawasan, sikap, keyakinan, serta pengalaman yang menjadi penentu tindakan mereka pada saat melakukan perawatan pasien (Skar, 2010). Pengetahuan dan sikap perawat dalam merawat pasien menjelang ajal merupakan hal yang penting, karena merekalah yang bertanggung jawab atas perawatan pasien menjelang ajal.

1. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan area terpenting untuk membentuk sikap atau perilaku terbuka dalam perawatan paliatif (Donsu, 2017). Tetapi dikarenakan keterbatasan pengetahuan perawat mengenai perawatan paliatif, maka asuhan keperawatan yang di beri tidak maksimal (Adhistry et al., 2016). Hal tersebut sejalan dengan studi Pravitakari (2017) yang menyimpulkan kurangnya pengetahuan keperawatan berarti perawat tidak mampu memberi asuhan yang aman dan efektif.

Menurut Wanwan (2010), tingkat pendidikan bisa memastikan tingkat kemampuan individu untuk paham serta mengasimilasi pengetahuan yang didapat. Secara umum

pendidikan memberikan pengaruh pada suatu tahap pembelajaran, tingginya jenjang pendidikan berbanding lurus dengan tingginya pemahaman. Mubarak (2011) juga menuturkan semakin tinggi pendidikannya, semakin mudah baginya untuk mendapatkan informasi, serta pada akhirnya ia akan memiliki pengetahuan yang semakin banyak. Hannula (2009) menuturkan pendidikan memiliki fungsi untuk memberi peningkatan pada pengetahuan, pemahaman, dan keterampilan individu untuk mengembangkan potensi diri. Kuis Perawatan Paliatif Perawatan (PCQN) digunakan untuk mengukur pengetahuan perawatan paliatif. Tingkat pengetahuan perawat dibagi menjadi tiga kategori ialah kurang dari 56% berarti rendah, 56% hingga 75% berarti cukup, serta 76% hingga 100% berarti tinggi.

Pengetahuan yang diperlukan dalam perawatan paliatif adalah fokus pada gejala nyeri (nyeri, sesak napas) dan kondisi (kesepian), yang dalam hal ini memberi pengurangan pada kepuasan ataupun kenikmatan hidup, mengontrol rasa sakit serta gejala lainnya, masalah psikologis, sosial atau spiritual pasien. anak kondisi ini. terminal (Ferrell, & Coyle,2007,48)

Padahal, pengobatan ini lebih merupakan bentuk dukungan dan motivasi bagi pasien. Perawatan paliatif memeriksa pasien individu dan keluarga mereka, bagaimana memberi perhatian

khusus kepada pasien, bagaimana menangani mereka, dan bagaimana mempersiapkan kematian.

2. Sikap

Sikap yaitu reaksi tertutup individu pada stimulus atau objek yang meliputi unsur opini serta emosi yang sudah diperhitungkan. Sikap adalah kemauan atau kemauan untuk melakukan tindakan tanpa motif tertentu (Notoatmodjo, 2010).

Sikap perawat kurang baik dikarenakan minimnya program pelatihan perawatan paliatif. Menurut studi Ayeda (2015), 6,2% responden menilai perawatan paliatif secara positif. Sikap pada perawatan paliatif tergantung pada tingkat pendidikan, pengalaman serta pelatihan perawat perawatan paliatif.

Wawan (2010) menuturkan, hubungan memiliki tingkatan yang berbeda: yang pertama adalah menerima (receiving), yang kedua adalah reaksi (respon), yang ketiga adalah evaluasi (evaluation) dan terakhir adalah tanggung jawab (responsibility), yang bertanggung jawab untuk semuanya. memilih dengan segala kemungkinan risiko. Dahlan (2009) juga berpendapat nilai positif menunjukkan semakin tinggi pemahaman perawat mengenai perawatan paliatif, semakin baik sikap perawat pada pasien. Notoatmodjo (2010) menuturkan, pengetahuan menduduki posisi krusial dalam menentukan sikap secara keseluruhan. Sikap bisa

diperbaiki dengan memberi peningkatan pada pengetahuan. Sikap negatif umumnya berkurang karena tingkat pengetahuan yang meningkat.

Berdasarkan penelitian Melin et al. (2017) dari 117 mahasiswa keperawatan 6 universitas Swedia yang menerima pelatihan perawatan paliatif selama 5 minggu mengalami perubahan signifikan dalam sikap positif mereka terhadap perawatan pasien. Mereka merasa lebih siap serta didukung oleh pendidikan untuk merawat pasien yang sekarat. Studi lain oleh Jafari et al. (2015) pendidikan perawatan paliatif bisa efektif dalam mengubah sikap siswa terhadap perawatan pasien menjelang ajal.

Studi Lee & Wang (2012) di kalangan mahasiswa keperawatan di Iran memperlihatkan ada perubahan positif dalam sikap pasca pelatihan dalam perawatan paliatif. Memberi perawatan rumah sakit berkualitas tinggi hanya mungkin jika perawat siap untuk mengajar. Kemudian, harus untuk mengukur pengetahuan serta sikap mereka pada perawatan pasien sekarat. Untuk mengukur sikap dalam perawatan paliatif, kuesioner *Frommelt's Attitudes Towards Care of the Dying* (FATCOD) memakai skala Likert 5 poin, yaitu sangat tidak setuju, tidak setuju, ragu-ragu, setuju, sangat setuju. Untuk kalimat afirmatif, jawaban sangat tidak setuju di beri skor 1 dan sangat setuju di beri skor 5.

Sebaliknya, untuk kalimat negatif, jawaban sangat tidak setuju di beri skor 5 serta sangat setuju di beri skor. skor 5. beri skor 1. Nilai sikap responden dikategorikan yaitu kurang dari 56% berarti buruk, 56% hingga 75% berarti sedang, serta 76 hingga 100 berarti baik.

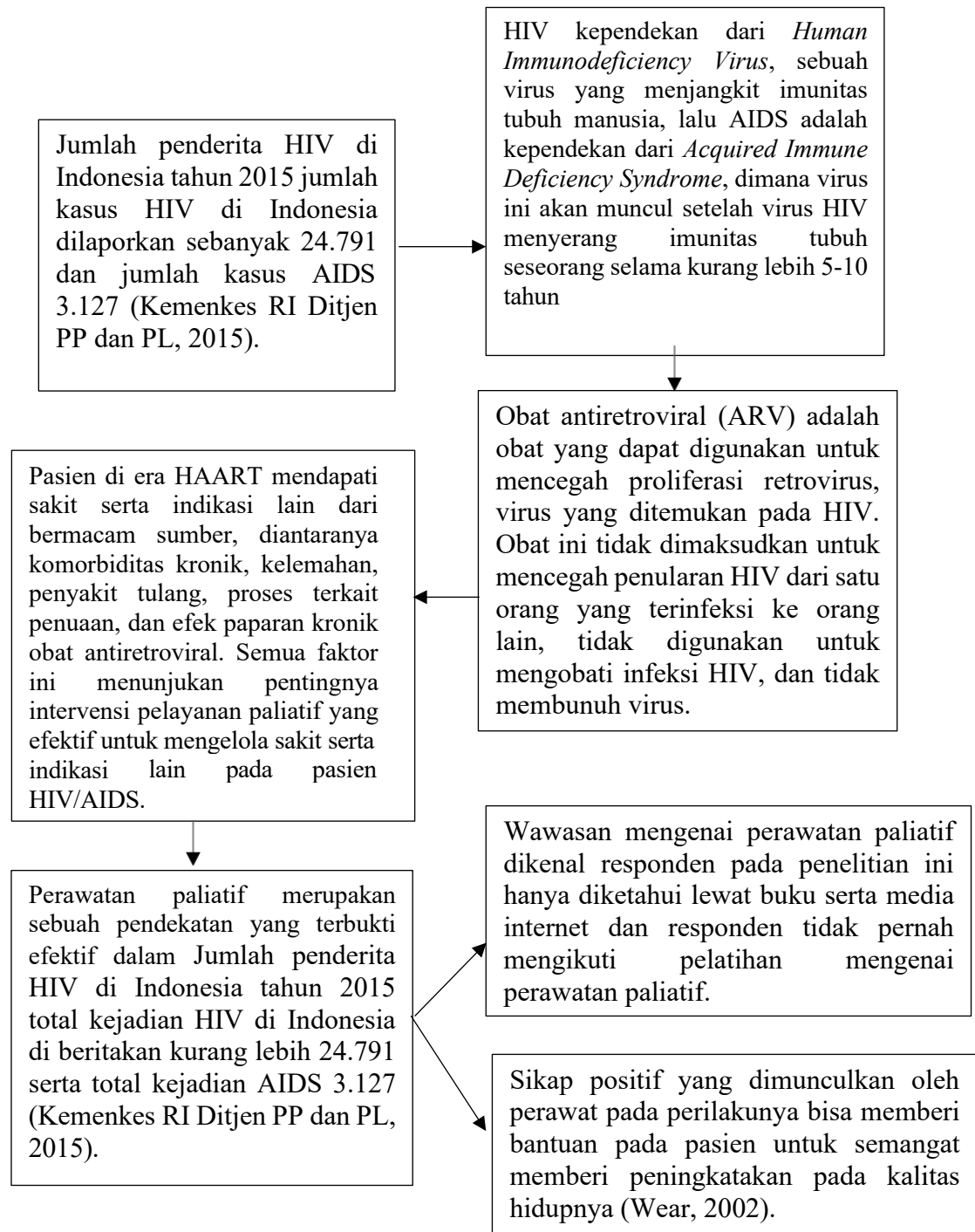
Perawat juga harus mempunyai sikap positif ketika memberi asuhan keperawatan khususnya bagi ODHA, antara lain: :

1. Memiliki pedoman hidup yang kuat, seperti dalam hal agama serta norma sosial.
2. Memiliki kemampuan menjadi pendengar yang baik serta bisa memberi motivasi kepada pasien.
3. Tidak menghakimi pasien dalam hal apapun.
4. Tidak memperlihatkan reaksi yang berlebih ketika mendapati kondisi yang tidak normal.
5. Bisa melakukan pengkajian serta evaluasi dengan cermat dari gerak tubuh pasien.
6. Bisa menemukan cara penanganan setiap permasalahan.
7. Memperlihatkan sikap peduli.

2.3 Kerangka Konseptual

Bagan 2.1

Kerangka Konseptual



Sumber : (Kemenkes RI Ditjen PP dan PL, 2015), (Wear, 2002).