

HIV DAN PALIATIF

Restu Iriani, Dwi Febryanto, Prystia Riana Putri,
Dewi Rahmawati, Suko Pranowo, Ady Purwoto,
Nyimas Heny Purwati, Anas Kiki Anugrah,
Wira Daramatasia, Aco Mursid, Lisa Rizky Amalia,
Dewi Nurviana Suharto



HIV DAN PALIATIF

**Restu Iriani
Dwi Febryanto
Prystia Riana Putri
Dewi Rahmawati
Suko Pranowo
Ady Purwoto
Nyimas Heny Purwati
Anas Kiki Anugrah
Wira Daramatasia
Aco Mursid
Lisa Rizky Amalia
Dewi Nurviana Suharto**



GET PRESS INDONESIA

HIV DAN PALIATIF

Penulis :

Restu Iriani
Dwi Febryanto
Prystia Riana Putri
Dewi Rahmawati
Suko Pranowo
Ady Purwoto
Nyimas Heny Purwati
Anas Kiki Anugrah
Wira Daramatasia
Aco Mursid
Lisa Rizky Amalia
Dewi Nurviana Suharto

ISBN : 978-623-198-626-9

Editor : Dr. Neila Sulung, N.S., S.Pd., M.Kes.
Ilda Melisa, A.Md.Kep.

Penyunting: Dr. Oktavianis, M.Biomed.

Desain Sampul dan Tata Letak : Tri Putri Wahyuni, S.Pd

Penerbit : GETPRESS INDONESIA
Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jl. Palarik RT 01 RW 06 Kelurahan Air Pacah
Kecamatan Koto Tengah Padang Sumatera Barat

website: www.getpress.co.id
email: adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, 21 Agustus 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukur kehadiran Allah SWT, atas limpahan rahmat dan hidayahNya, maka Penulisan Buku dengan judul HIV dan paliatif dapat diselesaikan dengan baik atas kerjasama tim penulis. Buku ini mencakup perspektif, konsep dan teori keperawatan paliatif, trend dan issue HIV/AIDS, konsep dan teori infeksi HIV/AIDS, prinsip komunikasi dalam pengkajian hal pribadi dan menyampaikan berita buruk, terapi komplementer dalam paliatif care, konsep kematian pada berbagai budaya internasional dan nasional, penatalaksanaan HIV/AIDS dan infeksi oportunistik, stigma masyarakat dan tenaga kesehatan tentang orang dengan HIV/AIDS, teori keperawatan dalam keperawatan paliatif, *end of life care*, asuhan keperawatan paliatif.

Buku ini masih banyak kekurangan dalam penyusunannya. Oleh karena itu, kami sangat mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan dan kesempurnaan buku ini selanjutnya. Kami mengucapkan terima kasih kepada berbagai pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Buku ini. Semoga Buku ini dapat menjadi sumber referensi dan literatur yang mudah dipahami.

Padang, 21 Agustus 2023
Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR TABEL	viii
BAB 1 PERSPEKTIF, KONSEP DAN TEORI KEPERAWATAN	
PALATIF.....	1
1.1 Pengertian Perawatan Paliatif	1
1.2 Tujuan Perawatan Paliatif	2
1.3 Konsep Dasar Paliatif	2
1.4 Tim dan Tempat Perawatan Paliatif	3
1.5 Sumber Daya Manusia	5
1.6 Lingkup kegiatan dan aspek perawatan paliatif	6
1.7 Sasaran Kebijakan Perawatan Paliatif	9
1.8 Aspek Medikolegal dalam Perawatan Paliatif	9
DAFTAR PUSTAKA	12
BAB 2 TREND DAN ISSUE HIV/AIDS	13
2.1 Pendahuluan	13
2.2 Tren dan Issue HIV/AIDS	14
2.3 Faktor Lain yang Berkontribusi HIV/AIDS	20
2.3.1 Orang Muda dan HIV	20
2.3.2 Tes HIV	21
2.3.3 Akses Pengobatan Antiretroviral	21
2.3.4 Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak	22
2.3.5 Stigma dan Diskriminasi	23
2.4 Keberhasilan dan Tantangan	24
DAFTAR PUSTAKA	28
BAB 3 KONSEP DAN TEORI INFEKSI HIV/AIDS	31
3.1 Pendahuluan	31
3.2 Etiologi HIV/AIDS	31
3.3 Jenis HIV	33
3.4 Patofisiologi	33
3.5 Manifestasi Klinis	36
3.5.1 Infeksi HIV primer	36
3.5.2 Infeksi tanpa gejala	37
3.5.3 Infeksi Simtomatik	37
3.6 Pemeriksaan Diagnostik	37
3.7 Penatalaksanaan Medis	38
3.7.1 Jumlah CD4 tidak tersedia	38
3.7.2 Jumlah CD4 tersedia	39
3.7.3 Memulai ART pada ODHA dengan infeksi oportunistik aktif	39
3.8 Metode Penurunan Infeksi HIV	39

DAFTAR PUSTAKA.....	41
BAB 4 PRINSIP KOMUNIKASI DALAM PENGKAJIAN HAL PRIBADI DAN MENYAMPAIKAN BERITA BURUK	43
4.1 Pendahuluan	43
4.2 Tahapan Komunikasi Terapeutik	45
4.2.1 Tahap pra interaksi:	45
4.2.2 Tahap pengenalan.....	46
4.2.3 Tahap orientasi.....	46
4.2.3. Tahap kerja.....	47
4.2.4 Tahap terminasi	47
4.3 Metode Komunikasi dalam Penyampaian Berita Buruk	48
4.3.1 Metode SPIKES.....	48
4.3.2 Metode ABCDE.....	52
4.3.3 Protokol BREAKS.....	53
4.4 Hal - Hal yang Dihindari dalam Komunikasi Breaking Bad News.....	56
4.5 Hal-Hal Yang Harus Diperhatikan dalam Menciptakan Komunikasi Terapeutik di Saaat Penyampaian Berita Buruk	57
4.6 Dokumentasi Hasil Breaking Bad News	58
DAFTAR PUSTAKA.....	59
BAB 5 TERAPI KOMPLEMENTER DALAM PALIATIF CARE	61
5.1 Pendahuluan	61
5.2 Konsep Terapi Komplementer.....	62
5.2.1 Definisi	62
5.2.2 Tujuan.....	63
5.2.3 Obat-obatan Dalam Terapi Komplementer	63
5.2.3 Aspek Legal Terapi Komplementer	66
5.3 Konsep Paliatif Care.....	67
5.3.1 Pengertian.....	67
5.3.2 Pinsip Palliatif Care.....	69
5.3.3 Tanggung Jawab Perawat	69
5.3.3 Pedoman Palliatif Care	71
5.4 Terapi Komplementer Dalam Palliatif Care	73
DAFTAR PUSTAKA.....	75
BAB 6 KONSEP KEMATIAN PADA BERBAGAI BUDAYA INTERNASIONAL DAN NASIONAL	77
6.1 Definisi Kematian	77
6.2 Konsep Kematian Internasional.....	79
6.3 Konsep Kematian Nasional.....	81
DAFTAR PUSTAKA.....	85
BAB 7 ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KANKER.....	87
7.1 Pendahuluan	87
7.2 Kanker	88
7.2.1 Pengertian.....	88

7.2.2 Etiologi	88
7.2.3 Patofisiologi.....	90
7.2.4 Tanda dan Gejala.....	90
7.3 Asuhan Keperawatan Pasien Kanker	92
7.3.1 Pengkajian.....	92
7.3.2 Masalah Keperawatan	95
7.4 Kesimpulan.....	96
DAFTAR PUSTAKA.....	98
BAB 8 PENATALAKSANAAN HIV/AIDS DAN INFEKSI	
OPORTUNISTIK	99
8.1 Pendahuluan	99
8.2 Tinjauan Pustaka	101
8.2.1 Pengertian HIV/AIDS	101
8.2.2 Status Epidemi HIV/AIDS	102
8.2.3 Patofisiologi HIV/AIDS.....	103
8.2.4 Siklus Pembentukan HIV/AIDS	104
8.2.5 Obat-obat Antiretroviral (ART) HIV/AIDS	106
8.2.6 Penatalaksanaan HIV/AIDS pada Orang Dewasa	112
8.3 Infeksi Opportunistik.....	121
8.3.1 Definisi Infeksi Opportunistik.....	121
8.3.2 Epidemiologi Infeksi Oportunistik pada Penderita HIV	122
8.3.3 Patogenesis Infeksi Oportunistik pada Penderita HIV.....	123
8.3.4 Terapi Antiretroviral pada Penderita HIV dengan Infeksi Opportunistik	125
8.3.5 Saat Pemberian Terapi Antiretroviral pada Infeksi Opportunistik	126
8.3.6 Penatalaksanaan Spesifik Infeksi Oportunistik Tuberkulosis	127
DAFTAR PUSTAKA.....	137
BAB 9 STIGMA MASYARAKAT DAN TENAGA KESEHATAN	
TENTANG ORANG DENGAN HIV AIDS.....	149
9.1 Pendahuluan	149
9.2 Definisi Stigma	149
9.3 Konsep Stigma.....	150
9.4 Stigma Masyarakat Terhadap ODHIV	152
9.5 Stigma Tenaga Kesehatan Terhadap ODHIV	155
9.6 Dampak Stigma Terhadap ODHIV	157
9.7 Faktor Penyebab Stigma	160
9.8 Strategi Mengatasi Stigma	162
9.9 Peran Kolaborasi.....	163
DAFTAR PUSTAKA.....	165

BAB 10 TEORI KEPERAWATAN DALAM KEPERAWATAN	
PALATIF	167
10.1 Pendahuluan	167
10.2 Teori Keperawatan Humanistik (<i>Humanistic Nursing Theory</i>)	168
10.2.1 Riwayat dan Pengantar Singkat.....	168
10.2.2 Konsep Teori.....	169
10.3 Teori Kenyamanan (<i>Comfort Theory</i>)	172
10.3.1 Riwayat dan Pengantar Singkat.....	172
10.3.2 Konsep Teori.....	173
10.4 Teori Perawatan Diri (<i>Self-Care Deficit</i>)	176
10.4.1 Riwayat dan Pengantar Singkat.....	176
10.4.2 Konsep Teori.....	177
10.5 Teori <i>Caring</i>	181
10.5.1 Riwayat dan Pengantar Singkat.....	181
10.5.2 Konsep Toeri.....	182
10.6 Teori <i>Peaceful End-Of-Life Care</i> (PEOL)	186
10.6.1 Riwayat dan Pengantar Singkat.....	186
10.6.2 Konsep Teori.....	187
DAFTAR PUSTAKA.....	189
BAB 11 END OF LIFE CARE.....	189
11.1 Pengertian	189
11.2 Tujuan End of Life Care	190
11.3 Prinsip <i>End of Life Care</i>	191
11.4 Aspek-Aspek <i>End of Life Care</i>	193
11.4.1 Memberi Kenyamanan Fisik	194
11.4.2 Mengelola Kebutuhan Mental dan Emosional	198
11.4.3 Kebutuhan Spiritual pada Akhir Kehidupan.....	200
11.4.4 Memberikan Dukungan untuk Tugas-Tugas Praktis	201
11.5 Peran dan Fungsi Perawat.....	202
11.6 Peran Keluarga Sebagai <i>Care Giver</i>	203
11.7 Hak-Hak Pasien <i>End Of Life Care</i>	204
11.8 Faktor Penting Pelaksanaan EOLC	208
DAFTAR PUSTAKA.....	209
BAB 12 ASUHAN KEPERAWATAN PALIATIF	211
12.1 Pendahuluan	211
12.2 Konsep Keperawatan Paliatif	213
12.2.1 Perawatan paliatif.....	213
12.2.2 Tujuan Perawatan Paliatif.....	214
12.2.4 Penyakit dan Gejala yang sesuai dengan Perawatan Paliatif	215
12.3 Asuhan Keperawatan Paliatif	216
12.3.1 Pengkajian.....	217
12.3.2 Diagnosis Keperawatan	229

12.3.3 Intervensi Keperawatan	230
12.3.4 Implementasi Keperawatan	231
12.3.5 Evaluasi Keperawatan	234
DAFTAR PUSTAKA	237
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1. Diagram Paliatif.....	3
Gambar 8.1. Siklus replikasi virus HIV.....	106
Gambar 8.2. Radiografi dada pada pasien ko-infeksi TB-HIV. Gambar kiri menunjukkan adanya <i>infiltrat</i> dengan <i>kavitasi</i> pada lobus kanan atas. Gambar kanan menunjukkan adanya infiltrat bilateral tanpa kavitasi.....	128
Gambar 8.3. Transmisi <i>Toxoplasma gondii</i> terjadi terutama melalui kucing yang merupakan pejamu definitif parasit ini. Ookista diekskresikan melalui kotoran kucing dan menjadi infeksius, kemudian menginfeksi pejamu intermediet melalui tanah, air dan makanan	131
Gambar 8.3 Kandidiasis orofaringeal pada penderita HIV. Tampak pseudomembran pada palatum durum (kiri) serta mukosa gusi dan bukal (kanan)	132
Gambar 12.1. PQRSTU Assessment	221

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Waktu konsumsi obat ART berdasarkan stadium klinis.....	38
Tabel 8.1 Obat antiretroviral yang telah disetujui FDA yang saat ini digunakan (pedoman HIV DHHS)	107
Tabel 9.1 Bentuk Diskriminasi dan Dampak.....	157

BAB 1

PERSPEKTIF, KONSEP DAN TEORI KEPERAWATAN PALIATIF

Oleh Restu Iriani

1.1 Pengertian Perawatan Paliatif

Kata “palliative” Itu berasal dari kata Latin pallium, yang berarti "penutup" atau "sembunyikan". Tujuan perawatan paliatif adalah menutupi ketidaknyamanan pasien dan memberikan kenyamanan ketika tujuan perawatan tidak dapat disembuhkan. (Muckaden M, 2011)

Perawatan paliatif meningkatkan kualitas hidup dengan menghilangkan rasa sakit dan penderitaan orang lain, memberikan dukungan psikologis dan psikososial dari diagnosis hingga akhir hidup, dan mendukung anggota keluarga yang meninggal dan berduka. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga yang menderita masalah penyakit yang mengancam jiwa. (Nendra, 2011)

Pengertian perawatan paliatif menurut *Cancer Council Australia* adalah perawatan yang membantu pasien menjalani hidup nyaman dan sebaik mungkin dengan penyakit terminal yang dialami. Perawatan paliatif diberikan pada tahap apapun saat fase aktif kanker. Menurut *American Cancer Society*, Perawatan paliatif adalah perawatan untuk orang dewasa dan anak-anak dengan penyakit serius, difokuskan untuk menghilangkan penderitaan dan meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga, tetapi tidak ditujukan untuk menyembuhkan penyakitnya. Perawatan paliatif dapat diberikan

pada setiap usia atau stadium penyakit dengan mengurangi gejala, rasa sakit dan stres, dan diberikan dalam kombinasi dengan perawatan kuratif.

1.2 Tujuan Perawatan Paliatif

Tujuan utama perawatan paliatif adalah untuk membantu klien dan keluarganya mencapai kualitas hidup yang sebaik mungkin, memandang kematian sebagai proses normal dan tidak mempercepat atau menundanya, mengobati nyeri dan penyakit yang mengganggu lainnya, menangani masalah psikologis dan menjaga keseimbangan mental. Menjaga agar penderita tetap aktif hingga akhir hayat dan membantu mengatasi suasana duka dalam keluarga. (Irawan, 2013)

1.3 Konsep Dasar Paliatif

Prinsip dasar perawatan paliatif menurut *Committee on Bioethic and Committee on Hospital Care* pada tahun 2000. (Ningsih, 2011)

- 1) Menghormati dan menyayangi pasien dan keluarganya
- 2) ketersediaan atau hak atas kepuasan penuh dan perawatan paliatif; Keperawatan (nursing) support
- 3) Pengembangan profesional perawatan paliatif dan dukungan sosial



Gambar 1.1. Diagram Paliatif

Menurut WHO pada tahun 2007, Prinsip perawatan paliatif untuk pasien kanker adalah menghilangkan rasa sakit dan gejala fisik lainnya, menghormati kehidupan, memandang kematian sebagai proses alami, dan mempercepat atau menunda kematian, melainkan mengintegrasikan dan memberikan dukungan, termasuk dukungan psikologis, sosial, dan aspek spiritual, untuk membantu pasien: Hidup seaktif mungkin, dukung keluarga hingga berkabung, gunakan pendekatan tim untuk memenuhi kebutuhan pasien dan keluarga, serta hindari tindakan boros.

1.4 Tim dan Tempat Perawatan Paliatif

Pendekatan perawatan paliatif melibatkan banyak disiplin ilmu, termasuk pekerja sosial, profesional keagamaan, perawat, dokter, psikolog, sukarelawan, apoteker, ahli gizi, terapis fisik dan okupasi. Setiap profesional dilibatkan sesuai dengan masalah pihak, dan persiapan tim perawatan paliatif disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan tempat perawatan. Pasien dapat memilih di mana mereka ingin menerima pengobatan, misalnya : (Hockenberry, 2009)

1) Rumah sakit

Tim perawatan paliatif adalah kolaborasi interdisipliner, biasanya terdiri dari seorang dokter dan/atau perawat senior, dan satu atau lebih pekerja sosial dan pemimpin agama/spiritual. Selain itu, tim didukung oleh rekan-rekan di bidang nutrisi dan rehabilitasi, termasuk ahli terapi fisik dan okupasi. Konsultasi awal biasanya dilakukan oleh dokter atau perawat yang memenuhi kebutuhan pasien dan orang-orang terkasih dan juga membuat rujukan ke dokter perawatan primer pasien. Seorang konselor perawatan paliatif dapat dipanggil untuk membantu berkomunikasi dengan keluarga.

Perawatan paliatif rawat inap dapat diatur menurut beberapa tingkatan atau model: primer, sekunder, dan tersier. Pertama, kita perlu membuat perawatan paliatif primer dapat diakses oleh semua rumah sakit. Pada tingkat ini, dokter harus memiliki setidaknya garis dasar nyeri dan manajemen gejala lainnya. Model terkemuka berfokus pada peningkatan layanan dan pelatihan dokter yang ada. Oleh karena itu, model ini cocok untuk institusi dengan sumber daya terbatas.

Kedua, Perawatan paliatif sekunder memerlukan kompetensi minimal dari semua petugas layanan kesehatan yang terlibat dalam perawatan pasien, dengan profesional yang memberikan perawatan paliatif melalui tim penasehat multidisiplin, departemen khusus, atau keduanya.

Ketiga, Program tingkat yang lebih tinggi mungkin melibatkan institusi yang lebih tinggi seperti rumah sakit dan pusat pendidikan dengan tim spesialis perawatan paliatif. Pada tingkat ini, program yang dihasilkan dapat digunakan sebagai konsultan tingkat praktik primer dan sekunder atau sebagai program percontohan untuk pusat pengembangan lainnya. Dokter dan institusi yang terlibat dalam perawatan paliatif tersier juga perlu terlibat dalam kegiatan pendidikan dan penelitian.

2) *Hospice*

Hospice adalah tempat bagi pasien yang sakit parah yang tidak dapat dirawat di rumah tetapi belum mengambil langkah-langkah yang diperlukan di rumah sakit. Layanan yang diberikan berbeda dari layanan rumah sakit, tetapi mungkin menawarkan layanan untuk mengontrol kondisi yang ada dalam pengaturan yang mirip dengan rumah pasien. (Kepmenkes RI, 2007)

3) Rumah

Peran keluarga lebih penting karena sebagian besar perawatan diberikan oleh mereka. Anggota keluarga pengasuh dan orang tua menerima pelatihan keperawatan dasar. Perawatan di rumah hanya mungkin dilakukan jika pasien tidak memerlukan alat khusus atau keterampilan keperawatan yang disediakan oleh keluarga.

1.5 Sumber Daya Manusia

“Partisipasi dalam pelatihan perawatan paliatif dan perolehan sertifikasi merupakan prasyarat untuk menerapkan perawatan paliatif. Pelatihan ini akan disampaikan dengan menggunakan modul pelatihan yang disusun oleh profesional perawatan paliatif dan Kementerian Kesehatan (Badan Pengembangan Sumber Daya Manusia dan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan). Modul ini terdiri dari modul untuk dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya. Peserta pelatihan adalah dokter perawatan paliatif di rumah sakit pendidikan dan sekolah kedokteran. Sertifikat dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan untuk pelatihan ini. (Pusat Pelatihan dan Pendidikan Badan PPSDM).

Pada tahap pertama, sertifikasi pemulihan untuk petugas perawatan paliatif dilaksanakan di lima provinsi: Jakarta, Yogyakarta, Surabaya, Denpasar, dan Makassar. Sertifikasi merupakan langkah selanjutnya setelah mengikuti pelatihan.

1.6 Lingkup kegiatan dan aspek perawatan paliatif

Jenis perawatan paliatif termasuk manajemen nyeri, manajemen kondisi fisik lainnya, keperawatan, dukungan psikologis, dukungan sosial, dukungan budaya dan spiritual, persiapan berkabung dan dukungan berkabung.

Semua individu memiliki koneksi antara sistem biologis, psikologis dan sosial mereka. Penyakit yang diderita seseorang memiliki efek mendalam pada emosi, penampilan, dan perilaku sosial seseorang. Elizabeth Kübler-Ross telah mengidentifikasi lima tahap yang dapat dilalui oleh pasien yang sakit parah dengan harapan hidup. Tahapan ini memberikan gambaran tentang proses perubahan psikologis pada pasien yang sakit parah yang dihadapkan pada realitas kematian dan kehilangan, dan mereka mungkin membutuhkan bantuan dan dukungan untuk melewati tahapan ini. (Damayanti, et al, 2008)

Memberikan perawatan paliatif sangat dianjurkan bagi pasien dengan penyakit terminal, termasuk kanker, dan keluarganya. Perawatan ini memungkinkan terapi psikologis dan sosial serta terapi fisik untuk mengatasi penyakit fisik yang mempengaruhi masalah psikologis dan sosial pasien dan keluarganya. Hal ini sesuai dengan definisi WHO tentang perawatan paliatif, yaitu perawatan aktif dan komprehensif untuk pasien yang gagal dalam perawatan kuratif. Mengontrol rasa sakit, gejala lain, dan masalah psikologis, sosial, dan spiritual adalah yang terpenting.

Oleh karena itu, aspek psikologis, sosial, dan spiritual dari perawatan paliatif merupakan inti dari berbagai perawatan kanker. (Damayanti, et al, 2008)

1) Aspek Psikologis

Orang yang sakit parah biasanya tidak dapat mengungkapkan perasaannya secara ekspresif. Pasien

merasa sulit untuk mempertahankan kontrol biologis dan fungsi sosial, termasuk sering mengeluarkan air liur, perubahan ekspresi wajah, dan tremor. Selain itu, mereka sering mengalami rasa sakit, muntah, syok, stres karena perawatan, dll. karena perubahan penampilan yang tiba-tiba akibat rambut rontok dan penurunan berat badan, serta kemampuan berkonsentrasi berkurang. Masalah psikologis ini disebabkan oleh perubahan citra diri pasien. Sebagai perawat perawatan paliatif, mereka harus mampu melakukan tugasnya dan beradaptasi dengan masalah pasiennya. Tugas yang berkaitan dengan fungsi mental meliputi: a) mengendalikan emosi negatif dan mempertahankan pandangan positif terhadap diri sendiri dan masa depan; b) menjaga kesadaran dan kepuasan diri dan kemampuan diri sendiri; dan c) Termasuk upaya mendorong anggota keluarga dan mempertahankan pandangan positif pada pasien.

2) Aspek Sosial

Ancaman terhadap citra diri yang disebabkan gangguan fungsi mental dan fisik pasien juga dapat membahayakan interaksi sosialnya. Pasien yang sakit parah sering menginginkan dan membutuhkan kunjungan, tetapi mereka mungkin juga khawatir bahwa penurunan mental dan fisik mereka akan mengejutkan dan meresahkan pengunjung.

Akibat interaksi sosial yang tidak menyenangkan ini, pasien mungkin mulai menarik diri dari kehidupan sosial dan mungkin hanya dikunjungi oleh beberapa anggota keluarga.

Pemberian perawatan paliatif harus dapat memberikan perawatan yang relevan dengan masalah pasien. Tanggung jawab yang berkaitan dengan aspek sosial meliputi a) menjaga hubungan baik dengan keluarga dan teman, dan b) membantu pasien mempersiapkan masa depan yang tidak pasti.”

3) Aspek spiritual

Spiritualitas penting untuk meningkatkan kesehatan dan kualitas hidup. Penting juga untuk menumbuhkan spiritualitas sebagai dasar perilaku dalam pengobatan. Aspek kesehatan holistik ini dirumuskan oleh WHO pada tahun 1984, dan American Psychiatric Association (APA) menyebutnya sebagai perumusan. “bio-psiko-sosio-spiritual”. (Yafie, 2006) “Kehampaan mental, spiritualitas, dan perasaan religius dapat menimbulkan masalah psikososial dan sebaliknya. Bushing dkk. Studi tersebut juga menemukan bahwa pasien kanker yang sangat bergantung pada sumber agama memiliki prognosis yang lebih baik dari perkiraan. (Bussing et al., 2008) Hal ini didukung oleh studi oleh Balboni et al. Sembilan puluh enam persen pasien kanker dewasa di Amerika Serikat mengekspresikan kepercayaan kepada Tuhan, dan 70 persen dari mereka mengatakan bahwa agama adalah salah satu kebutuhan terbesar mereka. (Balboni et al., 2007) Kebutuhan spiritual ini adalah salah satu aspek terpenting dari perawatan paliatif untuk pasien yang sakit parah, termasuk kanker.

Dengan membantu pasien mengidentifikasi keyakinan spiritual positif mereka, perawatan paliatif membawa mereka berhubungan dengan sisi spiritual mereka dan memungkinkan mereka menggunakan keyakinan ini untuk mengelola kondisi kesehatan mereka. Memahami kebutuhan akan spiritualitas memiliki dampak psikologis pada kualitas hidup individu. Dengan kata lain, spiritualitas meningkatkan kesehatan pasien kanker serviks. Pemahaman yang baik juga membantu pasien menerima situasi yang mereka hadapi. (Kozier, 2004)

Intervensi yang memenuhi kebutuhan spiritual memerlukan kesadaran pasien kanker. Dalam hal ini, harus ada hubungan yang baik antara provider, pasien, dan keluarga pasien. Pasien diharapkan merasa tenang di dalam jiwanya, setelah itu perawat membantu mereka merasakan

di dalam jiwanya kehadiran kekuatan tertinggi yang menciptakan kita semua sebagai manusia. Studi ini telah diterapkan pada kanker serviks dan menjelaskan dampak spiritualitas terhadap kualitas hidup dengan memeriksa individu untuk merasakan dalam jiwanya kehadiran Tuhan sebagai penguasa tertinggi dalam hidup mereka.

1.7 Sasaran Kebijakan Perawatan Paliatif

Tujuan keseluruhan dari kebijakan perawatan paliatif adalah untuk memberikan perlindungan dan pedoman hukum untuk perawatan paliatif di Indonesia. Tujuan khusus adalah untuk memberikan perawatan paliatif yang berkualitas sesuai dengan standar yang berlaku di seluruh Indonesia, untuk mengembangkan pedoman pelaksanaan perawatan paliatif, untuk mendapatkan staf medis dan non-medis yang terlatih, dan untuk menyediakan fasilitas dan ketersediaan infrastruktur yang diperlukan.

Sasaran kebijakan perawatan paliatif adalah semua pasien (dewasa dan anak-anak) dan keluarganya, dimana pasien membutuhkan perawatan paliatif dimanapun mereka tinggal di seluruh Indonesia. Untuk penyedia perawatan paliatif, yaitu dokter, perawat, dan pekerja perawatan kesehatan terkait. Di sisi lain, lembaga terkait termasuk departemen kesehatan negara bagian dan kabupaten/kota, rumah sakit negara bagian dan swasta, pusat kesehatan, panti jompo, dan fasilitas medis negara bagian dan swasta.

1.8 Aspek Medikolegal dalam Perawatan Paliatif

Sebelum menyetujui prosedur medis/informed consent untuk pasien perawatan paliatif, pastikan melalui komunikasi berkelanjutan dengan tim perawatan paliatif dan pasien/keluarga bahwa pasien memahami arti, tujuan dan pemberian perawatan paliatif. Penting untuk diperiksa.

Persetujuan atau persetujuan prosedur medis dilakukan sesuai dengan peraturan hukum. Secara umum, informed consent hanya diperlukan untuk intervensi medis (medis), tetapi dalam perawatan paliatif dianggap diinginkan untuk melakukan tindakan berisiko dengan informed consent. Baik penerima informasi maupun pemberi persetujuan diprioritaskan oleh pasien itu sendiri, jika memungkinkan bersama dengan saksi keluarga terdekat. Pasien dan kerabat membutuhkan waktu yang cukup untuk berkomunikasi. Jika pasien tidak dapat melakukan ini, kerabat dekat akan melakukannya untuk pasien.

Tim perawatan paliatif mendengarkan keinginan pasien sementara mereka masih dapat memutuskan apa yang harus dilakukan dan apa yang tidak boleh dilakukan ketika mereka mulai tidak berdaya. Selain itu, jika pasien tidak lagi dapat mengambil keputusan, pasien dapat menunjuk seseorang untuk bertindak atas namanya nanti. Deklarasi pasien dibuat secara tertulis dan berfungsi sebagai panduan terpenting bagi tim perawatan paliatif.

Dalam keadaan darurat, demi kepentingan terbaik pasien, tim perawatan paliatif dapat memberikan intervensi medis yang diperlukan. Bila memungkinkan, keputusan untuk melakukan resusitasi atau tidak dilakukan oleh pasien atau tim perawatan paliatif. Ini seharusnya dikomunikasikan kepada pasien pada awal pengobatan.

Pasien yang masih berfungsi berhak untuk tidak meminta resusitasi selama informasi yang diperlukan untuk pengambilan keputusan dipahami. Keputusan dibuat dalam bentuk pesan (advance directives) atau informed consent sebelum pembatasan kapasitas. Sebagai aturan umum, kerabat tidak dapat memutuskan untuk tidak melakukan resusitasi kecuali diperintahkan oleh surat wasiat hidup. Namun, berdasarkan keadaan tertentu dan pertimbangan tertentu, perintah pengadilan dapat meminta persetujuan tertulis dari semua anggota keluarga atas permohonan tersebut. Tim perawatan

paliatif dapat memutuskan, menurut pedoman klinis, untuk tidak melakukan resusitasi pasien jika pasien sakit parah dan bukti ilmiah saat ini menunjukkan bahwa resusitasi tidak akan menyembuhkan atau meningkatkan kualitas hidup. Tim perawatan paliatif bekerja di bawah wewenang yang diberikan oleh manajemen rumah sakit, termasuk saat merawat pasien di rumah. Pada prinsipnya, kegiatan yang bersifat medis harus dilakukan oleh staf medis, meskipun pertimbangan keselamatan pasien dapat mengizinkan kegiatan tertentu untuk didelegasikan kepada tenaga non-medis yang terlatih. Komunikasi perlu dijaga antara pelaksana dan pengambil keputusan politik.”

DAFTAR PUSTAKA

- Balboni TA, L.C. Vanderwerker, S.D. Block, M.E. Paulk, C.S. Lathan JRP& HGP. (2007). Religiousness and Spiritual Support among Advanced Cancer Patient and Associations with End of Life Treatment Preferences and Quality of Life. *J Clin Oncol.* 25(5) hlm. 555–60
- Bussing A, Fischer J, Ostermann T, Mathiessen, P F. Reliance on God's Help, (2008), Depression and Fatigue Female Cancers Patient. *J Psychiatr Med.* 357–72
- Damayantri A, Fitriyah, Indriani. (2008). Penanganan Masalah Sosial dan Psikologis Pasien Kanker Stadium Lanjut dalam Perawatan Paliatif. *Indones J Cancer* 1:30
- Hockenberry J., Wilson D. Wong. (2009). *Essentials of Pediatric Nursing Ed 8*. mosby elsevier
- Irawan E. (2013). *Pengaruh Perawatan Paliatif Terhadap Pasien Kanker Stadium Akhir* (Literature Review).
- KEPMENKES RI. (2007), *Kebijakan Perawatan Paliatif*. VII Indonesia: Menkes;
- Kozier, B., G. Erb B& SS. (2004), *Fundamental of Nursing: Concept, Process and Practise*. Uper Saddle River: Perarson Education
- Muckaden M, Al E. (2011), Pediatric Palliative Care : theory to practice. *Indian JPalliat.* 1(1)
- Nendra et al. (2011). *Buku penanganan paliatif care HIV-AIDS*. Jakarta: Lembaga kesehatan nahdatul ulama
- Ningsih NS. (2011). Pengalaman Perawat dalam memberikan Perawatan Paliatif pada Anak dengan Kanker di Wilayah Jakarta. Jakarta: FIK UI
- Yafie, Ali, Shihab MQ, Hawari D, Hafidhuiddin Di, Dharmais TMR. (2006). *Sakit Memperkuat Iman: Uraian Pakar Medis dan Spiritual*. Jakarta: Gema InsaniPress.

BAB 2

TREND DAN ISSUE HIV/AIDS

Oleh Dwi Febryanto

2.1 Pendahuluan

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah sejenis virus yang menginfeksi sel darah putih yang menyebabkan turunnya kekebalan tubuh manusia. *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) adalah sekumpulan gejala yang timbul karena turunnya kekebalan tubuh yang disebabkan infeksi oleh HIV (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

HIV menyerang sistem kekebalan tubuh, khususnya sel CD4 (sel T) yang membantu sistem kekebalan melawan infeksi. Jika tidak diobati, HIV dapat mengurangi jumlah sel CD4 (sel T) sehingga membuat seseorang lebih mungkin untuk terkena infeksi lain. HIV dapat menghancurkan sel-sel tersebut sehingga tubuh tidak mampu melawan infeksi dan penyakit. Infeksi oportunistik memanfaatkan sistem kekebalan tubuh yang sangat lemah. Hal ini menjadi penanda bahwa seseorang mengidap AIDS yaitu tahap terakhir dari infeksi HIV (Haryono dan Utami P, 2022).

Penderita HIV memerlukan pengobatan dengan Antiretroviral (ARV) untuk menurunkan jumlah virus HIV di dalam tubuh agar tidak masuk ke dalam stadium AIDS. Sedangkan penderita AIDS membutuhkan pengobatan ARV untuk mencegah terjadinya infeksi oportunistik dengan berbagai komplikasinya (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

2.2 Tren dan Issue HIV/AIDS

HIV merupakan masalah kesehatan masyarakat yang utama di seluruh dunia, terutama di negara berkembang. Negara Iran menduduki peringkat pertama di antara negara-negara lain seperti Sudan, Somalia, dan Maroko terkait infeksi HIV baru dan kematian terkait AIDS (UNAIDS, 2014). Pada tahun 2013, Iran menyumbang 30% dari semua orang HIV-positif dengan perkiraan jumlah 70.000 orang dengan HIV / AIDS (ODHA). Sedangkan di Sudan dilaporkan 49.000 orang hidup dengan HIV, mewakili 21% dari perkiraan regional (UNAIDS, 2014).

Secara keseluruhan, rute utama infeksi di kawasan Afrika yang dilaporkan adalah penularan seksual. Pada tahun 2011, penularan melalui seks heteroseksual adalah cara penularan HIV yang paling sering dilaporkan di antara laki-laki di Tunisia yaitu sebesar 44,4%, UEA sebesar 50,0%, Suriah sebesar 54,5%, Yordania sebesar 66,7%, Maroko sebesar 81,9%, Kuwait sebesar 100 %, dan Palestina sebesar 100% (Bozicevic, Riedner and Haghdoot, 2014).

HIV juga dilaporkan di Nepal yaitu pada laki-laki yang menggunakan NAPZA suntik (penasun). Studi tersebut melaporkan bahwa prevalensi HIV bervariasi dari tahun 2003 yaitu sebanyak 22,0% dan pada Tahun 2005 yaitu sebesar 21,7%. Prevalensi terendah tercatat pada tahun 2015 yaitu 2,6%, namun prevalensi kembali meningkat pada Tahun 2017 yaitu sebesar 4,9% (Hogan *et al.*, 2021).

Tren dinamika fenomena HIV/AIDS di Rumania menunjukkan peningkatan progresif 1,4 kali lebih tinggi pada tahun 2016. Prognosis jumlah orang yang terkena HIV/AIDS selama 10 tahun ke depan diperkirakan akan terjadi peningkatan angka tahunan sebesar 506 orang baru di Rumania (Felicia, 2019).

Laporan *United Nations Programme on HIV and AIDS* (UNAID) yang dikutip dari Kementerian Kesehatan RI pada Tahun 2019 menunjukkan bahwa populasi yang terinfeksi HIV terbesar didunia adalah di Benua Afrika sebesar 25,7 juta orang, diikuti Asia Tenggara sebesar 3,8 juta orang, dan di Amerika sebesar 3,5 juta orang. Jumlah kasus terendah ada di Pasifik Barat sebanyak 1,9 juta orang (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Kasus HIV/AIDS di Indonesia terus meningkat dari tahun ke tahun meskipun cenderung fluktuatif. Kasus AIDS selama sebelas tahun terakhir pada Tahun 2013, yaitu 12.214 kasus. Jumlah kasus HIV di Indonesia mencapai puncaknya pada Tahun 2019, yaitu sebanyak 50.282 kasus. Data WHO Tahun 2019 melaporkan sebesar 78% infeksi HIV baru di Asia Pasifik (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Infeksi HIV di Indonesia tertinggi berada pada Provinsi Jawa Timur dengan jumlah 8.935 kasus, diikuti DKI Jakarta 6.701 kasus dan Jawa Barat sebesar 6.066 kasus. Kasus terendah berada pada Provinsi Gorontalo sebesar 48 kasus. Tren kasus HIV dan AIDS tertinggi dari Tahun 2017 sampai dengan 2019 masih sama yaitu sebagian besar berada di Pulau Jawa. Kasus AIDS yang dilaporkan Tahun 2019 di Indonesia sebanyak 7.036 kasus dengan kasus tertinggi berada pada provinsi Jawa Tengah yaitu sebesar 1.613 kasus, di ikuti Papua 1.061 kasus, dan Jawa Timur yaitu sebesar 958 kasus. Sedangkan kasus terendah yaitu di Kalimantan Selatan sebesar 5 kasus (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Kelompok orang yang beresiko terkena HIV/AIDS adalah :

1. Orang yang Menggunakan Narkoba Suntik (Penasun)

Jarum suntik berperan dalam penyebaran virus HIV dari tubuh penderita ke tubuh manusia lain. Hal ini dikarenakan penggunaan jarum suntik yang tidak hanya sekali pakai. Studi yang dilakukan di Iran melaporkan bahwa penggunaan narkoba suntik adalah cara penularan HIV yang

paling umum di antara laki-laki yaitu sebesar 73,5%. Sedangkan di Afghanistan menyumbang angka sebesar 60,2% pada tahun 2011 (Bozicevic, Riedner and Haghdooost, 2014). Negara Iran memiliki jumlah tertinggi di antara semua negara di kawasan yaitu sebesar 185.000 kasus, diikuti oleh Pakistan 117.000 kasus dan Mesir 89.000 kasus, di mana penggunaan narkoba suntik masing-masing menyumbang 20% sampai 23% dari semua kasus yang baru dilaporkan pada tahun 2011. Jumlah kasus terendah dilaporkan di Somalia yaitu sebesar 1000 kasus (Mumtaz *et al.*, 2014).

Perilaku berisiko utama di antara Penasun adalah peralatan yang tidak steril. Mereka yang telah menyuntikkan narkoba dilaporkan sebesar 36,9% telah menggunakan jarum suntik yang tidak steril sedangkan 12,6% telah menggunakan suntikan bersama (Khajehkazemi *et al.*, 2013). Disisi lain, sebesar 39,2% penasun di Pakistan melaporkan berbagi penggunaan jarum suntik terakhir mereka (Emmanuel *et al.*, 2013).

Prevalensi berbagi jarum suntik berkisar dari 71% hingga 97% di Yordania dan Oman. Penasun menyuntikkan narkoba dengan rata-rata 2,2 suntikan/hari (Mumtaz *et al.*, 2014). Disisi lain, penggunaan kondom di kalangan Penasun tergolong rendah, hanya sebesar 36% yang melaporkan pernah menggunakan kondom (Mumtaz *et al.*, 2014). Tingkat penggunaan kondom ditemukan paling rendah di Afghanistan dan Pakistan yaitu berkisar antara 10–38% dan tertinggi di Lebanon yaitu sebesar 88% (Mumtaz *et al.*, 2014). Sebanyak 18% penasun laki-laki melaporkan pernah berhubungan seksual dengan sesama jenis, dan 45% melaporkan berhubungan seksual dengan pekerja seks (Mumtaz *et al.*, 2014).

2. Homoseksual

Pada akhir tahun 2011 di Cina, diperkirakan sekitar 780.000 orang hidup dengan HIV/AIDS dan sebanyak 1.648.000 mengalami infeksi baru, dengan perkiraan sebesar 52,2%, dengan kisaran 29,4% melalui penularan homoseksual, 18,0% melalui penggunaan narkoba suntik, dan 0,4% melalui penularan dari ibu ke anak. Penelitian ini menyatakan bahwa laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki merupakan tren nasional dan konsisten di banyak provinsi sehingga menjadi prioritas yang mendesak untuk fokus pencegahan (Ruiz and Pons, 2013).

Tinjauan sistematis di Maroko, prevalensi HIV di kalangan LSL bervariasi antara 0 hingga 11%. Sebesar 3,7% pria yang berusia 15-24 tahun dilaporkan pernah melakukan hubungan seks anal dengan sesama jenis, dan 8,3% pengemudi truk melaporkan mempunyai pasangan seksual sesama jenis (Himmich *et al.*, 2015). Studi lain yang juga melibatkan LSL di Maroko sebesar 67% menyatakan pengalaman biseksual (Johnston *et al.*, 2013). Tingkat seksual di kalangan LSL tinggi yaitu lebih dari 65%. Sedangkan mayoritas 78% responden pernah melakukan seksual anal dalam 6 bulan terakhir. Tingkat penggunaan kondom dengan pasangan sesama jenis komersial sebesar 59% dan yang memiliki pasangan sesama laki-laki sebesar 44% (Johnston *et al.*, 2013).

Laporan di Kairo Mesir mengungkapkan bahwa 65,8% LSL terlibat dalam seksual anal, dengan 21,9% melakukan lebih dari satu tindakan seksual per hari. Jumlah mitra per minggu tinggi yaitu berkisar diantara 35,6%. Sekitar 38% juga melakukan hubungan heteroseksual. Sementara 52,1% tidak pernah menggunakan kondom, dan sebesar 21,9% tidak pernah mendengar tentang kondom (Kabbash, 2008).

Data Ditjen P2P yang bersumber dari Sistem Informasi HIV, AIDS, dan IMS (SIHA) tahun 2019, menyebutkan bahwa kasus HIV dan AIDS pada laki-laki lebih tinggi dari perempuan. Kasus HIV tahun 2019 sebanyak 64,50% adalah laki-laki, sedangkan kasus AIDS sebesar 68,60% juga pengidapnya adalah laki-laki. Hal ini sejalan dengan hasil laporan HIV berdasarkan jenis kelamin sejak tahun 2008-2019, dimana persentase penderita laki-laki selalu lebih tinggi dari perempuan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017).

Infeksi HIV di kelompok LSL mengalami peningkatan di kota-kota besar Asia. Infeksi HIV di kelompok LSL mengalami peningkatan yang signifikan di Indonesia. Data Survei Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) dapat terlihat tren peningkatan prevalensi HIV diiringi dengan tren peningkatan prevalensi sifilis pada kelompok LSL sejak tahun 2007. Cakupan aktivitas penjangkauan yaitu mereka yang menerima paket minimum layanan pencegahan di 141 kota/kabupaten. Laporan *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis dan Malaria* (GFATM) cakupan pencegahan meningkat secara signifikan dan mencapai 167.689 individu pada tahun 2016, sedangkan untuk waria cakupan penjangkauan juga meningkat hingga 24.553 individu ditahun yang sama (Kementerian Kesehatan Republik, 2017). Besaran capaian ini dari estimasi nasional populasi kunci untuk tahun 2016. Laporan ini menggambarkan tingginya cakupan pencegahan untuk waria 66% namun cakupan yang rendah untuk LSL 22%. Tidak kalah penting, cakupan tes HIV menunjukkan proporsi sebesar 83% untuk waria, namun hanya 61% untuk LSL (Kementerian Kesehatan Republik, 2017).

3. Wanita Pekerja Seks (WPS)

Prevalensi HIV di Libya dilaporkan cukup tinggi di kalangan Wanita Pekerja Seks (WPS) yaitu berkisar 15,7%. Penggunaan kondom secara teratur dengan klien dilaporkan sebesar 63,4%. Disisi lain, penggunaan NAPZA suntik rendah di kalangan WPS (Valadez *et al.*, 2013). Indonesia didapati tingkat prevalensi HIV yang cukup stabil dibawah 5% untuk kelompok WPS dengan estimasi populasi sebesar 267.000. Kajian nasional 2017 pengelompokan Wanita Pekerja Seks tidak dibedakan menjadi langsung dan tidak langsung karena respon komprehensif terhadap risiko penularan HIV melalui transaksi seksual tidak memandang perbedaan tersebut dan juga untuk waria. Prevalensi HIV yang melebihi 15% untuk WPS di provinsi Papua patut menjadi perhatian khusus (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017).

4. Populasi Migran

Secara global, dilaporkan bahwa populasi migran berisiko lebih tinggi tertular HIV karena kondisi hidup yang buruk dan kurangnya akses ke perawatan medis dan pencegahan. Populasi yang paling rentan adalah para korban perdagangan manusia yaitu kebanyakan perempuan yang jumlahnya meningkat di kawasan MENA, terutama di Sudan, Suriah, dan Yaman (Al-Abri and Mokhbat, 2016).

5. Populasi Kunci

Peningkatan risiko tertular HIV diantara populasi berisiko di dunia Tahun 2018 dilaporkan adalah Lelaki Seks Lelaki (LSL) berisiko 22 kali lipat, kemudian diikuti orang yang memakai narkoba suntik 22 kali lebih berisiko, pekerja seks 21 kali lebih berisiko dan transgender 12 kali berisiko (Kementerian Kesehatan RI, 2020). Penelitian di Iran melaporkan prevalensi HIV di antara pasangan seksual wanita adalah 2,8%, yang merupakan dua puluh kali estimasi

prevalensi orang dewasa di Iran (Alipour *et al.*, 2013). Distribusi penderita HIV baru berdasarkan populasi beresiko secara global pada Tahun 2018 dilaporkan yaitu ada pada pekerja seksual sebesar 6%, orang yang memakai narkoba suntik 12%, pria yang melakukan seksual dengan sesama jenis sebesar 17%, wanita transngender 1%, pelanggan pekerja seksual atau partner seksual dari populasi beresiko sebesar 18% dan populasi lainnya sebesar 46% (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

2.3 Faktor Lain yang Berkontribusi HIV/AIDS

2.3.1 Orang Muda dan HIV

Jumlah infeksi HIV berdasarkan data SIHA Tahun 2010-2019 yang dilaporkan menurut kelompok umur, kelompok usia produktif merupakan jumlah penderita infeksi HIV terbanyak setiap tahunnya. Tingkat prevalensi keseluruhan untuk penduduk muda umumnya rendah. Orang muda penasun, mereka yang mengalami pelecehan seksual, dan yang berada dalam perdagangan seks, laki-laki muda LSL, dan orang-orang muda yang terjebak dalam konflik bersenjata memiliki risiko yang sangat tinggi (Millage, 2009; Sharma, Varma and Jain, 2022). Jumlah infeksi HIV baru di kalangan anak muda berusia 15–24 tahun di wilayah tersebut diperkirakan bervariasi antara 3.000 dan 11.000 (UNAIDS, 2021).

Penelitian di Nepal melaporkan bahwa risiko HIV yang lebih rendah dikaitkan dengan usia yang lebih muda yaitu lebih pada usai ≤ 24 tahun dibandingkan dengan yang berusia > 24 tahun (OR = 0,17, 95% CI = 0,10–0,31) (Hogan *et al.*, 2021). Tingkat penggunaan kondom, seperti yang dilaporkan dalam STBP, terbilang sangat rendah pada kelompok Penasun. Hal ini menyoroti tingginya risiko penularan HIV melalui seks tanpa kondom pada kelompok populasi muda PSP, LSL, waria, dan penyalaguna metamfetamin. Pengakuan akan pentingnya

transmisi seksual sebagai moda penularan yang menjembatani penularan HIV ke kelompok populasi lainnya, beserta investigasi dan pengurangan risiko yang diperlukan, sudah sangat lama tertunda sehingga penularan HIV sudah memasuki kelompok LSL, PSP dan Penasun muda.

2.3.2 Tes HIV

Faktor penentu utama yang meningkatkan risiko HIV di antara penasun adalah tingkat pendidikan yang rendah, kurangnya pengobatan untuk kecanduan narkoba dan penggunaan peralatan yang tidak steril. Risiko HIV yang lebih tinggi dikaitkan dengan tingkat pendidikan yang rendah (OR = 2,76, 95% CI = 1,75–4,36), kurangnya pengobatan kecanduan (OR = 2,59, 95% CI = 1,64–4,08) , dan penggunaan peralatan injeksi yang tidak steril (OR = 2.22, 95% CI = 1.20–4.11) (Hogan *et al.*, 2021).

Tantangan utama untuk akses tes HIV adalah tingginya tingkat stigma dan diskriminasi yang terkait dengan tes HIV dan masalah kerahasiaan, serta kurangnya petugas tes dan konseling HIV, terutama mereka yang terlatih dalam merawat populasi yang terstigmatisasi. Laporan SIHA tahun 2013-2019 melaporkan jumlah orang yang melakukan tes HIV di Indonesia mengalami peningkatan. Pada tahun 2017, sebanyak 882.721 orang melakukan tes HIV dan 48.300 orang di antaranya merupakan HIV positif. Angka ini mengalami penurunan bila dibandingkan dengan tahun 2016. Sampai tahun 2019, sebanyak 4.064.812 melakukan pemeriksaan HIV dan 50.282 di antaranya merupakan HIV positif.

2.3.3 Akses Pengobatan Antiretroviral

Laporan di Tunisia, hampir 80% ibu hamil yang hidup dengan HIV menerima antiretroviral (ART). Laporan ini menunjukkan bahwa pengobatan ART mengurangi risiko penularan HIV. Ketika tingkat cakupan ART meningkat, kejadian

HIV menurun, ini digambarkan sebagai pengobatan dan pencegahan (Pierre Amarenco, Julien Bogousslavsky, Alfred Callahan 3rd, Larry B Goldstein, Michael Hennerici, Amy E Rudolph, Henrik Sillesen, Lisa Simunovic, Michael Szarek, K M A Welch, Justin A Zivin, 2011).

Penelitian Tren HIV/AIDS selama 26 tahun terakhir dan prediksi pencapaian target pencegahan HIV 90-90-90 pada Tahun 2020 di Ethiopia melaporkan bahwa Sejak tahun 1995, infeksi baru telah menurun sebesar 81% dan sejak tahun 2002, jumlah kasus HIV telah menurun sebesar 35,5%. Namun, setelah penurunan pada tahun 2008 tingkat kejadian HIV mulai meningkat sebesar 10% dan jumlah infeksi baru yang didiagnosis setiap tahun meningkat sebesar 36% di antara semua umur dan dua kali lipat di antara orang dewasa (Girum, Wasie and Worku, 2018).

Cakupan ART telah meningkat sebesar 90% di antara semua umur dan tiga kali lipat di antara ibu hamil dalam waktu 6 tahun. Secara nasional, 67% orang yang hidup dengan HIV mengetahui statusnya, Sebesar 88% di antaranya dalam pengobatan dan 86% orang dalam pengobatan mengalami penekanan virus. Akibatnya, kematian terkait AIDS menurun masing-masing sebesar 77% dan 79% di antara semua umur dan anak-anak. Pada tahun 2020, sebesar 79% orang yang hidup dengan HIV dan mengetahui status HIV mereka, dimana 96-99% orang yang terinfeksi HIV akan menggunakan ART dan lebih dari 86% akan mengalami penekanan virus (Girum, Wasie and Worku, 2018).

2.3.4 Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak

HIV dapat ditularkan melalui pertukaran berbagai cairan tubuh dari orang yang terinfeksi seperti darah, Air Susu Ibu (ASI), semen dan cairan vagina. HIV juga dapat ditularkan dari seorang ibu ke anaknya selama kehamilan dan persalinan. Orang tidak dapat terinfeksi melalui kontak sehari-hari seperti mencium,

berpelukan, berjabat tangan, atau berbagi benda pribadi, makanan, atau air (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Kejadian infeksi HIV / AIDS di kalangan wanita di Maroko dan Yaman antara tahun 2001 sampai 2012 meningkat secara signifikan, dari perkiraan 4.400 menjadi 11.000 per tahun dan dari 1.300 menjadi 7.700 per tahun. Sekitar setengah dari infeksi HIV baru di Maroko terjadi pada wanita, hampir tiga perempatnya tertular dari suami mereka. Demikian pula di Iran, tiga perempat wanita yang terinfeksi HIV tertular virus dari suami mereka, yang sebagian besar adalah penasun.

Wanita sangat rentan terhadap infeksi HIV melalui suami mereka yang terinfeksi. Faktor budaya, ekonomi, dan sosial dikombinasikan dengan seks transaksional, kurangnya layanan kesehatan seksual dan reproduksi yang komprehensif, termasuk tes HIV, dan akses pengobatan yang sangat rendah juga tampaknya berkontribusi pada kerentanan perempuan (Chahil-Graf and Madani, 2014). Seiring bertambahnya jumlah perempuan yang hidup dengan HIV di wilayah tersebut, demikian pula penularan dari ibu ke anak, tanpa adanya tindakan pencegahan yang memadai. Prevalensi HIV tertinggi yang tercatat di antara ibu hamil di Sudan Selatan yaitu 3,4% pada tahun 2007 menurun menjadi 3,0% pada tahun 2009, diikuti oleh Djibouti yaitu 2,1% pada tahun 2007 menjadi 1,6% pada tahun 2009 (Gökengin *et al.*, 2016).

2.3.5 Stigma dan Diskriminasi

Stigma dan diskriminasi terhadap Orang Dengan HIV / AIDS (ODHA) merupakan faktor utama dalam menciptakan populasi kunci yang sangat sulit dijangkau. Pandangan moral yang kuat tentang HIV di masyarakat maupun di kalangan petugas layanan kesehatan menciptakan stigma dan diskriminasi yang mengakar kuat terhadap ODHA dan mereka yang dianggap berisiko tinggi tertular (Rahmati-Najarkolaei *et al.*, 2010).

Penelitian di Mesir yang menyelidiki 153 ODHA, hampir 51,6% dari orang yang diwawancarai dilaporkan merasa distigmatisasi dan 43,1% melaporkan perubahan pandangan orang terhadap mereka. Hampir dua pertiga ODHA yaitu sebesar 66,7% mengasingkan diri dari komunitasnya karena takut stigma dan 44,4% melaporkan perubahan perilaku kerabatnya. Sebesar 53,6% ODHA merasa tidak berguna bagi komunitasnya. Stigma diri yang dilaporkan jauh lebih besar dari pada stigma oleh orang lain (Kabbash *et al.*, 2008).

Disisi lain, mahasiswa keperawatan di Arab Saudi dilaporkan memiliki sikap negatif yang substansial terhadap ODHA meskipun tingkat pengetahuan tentang AIDS relatif tinggi (Abolfotouh *et al.*, 2013). Dalam studi lain di Iran, ODHA melaporkan bahwa penyedia layanan kesehatan memiliki kecenderungan untuk memiliki persepsi negatif tentang suntikan narkoba, pekerja seks, dan ketidaksetiaan. Tanpa terkecuali, semua peserta pernah mengalami penolakan perawatan dan layanan oleh penyedia layanan kesehatan (Karamouzian *et al.*, 2015). Ketakutan akan stigma juga berdampak negatif pada akses dan kepatuhan terhadap ART (Badahdah and Pedersen, 2011).

2.4 Keberhasilan dan Tantangan

Case Fatality Rate (CFR) AIDS di Indonesia sejak tahun 2005 sampai tahun 2019 terus mengalami penurunan. Hal ini dapat disebabkan karena upaya pengobatan AIDS di Indonesia telah berhasil menurunkan angka kematian akibat AIDS. Pada Tahun 2001 dilaporkan kematian akibat AIDS yaitu 5,48% hingga sampai Tahun 2019 dilaporkan tingkat kematian akibat AIDS sebesar 0,59 %. Sejak Tahun 2010, dengan berkembangnya elemen konservatif di masyarakat, sejumlah provinsi bersama dengan Kementerian Sosial telah mendeklarasikan gerakan pembubaran lokalisasi nasional, diikuti oleh penutupan sejumlah lokalisasi yang berada di kota Surabaya, DKI Jakarta, dan jayapura

dengan dampak berupa masalah koordinasi dan kerja sama lintas sektor untuk menata kembali respon penanganan kesehatan umum, pencegahan HIV/IMS serta didiagnosis dan pengobatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017).

Sampai saat ini program kondom belum mampu untuk menurunkan prevalensi HIV/IMS lainnya di kelompok PSP sampai pada tingkatan yang dapat diterima. Penekanan pada asas kesukarelaan individu dalam penggunaan kondom, tanpa menjadi sebuah ketentuan industri sangat berdampak pada rendahnya tingkat pemakaian kondom. Sementara maraknya transaksi seks tanpa kondom menjadi indikasi kuat akan masih lemahnya posisi tawar PSP, karena rendahnya kemampuan negosiasi kondom atau menolak klien (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017).

Hanya sedikit PSP yang mengunjungi Fasyankes untuk menerima layanan tes HIV. Hanya 38% yang mengetahui status HIV mereka di Tahun 2015 atau pengobatan HIV atau IMS. Perasaan tersisihkan seringkali diungkapkan oleh PSP yang terdiagnosis HIV/IMS pada klinik bergerak. Mereka yang telah memasuki fase perawatan atau memulai pengobatan berpeluang besar untuk hilang kontak (*lost to follow up*) atau menghentikan pengobatannya karena pola kerja migran atau karena lingkungan sosial yang tidak mendukung (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017).

Intervensi pendidikan dini tentang seks yang aman dan suntikan yang aman, konseling dan tes HIV sukarela menggunakan alat tes cepat, layanan medis untuk pengelolaan infeksi menular seksual, dan distribusi buket komunikasi perubahan perilaku dan brosur, jarum suntik, dan kondom gratis adalah hal penting untuk menurunkan tren HIV /AIDS (Badahdah and Pedersen, 2011). Cara menghindari penularan HIV / AIDS terus gencar dilaksanakan yang dikenal dengan konsep “ABCDE” yaitu:

- A (*Abstinence*): artinya Absen seks atau tidak melakukan hubungan seksual bagi yang belum menikah.
- B (*Be Faithful*): artinya Bersikap saling setia kepada satu pasangan seks atau 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.

Penanggulangan HIV/AIDS secara nasional membutuhkan pendekatan multisectoral. Kebijakan pemerintah terkait HIV/AIDS antara lain :

1. Pemerintah harus memastikan orang yang terkena HIV/AIDS ikut berpartisipasi dalam respons nasional.
2. Pemerintah harus memastikan dan mengkoordinasikan partisipasi dari semua sector lapisan masyarakat dalam tata cara, pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi respons nasional terhadap HIV/AIDS
3. Setiap sector Lembaga utama, terutama para pelaku harus memperhatikan dan menerapkan kebijakan dan rencana HIV/AIDS dari sectoral tertentu yang sejalan dengan kebijakan nasional.
4. Pemerintah tingkat pusat, local dan mitra harus memastikan penanganan HIV/AIDS masuk ke dalam semua kebijakan, rencana dan program.
5. Pemerintah harus memastikan bahwa ada koordinasi yang efektif diantara sector-sektor dalam respons multisectoral terhadap HIV/AIDS.
6. Pemerintah harus mengkoordinasikan dan memastikan bahwa system rujukan layanan terkait HIV/AIDS di fasilitasi dalam rangkaian pencegahan, pengobatan, perawatan dan

dukungan, serta mitigasi dampak terhadap penyakit tersebut.

7. Lembaga pemerintah dan tingkat daerah akan melakukan penilaian dampak terhadap HIV/AIDS untuk memastikan tanggapan dari masyarakat (Haryono and Utami P, 2022).

Selain kebijakan pemerintah, ada pula kebijakan tingkat sector daerah atau local yaitu sebagai berikut :

1. Pemerintah daerah akan membuat komunitas yang rentan terkena HIV untuk mengembangkan dan menerapkan strategi untuk mengurangi kerentanan dengan mengevaluasi daerah pemilihan dan tradisional akan memetakan komunitas yang rentan dan bersama-sama dengan komunitas ini mengembangkan dan menerapkan strategi untuk mengurangi kerentanan, dengan mengamankan keamanan pangan, air dan tempat tinggal.
2. Sturktur tingkat local seperti komite desa dan klinik harus diperkuat dan didukung.
3. Otoritas tradisional Bersama dengan dewan regional harus mengembangkan langkah-langkah untuk menangani praktik budaya berbahaya yang dapat meningkatkan kerentanan terhadap infeksi HIV.
4. Pemerintah harus memastikan bahwa sector swasta dan masyarakat sipil didorong dan bila perlu disediakan dukungan berupa keuangan, materi dan teknis untuk berpartisipasi secara efektif dalam tanggapan HIV/AIDS.
5. Pemerintah harus mendukung peran organisasi HIV/AIDS dalam memberikan pelayanan sukarela(Haryono and Utami P, 2022).

DAFTAR PUSTAKA

- Abolfotouh, M. A. *et al.* (2013) 'Attitudes of Saudi nursing students on AIDS and predictors of willingness to provide care for patients in central Saudi Arabia', *SAGE Open*, 3(3), pp. 1–11. doi: 10.1177/2158244013499163.
- Al-Abri, S. and Mokhbat, J. E. (2016) 'HIV in the MENA Region: Cultural and Political Challenges', *International Journal of Infectious Diseases*. International Society for Infectious Diseases, 44, pp. 64–65. doi: 10.1016/j.ijid.2016.01.017.
- Alipour, A. *et al.* (2013) 'HIV prevalence and related risk behaviours among female partners of male injecting drugs users in Iran: Results of a bio-behavioural survey, 2010', *Sexually Transmitted Infections*, 89(SUPPL. 3), pp. 41–45. doi: 10.1136/sextrans-2013-051201.
- Badahdah, A. M. and Pedersen, D. E. (2011) 'I want to stand on my own legs: A qualitative study of antiretroviral therapy adherence among HIV-positive women in Egypt', *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 23(6), pp. 700–704. doi: 10.1080/09540121.2010.534431.
- Bozicevic, I., Riedner, G. and Haghdoost, A. (2014) 'Short report HIV case reporting in the countries of North Africa and the Middle East', pp. 12–15.
- Chahil-Graf, R. and Madani, N. (2014) 'Women, culture and the HIV epidemic in MENA', *Journal of the International AIDS Society*, 17, pp. 2–3. doi: 10.7448/IAS.17.1.19074.
- Emmanuel, F. *et al.* (2013) 'Second-generation surveillance for HIV / AIDS in Pakistan: results from the 4th round of Integrated Behavior and Biological Survey 2011 – 2012', pp. 23–29. doi: 10.1136/sextrans-2013-051161.
- Felicia, A. (2019) 'Trends of HIV / AIDS Phenomenon Dynamics in Romania from', 48(10), pp. 1903–1909.
- Girum, T., Wasie, A. and Worku, A. (2018) 'Trend of HIV/AIDS for the last 26 years and predicting achievement of the 90-90-90 HIV prevention targets by 2020 in Ethiopia: A time series analysis', *BMC Infectious Diseases*. BMC Infectious Diseases, 18(1), pp. 1–10. doi: 10.1186/s12879-018-3214-6.

- Gökengin, D. *et al.* (2016) 'HIV/AIDS: Trends in the Middle East and North Africa region', *International Journal of Infectious Diseases*, 44, pp. 66–73. doi: 10.1016/j.ijid.2015.11.008.
- Haryono, R. and Utami P, M. (2022) *Keperawatan Medikal Bedah 2*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Himmich, H. *et al.* (2015) 'Scaling up combined community-based HIV prevention interventions targeting truck drivers in Morocco : effectiveness on HIV testing and counseling', ???, pp. 1–9. doi: 10.1186/s12879-015-0936-6.
- Hogan, S. *et al.* (2021) 'Trends and determinants of HIV transmission among men who inject drugs in the Pokhara Valley, Nepal: analysis of cross-sectional studies', *BMC Public Health*. BMC Public Health, 21(1), pp. 1–13. doi: 10.1186/s12889-021-10331-9.
- Johnston, L. G. *et al.* (2013) 'HIV , syphilis and sexual risk behaviours among men who have sex with men in Agadir and Marrakesh , Morocco'. doi: 10.1136/sextrans-2012-050918.
- Kabbash, I. A. *et al.* (2008) 'Needs assessment and coping strategies of persons infected with HIV in Egypt', *Eastern Mediterranean Health Journal*, 14(6), pp. 1308–1320.
- Kabbash, I. A. (2008) 'Risk behaviours for HIV / AIDS infection among men who have sex with men in Cairo , Egypt', 14(4), pp. 905–915.
- Karamouzian, M. *et al.* (2015) "'I Am Dead to Them": HIV-related Stigma Experienced by People Living With HIV in Kerman, Iran', *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. Elsevier Ltd, 26(1), pp. 46–56. doi: 10.1016/j.jana.2014.04.005.
- Kementerian Kesehatan Republik (2017) 'Kajian Nasional Respon HIV di Bidang Kesehatan Republik Indonesia'.
- Kementerian Kesehatan RI (2020) 'Infodatin Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI', pp. 92–107. doi: 10.4324/9781315700724-16.
- Khajehkazemi, R. *et al.* (2013) 'HIV prevalence and risk behaviours among people who inject drugs in Iran: the 2010 National Surveillance Survey', pp. 29–33. doi: 10.1136/sextrans-2013-051204.

- Millage, A. (2009) 'Young People and HIV/AIDS: Opportunity in Crisis.', *Internal Auditor*, 65(3), pp. 1–28. Available at: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=41566003&site=ehost-live>.
- Mumtaz, G. R. *et al.* (2014) 'HIV among People Who Inject Drugs in the Middle East and North Africa : Systematic Review and Data Synthesis', 11(6). doi: 10.1371/journal.pmed.1001663.
- Pierre Amarenco, Julien Bogousslavsky, Alfred Callahan 3rd, Larry B Goldstein, Michael Hennerici, Amy E Rudolph, Henrik Sillesen, Lisa Simunovic, Michael Szarek, K M A Welch, Justin A Zivin, S. P. by A. R. in C. L. (SPARCL) I. (2011) 'Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy', *New England Journal of Medicine*, 365, pp. 687–696.
- Rahmati-Najarkolaei, F. *et al.* (2010) 'Experiences of stigma in healthcare settings among adults living with HIV in the Islamic Republic of Iran', *Journal of the International AIDS Society*, 13(1), pp. 1–11. doi: 10.1186/1758-2652-13-27.
- Ruiz, J. and Pons, M. (2013) 'HIV/AIDS trends in China', *The Lancet Infectious Diseases*, 13(11), pp. 912–914. doi: 10.1016/S1473-3099(13)70285-8.
- Sharma, B., Varma, P. and Jain, K. (2022) 'Miles to go The Response to HIV in The Middle East North Africa', *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. doi: 10.1111/1471-0528.17360.
- UNAIDS (2014) 'The gap report'. UNAIDS Available at: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Gap_report_en.pdf (accessed August 8, 2015)
- UNAIDS (2021) 'Middle East and North Africa Regional Overview', *Global Humanitarian Overview 2022*, pp. 94–118. doi: 10.18356/9789210012423c019.
- Valadez, J. J. *et al.* (2013) 'Filling the Knowledge Gap : Measuring HIV Prevalence and Risk Factors among Men Who Have Sex with Men and Female Sex Workers in Tripoli , Libya', 8(6). doi: 10.1371/journal.pone.0066701.

BAB 3

KONSEP DAN TEORI INFEKSI HIV/AIDS

Oleh Prystia Riana Putri

3.1 Pendahuluan

Human immunodeficiency virus (HIV) masih menjadi permasalahan global, terbukti dengan adanya peningkatan jumlah penderita yang semula mengalami penurunan. Pada tahun 2021, 650.000 [510.000–860.000] orang meninggal disebabkan oleh HIV dan 1,5 juta [1,1–2,0 juta] orang tertular HIV (WHO, 2023). Data kasus HIV AIDS di Indonesia terus meningkat dari tahun ke tahun dan mencapai puncaknya pada tahun 2019, yaitu sebanyak 50.282 kasus.

HIV merupakan virus yang menginfeksi sel darah putih sehingga menurunkan kerja sistem imun atau kekebalan tubuh manusia. Adanya penurunan kekebalan tubuh akibat infeksi HIV menyebabkan munculnya berbagai macam gejala atau sering disebut dengan istilah *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) (Khairani, 2020).

3.2 Etiologi HIV/AIDS

HIV merupakan subtype dari retrovirus dan agen etiologi AIDS (Montagnier, 1985). HIV ditularkan melalui cairan tubuh – darah, air mani, cairan vagina dan ASI (Ghazali and Maulida, 2019).

Penularan hanya dapat terjadi melalui jalur berikut:

1. Hubungan seksual tanpa pelindung, baik heteroseksual atau homoseksual, dengan pasangan yang terinfeksi (ini adalah

cara penularan yang paling umum). Risiko penularan HIV secara seksual meningkat dengan adanya infeksi menular seksual lainnya, terutama tipe ulseratif seperti herpes atau sifilis;

2. Penularan dari ibu ke anak selama kehamilan, persalinan dan melahirkan di mana rejimen pencegahan tidak diikuti. Ibu dengan infeksi HIV dapat menularkan virus ke bayinya secara transplasenta, pada saat melahirkan melalui jalan lahir, atau melalui ASI pada masa bayi dan anak-anak.
3. Darah dan produk darah, misalnya pada proses transfusi darah yang terinfeksi atau menggunakan jarum suntik atau alat medis yang terkontaminasi virus HIV. Paparan parenteral terhadap darah dan produk darah melalui transfusi adalah metode penularan HIV yang paling efisien (Center for Disease Control and Prevention, 2003). Terdapat lebih banyak sel mononuklear darah tepi yang mampu menyimpan atau terinfeksi HIV di dalam darah daripada terdapat dalam cairan atau sekret tubuh lain. Kelompok risiko utama penularan HIV melalui pajanan darah adalah pengguna narkoba suntikan yang berbagi jarum yang terinfeksi. Perkiraan infektivitas per injeksi obat intravena rata-rata 0,63%. Jika jarum suntik tidak dibagi, maka bentuk penularan ini tidak akan terjadi. Praktik pencampuran darah yang kurang umum, atau penggunaan instrumen seperti jarum tato yang tidak didesinfeksi dengan benar, juga berpotensi menimbulkan risiko infeksi HIV (Song, 2020).
4. Cedera akibat kerja, termasuk cedera tertusuk jarum yang diderita oleh petugas kesehatan profesional saat merawat pasien yang terinfeksi HIV.

3.3 Jenis HIV

HIV terbagi menjadi dua jenis berdasarkan asal terbentuknya virus, yakni sebagai berikut:

1. HIV Tipe 1

Data epidemiologi molekuler menunjukkan bahwa HIV tipe 1 (HIV-1) merupakan sub tipe HIV yang paling umum yang menginfeksi manusia, berasal dari virus immunodefisiensi simian, yang disebut SIVcpz, dari subspecies *Pan troglodytes troglodytes* simpanse. Ada empat sub tipe HIV-1 yang disebut grup M, N, O, dan P, dan masing-masing kelompok tampaknya muncul dari peristiwa transmisi lintas spesies yang independen.

2. HIV Tipe 2

Retrovirus manusia utama tambahan, yang disebut HIV-2, memiliki lebih banyak kesamaan dengan simian immunodeficiency virus (SIV) daripada HIV-1 dan sebagian besar ditemukan di Afrika Barat, dengan tingkat prevalensi tertinggi tercatat di Guinea-Bissau dan Senegal. Dua subgrup utama HIV-2 A dan B muncul dari peristiwa penularan independen (Klatt, 2022).

3.4 Patofisiologi

Sindrom HIV/AIDS ditandai dengan kelainan imun akibat infeksi dan penghancuran limfosit T CD4+, yang secara imunologi membahayakan orang yang terinfeksi. Adapun proses terjadinya infeksi HIV dijelaskan sebagai berikut (Mohammed and Nasidi, 1981):

Tahap 1: Pengikatan Virus

Pada membran permukaan semua sel hidup terdapat struktur protein kompleks yang dapat berfungsi sebagai “reseptor”. Reseptor sering dibandingkan dengan kunci yang

cocok dengan kunci atau "ligan" tertentu. HIV mengikat setidaknya dua reseptor spesifik pada sel inang: reseptor primer, yang disebut CD4+, dan reseptor sekunder, koreseptor kemokin, seperti CXCR4 atau CCR5, seperti dijelaskan sebelumnya.

Infeksi HIV pada limfosit dimulai dengan perlekatan virus, melalui gp120-nya, ke membran sel melalui kedua interaksi "reseptor-ligan" ini. Penempelan erat partikel virus ke reseptor pada membran sel mengaktifkan protein lain yang memungkinkan fusi virus dengan membran sel.

Tahap 2: Masuk dan Pelepasan lapisan

Setelah virus menyatu dengan sel inang, inti virus dan RNA yang terkait masuk ke dalam sel. Agar bahan genetik virus bereproduksi, lapisan yang mengelilingi RNA, atau nukleokapsid, harus dilarutkan. Pelepasan sebagian nukleokapsid terjadi, menghasilkan pelepasan RNA virus ke dalam sitoplasma sel inang.

Tahap 3: Transkripsi Terbalik

Konversi bahan genetik virus (RNA) menjadi DNA terjadi melalui kerja enzim reverse transcriptase yang diproduksi oleh HIV. Reverse transcriptase membaca urutan RNA virus yang memasuki sel inang dan mentranskripsi urutan menjadi urutan DNA komplementer, yang kemudian dapat menggunakan mesin seluler untuk membuat protein virus dan salinan tambahan RNA virus. Tanpa proses ini, virus tidak dapat bereplikasi.

Variasi HIV dalam satu individu dan antara isolat HIV dari wilayah geografis yang berbeda memiliki dampak besar pada diagnosis dan pengobatan HIV, serta desain dan pengembangan vaksin HIV potensial.

Tahap 4: Integrasi ke dalam DNA Kromosom Inang

Selama tahap ini, DNA virus dimasukkan secara acak ke dalam DNA sel inang oleh enzim integrase virus. Tahap siklus

hidup HIV ini telah memungkinkan desain dan pengembangan kelas baru ARV yang dikenal sebagai integrase inhibitor. Setelah DNA virus diintegrasikan ke dalam materi genetik inang, ia dapat tetap berada di sana dalam keadaan laten selama bertahun-tahun. Kemampuan HIV untuk bertahan dalam keadaan laten ini merupakan penghalang utama untuk memberantas atau menyembuhkan HIV.

Tahap 5: Sintesis DNA Viral

Setelah aktivasi sel yang terinfeksi, DNA virus ditranskripsi bersama dengan DNA inang menjadi *messenger* RNA (mRNA). Kode mRNA untuk produksi protein virus dan enzim. RNA virus baru juga berfungsi sebagai bahan genetik untuk virus generasi berikutnya. Setelah diproduksi, mRNA virus diangkut keluar dari nukleus dan masuk ke dalam sitoplasma sel inang.

Tahap 6: Terjemahan dan Produksi Protein Viral

Terjemahan hasil mRNA virus dalam produksi urutan polipeptida. Setiap bagian mRNA sesuai dengan protein atau enzim yang berfungsi sebagai blok bangunan yang digunakan untuk membangun partikel HIV baru.

Tahap 7: Perakitan Virus dan Tunas dari Sel Inang

Tahap infeksi virus ini adalah pembentukan partikel virus baru, atau virion, yang didahului oleh perakitan protein virus fungsional seperti protein amplop dan inti dan enzim virus yang diperlukan (reverse transcriptase), protease, dan integrase.

Ketika RNA virus dan protein terkait dikemas dan dilepaskan dari permukaan sel sebagai partikel virus, mereka membawa serta sebagian kecil membran sel yang juga mengandung protein permukaan virus. Protein virus ini kemudian menjadi "amplop" partikel virus baru. Seperti dijelaskan sebelumnya, protein selubung ini kemudian berikatan dengan reseptor pada sel kekebalan lain, sehingga memudahkan infeksi lanjutan. Jika proses replikasi virus ini terjadi pada

limfosit CD4+ secara progresif dan tidak terkendali, HIV pada akhirnya akan menghancurkannya dan secara progresif menghabiskan jumlahnya. Sel CD4+ yang terinfeksi ini juga dapat menjadi rusak secara fungsional dan tidak efisien dalam menjalankan fungsi imunoregulasi sentralnya.

Konsekuensi tambahan dari penipisan sel CD4+ adalah berkembangnya infeksi oportunistik atau keganasan yang tidak akan terjadi pada individu imunokompeten, karena jumlah sel CD4+ berkurang hingga kurang dari 200 sel/mm³. Telah didokumentasikan dengan baik bahwa HIV dapat bersifat sitotoksik terhadap limfosit CD4+ yang terinfeksi (30-32). Efek sitotoksik yang dimediasi kekebalan ini mungkin melibatkan penghambatan regenerasi sel-T di timus. Misalnya, respons proliferasi sel-T terhadap HIV dengan cepat hilang dan repertoar pengenalan antigen berkurang seiring waktu. Penggunaan ARV telah memberikan bukti, bagaimanapun, bahwa beberapa sel kekebalan ini, terutama limfosit T CD4+, dapat disusun kembali dan menjadi efektif kembali secara fungsional.

Tahap 8: Pematangan

Langkah terakhir dalam siklus hidup virus, pematangan, diperlukan agar virus dapat menular. Tak lama setelah bertunas dari sel inang, enzim protease dalam partikel virus baru menjadi aktif dan memecah polipeptida menjadi subunit fungsional yang sesuai, atau protein dan enzim. Langkah pemrosesan ini menghasilkan generasi virion yang matang dan menular.

3.5 Manifestasi Klinis

3.5.1 Infeksi HIV primer

Infeksi primer HIV terjadi dua sampai enam minggu setelah infeksi. Periode ini merupakan waktu di mana sangat sulit untuk membuat diagnosis spesifik dengan tes laboratorium standar. Deteksi antigen virus atau RNA diperlukan karena respons

antibodi terhadap protein virus berkembang lebih lambat setelah infeksi. Berbagai studi klinis menunjukkan bahwa banyak orang yang terinfeksi mengalami gejala mirip flu selama infeksi primer, yang mungkin mereka abaikan sebagian karena sifat gejala tersebut yang dapat sembuh sendiri dan ringan. Gejala klinis infeksi primer, jika dikenali, mungkin termasuk demam ringan, nyeri dan nyeri otot, kelelahan, sakit kepala, pembesaran kelenjar getah bening, ruam, sakit tenggorokan, dan diare ringan.

3.5.2 Infeksi tanpa gejala

Banyak orang yang terinfeksi HIV tidak menunjukkan gejala untuk waktu yang lama. Tahap ini memiliki sejumlah implikasi penting untuk epidemiologi infeksi HIV. Kurangnya kesadaran merupakan hambatan utama untuk karakterisasi seluruh proses penyakit, mulai dari paparan primer dan infeksi hingga pengembangan fitur patofisiologis dan klinis, hingga investigasi diagnostik yang relevan.

3.5.3 Infeksi Simtomatik

Infeksi HIV lanjut membuat orang rentan terhadap banyak infeksi oportunistik. Yang paling umum dari infeksi ini disebabkan oleh *Mycobacteria tuberculosis*. Tuberkulosis berkembang baik dengan reaktivasi infeksi laten, atau infeksi primer yang berkembang pesat pada orang yang terinfeksi HIV. Infeksi HIV juga dapat terjadi sehubungan dengan infeksi virus hepatitis B atau C. Sejumlah keganasan termasuk sarkoma Kaposi, kanker serviks, limfoma otak, dan limfoma non-Hodgkin juga terkait dengan penyakit HIV lanjut.

3.6 Pemeriksaan Diagnostik

Terdapat beberapa metode pengujian laboratorium HIV yang tersedia. Sebagian besar adalah metode serologis untuk diagnosis awal. Metode molekuler termasuk reaksi rantai polimerase (PCR), serta perubahan imunologi yang terdeteksi

melalui kuantifikasi subset limfosit dalam darah, digunakan secara klinis untuk mendeteksi dan mengikuti efek infeksi HIV pada sistem kekebalan (Klatt, 2022).

Infeksi HIV akut dalam konteks diagnosis laboratorium dapat didefinisikan sebagai waktu dari perolehan virus hingga virus dapat dideteksi, adapun proses ini dikenal sebagai periode gerhana. Proses deteksi bergantung pada respons pejamu dan metodologi laboratorium yang digunakan, dengan sensitivitas dan spesifisitas untuk mendeteksi antibodi HIV, antigen HIV, dan/atau RNA HIV (Cohen *et al.*, 2011).

3.7 Penatalaksanaan Medis

Penderita HIV/AIDS dapat mengkonsumsi Antriretroviral (ART) untuk mendukung proses pemulihan. Tenaga kesehatan perlu mengetahui kapan waktu yang tepat untuk mulai menganjurkan klien mengkonsumsi ART (World Health Organization, 2007).

3.7.1 Jumlah CD4 tidak tersedia

Dengan tidak adanya fasilitas untuk mengukur jumlah CD4, semua pasien dengan penyakit stadium 3 dan 4 WHO harus memulai ART. Mereka dengan penyakit stadium 1 dan 2 WHO harus dipantau secara hati-hati, dengan tinjauan klinis minimal tiga bulanan, dan kapan saja jika timbul gejala baru.

Tabel 3.1 Waktu konsumsi obat ART berdasarkan stadium klinis (World Health Organization, 2007)

Stadium klinis WHO	Rekomendasi
1	Tidak menerima pengobatan
2	Tidak menerima pengobatan
3	Pengobatan
4	Tidak menerima pengobatan

Sumber: WHO

3.7.2 Jumlah CD4 tersedia

Waktu optimal untuk memulai ART adalah sebelum pasien menjadi tidak sehat atau mengalami OI pertama mereka. Perkembangan penyakit lebih besar pada pasien yang memulai ART dengan jumlah CD4 <200 sel/mm³ dibandingkan dengan mereka yang memulai terapi dengan jumlah di atas tingkat ini. ART harus dimulai sebelum jumlah CD4 turun di bawah 200 sel/mm³. Waktu optimal untuk memulai ART pada pasien dengan jumlah CD4 200–350 sel/mm³ masih belum diketahui, dan pasien dengan jumlah CD4 dalam kisaran ini memerlukan pemeriksaan klinis dan imunologi reguler evaluasi.

Inisiasi ART direkomendasikan untuk semua pasien dengan TB paru atau infeksi bakteri berat dan jumlah CD4 <350 sel/mm³. Inisiasi ART juga direkomendasikan untuk semua wanita hamil dengan penyakit stadium 3 dan jumlah CD4 <350 sel/mm³.

Proses memulai ART melibatkan penilaian kesiapan pasien untuk memulai terapi dan pemahaman tentang implikasinya (terapi seumur hidup, kepatuhan, toksisitas). Akses ke dukungan nutrisi dan psikososial, serta keluarga dan kelompok dukungan sebaya penting ketika membuat keputusan untuk memulai ART.

3.7.3 Memulai ART pada ODHA dengan infeksi oportunistik aktif

Jangan mulai ART di hadapan oportunistik yang aktif. Secara umum, harus diobati atau distabilkan sebelum memulai ART.

3.8 Metode Penurunan Infeksi HIV

Ada beberapa metode yang dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk mengurangi tingkat penularan dari HIV, diantaranya:

- 1) Perlakukan infeksi HIV sebagai penyakit, bukan sebagai stigma sosial
- 2) Mengurangi tingkat kemiskinan dalam masyarakat yang mengarah pada peningkatan risiko melalui penyalahgunaan narkoba dan pergaulan bebas
- 3) Menyediakan tes dan konseling HIV untuk mengidentifikasi orang yang terinfeksi yang dapat mengurangi risikonya kepada orang lain
- 4) Menyediakan program pendidikan untuk anak-anak dan orang dewasa yang menjelaskan cara menghindari penyakit menular seksual
- 5) Mempromosikan tindakan pencegahan penghalang seksual di antara pekerja seks komersial dan klien berisiko tinggi
- 6) Menyediakan jarum bersih untuk pengguna narkoba suntikan
- 7) Menawarkan sunat laki-laki
- 8) Menciptakan program perawatan kesehatan dengan dukungan berkelanjutan untuk menyediakan terapi antiretroviral bagi semua orang yang hidup dengan HIV untuk memperpanjang hidup dan mengurangi penularan HIV
- 9) Berikan terapi antiretroviral pada ibu hamil yang terinfeksi HIV untuk mengurangi penularan HIV perinatal
- 10) Pertimbangkan profilaksis pra pajanan dengan obat antiretroviral untuk orang yang berisiko
- 11) Berikan terapi antiretroviral untuk menekan viral load hingga tingkat tidak terdeteksi

DAFTAR PUSTAKA

- Center for Disease Control and Prevention (2003) 'HIV and Its Transmission', *CDC National AIDS*, (July), pp. 1–13.
- Cohen, M.S. *et al.* (2011) 'Acute HIV-1 infection', *N Engl J Med*, 364(20), pp. 1943–54.
- Ghazali, P.L. and Maulida, F. (2019) 'Perilaku menyusui pada Ibu dengan HIV-AIDS di Kota Yogyakarta', *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 15(4), p. 376. Available at: <https://doi.org/10.30597/mkmi.v15i4.7931>.
- Khairani (2020) *Aids/Hiv, Infodation: Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI HIV AIDS*. Available at: <https://doi.org/10.4324/9781315700724-16>.
- Klatt, E.C. (2022) 'Pathology of HIV/AIDS 33rd edition', *J Gen Virol*, 91(Pt 1), pp. 1–545.
- Mohammed, I. and Nasidi, A. (1981) 'The pathophysiology and clinical manifestations of HIV/AIDS', *AIDS in Nigeria*, pp. 131–150.
- Montagnier, L. (1985) 'Lymphadenopathy-associated virus: From molecular biology to pathogenicity', *Annals of Internal Medicine*, 103(5), pp. 689–693. Available at: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-103-5-689>.
- Song, J.J. (2020) 'Risk of Blood Transfusion during HIV / AIDS', 2(2), p. 2020.
- WHO (2023) *HIV and AIDS, Scientist*.
- World Health Organization (2007) 'Management of HIV infection and antiretroviral therapy in adults and adolescents: A clinical manual', pp. 1–168.

BAB 4

PRINSIP KOMUNIKASI DALAM PENGKAJIAN HAL PRIBADI DAN MENYAMPAIKAN BERITA BURUK

Oleh Dewi Rahmawati

4.1 Pendahuluan

Perawatan paliatif merupakan jenis perawatan yang bersifat holistik dan aktif untuk individu berbagai usia dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas hidup terutama pasien yang dalam kondisi terminal, penyakit yang mengancam nyawa dengan prinsip mencegah dan mengurangi penderitaan pasien, keluarga serta caregiver. Pasien dalam kondisi perawatan paliatif dihadapkan dengan tingkat stress yang tinggi, perubahan *mood*, muncul gejala fisik yang berulang serta perasaan tidak berdaya serta ketidakpastian tentang hal yang tidak diketahui mengenai masa depannya atau rencana tindak lanjut perawatan (Andrade et al., 2022).

Tenaga kesehatan dalam pekerjaannya seringkali dihadapkan pada kondisi dilematis yang terjadi pada pasien serta keluarganya. Kondisi yang seringkali terjadi berpengaruh pada perubahan fisik dan psikologis penderitanya. Salah satu situasi dilematis tersebut adalah dalam menyampaikan hal privasi dan informasi buruk atau berita buruk terkait status kesehatannya terutama pada kasus pasien paliatif atau terminal. Berita buruk dalam ranah medis tersebut didefinisikan sebagai informasi yang bersifat negatif dan drastis sehingga mampu mengubah cara pandang pasien terhadap dirinya atau masa depannya. Berita

buruk tersebut berpotensi membentuk perasaan putus asa, dapat mengancam kesejahteraan mental dan fisik yang semakin memburuk, dan kesulitan dalam pengambilan keputusan dalam hidupnya (Munjali, 2017 ; Berkey., Weidemer., Vithalani, 2018).

Sejak pasien terdiagnosis ataupun setelah pasien mengalami kondisi terminal. Saat proses konseling, komunikasi memiliki peran penting, karena proses penyampaian pesan atau berita buruk yang dilakukan melalui komunikasi. Komunikasi digunakan untuk mendorong dan mendukung perkembangan sosial, emosional, serta intelektual pasien dengan kondisi paliatif seperti kanker, gagal ginjal, terinfeksi HIV dan sebagainya. Komunikasi efektif antara pasien dan tim paliatif (dokter, perawat dan sebagainya) menjadi hal mendasar dan penting diperlukan dalam melakukan perawatan paliatif. Menurut Kemenkes RI (2017), komunikasi diantara dokter dan tim medis lain dengan pasien serta keluarga merupakan hal integral dalam perawatan paliatif. Pasien merupakan pribadi yang harus dihargai haknya untuk mengetahui atau tidak prognosis penyakitnya. Pasien yang memiliki kompetensi mengambil keputusan mandiri serta dalam kondisi sadar penuh memiliki hak secara utuh untuk menentukan intervensi terbaik yang akan dilakukan kepadanya. Di fase akhir kehidupan banyak pasien yang sudah tidak mampu membuat keputusan, sehingga diskusi perawatan terbaik diambil alih oleh keluarga. Dalam menyampaikan berita buruk, tentunya perawat dan dokter perlu memperhatikan: *apa, sejauh mana, kapan, bagaimana caranya dan dengan siapa kita menyampaikan berita tersebut*. Dalam proses ini, tim paliatif harus memperhatikan nilai, norma budaya yang dianut pasien dan keluarga. Perawat juga harus memiliki kemampuan berkomunikasi serta melakukan pendekatan terapeutik untuk memberikan lebih banyak waktu dibandingkan tenaga profesional lainnya dalam melakukan perawatan, memfasilitasi kenyamanan dan konseling bagi klien di akhir masa kehidupan.

4.2 Tahapan Komunikasi Terapeutik

Ada berapa alasan mengapa petugas kesehatan merasakan kesulitan dalam menyampaikan berita duka atau berita buruk. Diantaranya adalah munculnya sikap simpatik berlebihan, perasaan tidak nyaman atau tidak enak kepada pasien, kekhawatiran terjadi sesuatu yang tidak diharapkan saat akan menyampaikan berita buruk yang menjadi hambatan komunikasi interpersonal tenaga medis dan pasien terutama dalam menyampaikan berita buruk menjadi tidak tersampaikan dengan baik. Itulah sebabnya kemampuan komunikasi merupakan bagian integral yang harus dimiliki seorang tenaga kesehatan untuk menyampaikan informasi yang dapat diterima pasien dengan baik sehingga tercapai rencana tindak lanjut perawatan yang dirancang bersama. Untuk dapat melakukan komunikasi terapeutik, maka tenaga kesehatan perlu memahami tahapan komunikasi terapeutik pada pasien komunikasi interpersonal antara pasien dan tenaga kesehatan berjalan optimal.

Berikut ini tahapan komunikasi terapeutik yang perlu diperhatikan dan dapat diterapkan baik pada proses pengkajian masalah pribadi pasien, dan menggali masalah kesehatan pasien serta dalam menyampaikan masalah kesehatan pada kasus pasien terminal yang akan diberikan informasi mengenai berita buruk agar komunikasi interpersonal berjalan optimal dan meminimalisasi miskomunikasi (Bruhn, 2016 & Suryani, 2015).

4.2.1 Tahap pra interaksi:

Sebelum bertemu pasien perawat perlu melakukan evaluasi diri terhadap kemampuan, kesiapan dan rencana yang akan dilakukan.

1. Evaluasi diri: beberapa pertanyaan yang membantu evaluasi diri:
 - a. Apa pengetahuan yang saya miliki tentang HIV/AIDS?
 - b. Apa yang saya ketahui tentang latar belakang pasien dengan HIV/AIDS?

- c. Apa yang saya ucapkan saat ketemu pasien dengan HIV/AIDS?
 - d. Bagaimana pengalaman interaksi saya dengan pasien yang lain?
 - e. Apakah saya pernah melakukan komunikasi terapeutik sebelumnya?
2. Kesiapan dan rencana interaksi
- a. Apakah saat ini kontrak pertama?
 - b. Apakah tujuan pertemuan ini: pengkajian, observasi, intervensi, terminasi?
 - c. Bagaimana cara melakukannya?
 - d. Siapkan rencana percakapan yang akan dilakukan pada saat berinteraksi dengan pasien
 - e. Teknik komunikasi apa yang akan saya lakukan
 - f. Apa langkah-langkah yang akan dilakukan sesuai SOP ataupun daftar tilik

4.2.2 Tahap pengenalan

Hal yang perlu diperhatikan dalam tahapan ini:

- a. Memberi salam
- b. Mengevaluasi keadaan pasien : (*bagaimana perasaan bapak/ ibu hari ini?*)
- c. Menyepakati kontrak : kesepakatan tentang pertemuan terkait dengan topik tindakan yang akan dilakukan, tempat bercakap dan lama waktu
- d. Topik atau tindakan yang akan dilakukan (*bagaimana jika kita akan melakukan wawancara terkait keluhan yang dirasakan?*)

4.2.3 Tahap orientasi

Tahap orientasi dilaksanakan pada awal pertemuan kedua dan selanjutnya. Tahapan ini untuk mengevaluasi kondisi pasien, memvalidasi rencana yang telah perawat buat. Umumnya dikaitkan dengan hal yang telah dilakukan bersama pasien.

- a. Memberi salam
- b. Mengevaluasi keadaan pasien : (*bagaimana perasaan bapak/ ibu hari ini?... adakah hal yang terjadi sebelum kita bertemu hari ini? ...*)
- c. Menyepakati kontrak : setiap berinteraksi dengan pasien dikaitkan dengan kontrak sebelumnya
- d. Topik atau tindakan yang akan dilakukan (*sesuai dengan janji kita kemarin kita ketemu kembali untuk membantu ibu/bapak untuk mengungkapkan perasaan yang terdalam yang ibu/bapak rasakan saat ini?*)
- e. Waktu : selama 10 menit
- f. Tempat : diruang pasien

4.2.3. Tahap kerja

Merupakan inti hubungan perawat dan pasien yang berkaitan dengan rencana tindakan keperawatan

Contoh : *komunikasi saat ibu mengalami kesedihan, coba bahwa ibu mampu mengungkapkan kesedihan yang ibu rasakan saat ini?*

4.2.4 Tahap terminasi

Terbagi menjadi terminasi sementara dan terminasi akhir.

1. Terminasi sementara:terminasi akhir dari tiap pertemuan perawat dan pasien. Saat terminasi perawat akan bertemu kembali dengan pasien pada waktu yang telah ditentukan pada hari berikutnya.
 - a. Evaluasi hasil: *bagaiman perasaan ibu/bapak setelah ibu/bapak mampu mengungkapkan kesedihan yang selama ini dirasakan.*
 - b. Tindak lanjut: kapan rencana kita untuk bisa berbincang kembali, untuk melaksanakan tindakan selanjutnya
 - c. Kontrak yang akan datang: waktu, tempat dan topik

2. Terminasi akhir terjadi jika pasien telah mampu menyelesaikan masalah yang terjadi.
 - a. Evaluasi hasil: subjektif: *bagaiman perasaan ibu/bapak setelah ibu/bapak mampu mengungkapkan kesedihan yang selama ini dirasakan. Objektif: pasien tidak menunjukan kesedihan kembali, mampu mengatsai kesedihannya.'*
 - b. Tindak lanjut: bagaimanakah tindakan selanjutnya jika dalam kondisi yang sama

4.3 Metode Komunikasi dalam Penyampaian Berita Buruk

Setelah mengenal mengenai tahapan komunikasi terapeutik, hal yang diperlukan tenaga kesehatan dalam komunikasi terapeutik terutama dalam menyampaikan berita buruk adalah mengenal beberapa metode yang dapat dilakukan saat bertemu pasien. Berikut ini beberapa metode dalam penyampaian berita buruk menurut Baile et al (2000) dalam Nunn (2019) :

4.3.1 Metode SPIKES

1. Step 1 (*Setting Up the Interview*)

Pada tahapan ini proses yang dapat dilakukan adalah tenaga medis mulai mempersiapkan diri untuk berlatih secara mental, mempelajari *medical record* pasien untuk dapat menguasai kondisi fisik, hasil pemeriksaan penunjang pasien yang akan disampaikan saat memberikan informasi nanti dan mempersiapkan diri bagaimana berespon terhadap reaksi emosional pasien atau adanya pertanyaan sulit yang mungkin akan muncul saat akan bertemu dengan pasien, merencanakan untuk kontrak waktu bertemu dengan pasien, dalam tahapan ini juga mulai mengatur privasi, libatkan pihak keluarga atau caregiver yang dapat

menemani pasien, membina *trust* bersama pasien dengan duduk sejajar dan mempertahankan kontak mata serta memperlihatkan sikap empati dengan memberikan *touching* pada lengan pasien.

2. Step 2 (*Perception*)

Pada tahap kedua ini, tenaga medis ingin mengetahui tingkat pengetahuan pasien terhadap kondisi penyakitnya atau permasalahan serta harapan yang ingin diperoleh. Tujuan melakukan tahapan ini kita dapat memahami dan merancang bagaimana penyampaian *bad news* yang sesuai. Tahap persepsi ini menggunakan kalimat pertanyaan terbuka dengan menanyakan perasaan pasien dan sejauh mana pasien memahami penyakitnya. Apabila pasien dalam tahap ini tidak siap (cenderung diam, murung atau butuh pendamping) maka pertemuan dapat dihentikan dan membuat kontrak perjanjian yang baru. Mulai dengan pertanyaan “ bagaimana perasaan Anda?” dan mulai menggali informasi mengenai penyakit, seberapa banyak informasi yang sudah diperoleh dan upaya apa yang sudah pasien lakukan serta bagaimana situasi emosional pasien dengan kondisi penyakitnya. Berikut ini contoh komunikasi pada tahapan kedua:

- a. Apakah pasien sudah tahu mengenai penyakitnya/ situasinya.
Contoh : "Saya menderita kanker usus, dan saya memerlukan operasi"

- b. Seberapa banyak pasien faham terkait penyakitnya?
Darimana informasi diperoleh ?

Contoh : "Dokter D mengatakan ada sesuatu kelainan yang ditemukan di hasil pemeriksaan USG perut saya")

- c. Menggali Tingkat pengetahuan pasien (Contoh : "Dok, saya terkena Adenocarcinoma T3N1 ")

- d. Situasi emosional pasien (Contoh : "Saya takut jangan – jangan saya terinfeksi virus HIV Dok ... sampai – sampai seminggu ini saya jadi tidak nafsu makan")

3. Step 3 (*Invitation*)

Tahapan ini mempunyai tujuan untuk mengidentifikasi seberapa besar rasa ingin tahu pasien terkait kondisi penyakit ataupun perawatannya. Karakteristik pasien sebagai manusia yang unik membuat respon terhadap informasi yang diinginkanpun beragam. Mayoritas pasien menginginkan informasi lengkap dan komprehensif, namun ada juga beberapa pasien justru tidak menghendaki diberikan informasi karena adanya kekhawatiran akan kematian atau proses kesembuhan yang sudah diprediksi kecil. Oleh sebab itu, petugas kesehatan hendaknya menanyakan seberapa besar pasien ingin menerima informasi. Berikut ini contoh kalimat yang dapat diajukan : “ Apakah ibu bersedia mendengarkan penjelasan mengenai hasil pemeriksaan laboratorium yang sudah dilakukan kemarin?” jika pasien menolak, berikan opsi apakah ada pihak keluarga yang bersedia untuk diajak berbicara atau menerima informasi.

4. Step 4 (*Knowledge*)

Tahapan ketiga ini merupakan tahapan penting dan menentukan dalam penyampaian berita buruk. Hal - hal yang perlu diperhatikan saat akan menyampaikan informasi adalah berikan pemahaman pada pasien atau keluarga bahwa informasi ini merupakan hal yang akan mengejutkan atau berita yang kurang baik, memulai memberikan informasi yang sederhana, lugas, jelas, hindari istilah medis atau sederhanakan dengan bahasa yang mudah dimengerti pasien, berikan informasi dengan potongan kecil sambil mengobservasi respon non verbal pasien dan pemahamannya, mengungkapkan berita buruk berdasarkan fakta hasil pemeriksaan yang dilakukan dan

sudah terekam di dalam rekam medis, menghindari frasa seperti “ kami sudah tidak mampu melakukan apapun lagi dengan kondisi Anda saat ini, selain itu hindari kalimat berita buruk berlebihan seperti “ Anda mengalami infeksi virus HIV yang mematikan, belum ada obat yang dapat menyembuhkan penyakit Anda, sehingga meskipun diobati akan tetap meninggal”

5. Step 5 (*Emotions*)

Tahapan ini menunjukkan respon empati pasien. Setelah Dilakukan penyampaian informasi berita buruk, tenaga kesehatan melihat respon pasien secara verbal maupun non verbal. Perlu adanya empati yang diberikan ke pasien untuk memposisikan bahwa kita peduli terhadap kondisi pasien. Contoh komunikasi adalah “ Saya faham kondisi ini pasti berat untuk ibu/bapak (sambil mendekati pasien dan menyentuh punggung atau menggenggam tangan”. upayakan kita menggunakan teknik *silent* untuk mendengarkan perasaan mereka.

6. Step 6 (*Strategy and Summary*)

Tahapan ini memiliki tujuan untuk merencanakan langkah berikutnya. Pada tahap ini diperlukan pengetahuan yang mumpuni untuk diskusi mengenai rencana tindak lanjut perawatan atau langkah apa yang akan dilakukan di masa yang akan datang. Pada tahapan ini, biarkan pasien menentukan pilihan dari tindakan yang menurutnya dan keluarga terbaik serta mengetahui resiko yang dihadapi serta memberikan kesempatan jika pasien menginginkan pilihan kedua atau yang lain. Selanjutnya buat jadwal *follow up*, kemudian pastikan bahwa konselor bersedia untuk dihubungi bila ada masalah. Pada saat tenaga kesehatan akan meninggalkan ruangan, pastikan emosi pasien sudah stabil (tidak ada keinginan untuk bunuh diri atau masih

posisi depresi serta pastikan ada support system yang mendampingi pasien di rumah).

4.3.2 Metode ABCDE

Metode ini merupakan metode yang praktis serta komprehensif. Metode ini berdasarkan hasil riset dan sumber serta dikembangkan Rabow dan McPhee dengan modifikasi langkah yang sederhana. Adapun penjelasan mengenai metode ini adalah sebagai berikut (Singh, 2017).

1. *Advance Preparation (Persiapan)*

Beberapa hal yang dilakukan pada tahapan ini adalah

- a. Mengidentifikasi hal apa yang sudah difahami pasien?
- b. mengatur kehadiran orang yang mendukung dan sesuai keluarga
- c. Melakukan kontrak waktu dan tempat agar tidak ada distraksi dari lingkungan sekitar
- d. Mempersiapkan diri secara emosional dalam menghadapi pasien.
- e. Tentukan kata dan frasa mana yang akan digunakan dengan melakukan list hal apa saja yang akan disampaikan

2. *Build a Therapeutic Environment/Relationship (Membangun Lingkungan atau Hubungan terapeutik)*

Hal yang dapat dilakukan dengan mengatur tempat yang tenang tanpa ada distraksi, menyediakan tempat duduk yang memadai dan nyaman, posisi duduk dengan jarak dengan agar bisa memberikan touching saat diperlukan selama proses interaksi dan memahami terkait proses penyakit, penderitaan pasien dan jangan mengabaikan pasien.

3. *Communication Well (Melakukan Komunikasi yang Baik)*

Tahapan ini berupa melakukan komunikasi langsung dan terarah, dengan kalimat sederhana, jangan menggunakan eufemisme, jargon atau akronim dalam menyampaikan berita buruk, gunakan kata - kata “kanker” “AIDS” “kematian: yang sesuai pada tempatnya, upayakan saat memberikan informasi dalam kondisi tidak terjadi kebisingan dan gunakan sentuhan yang tepat untuk melihat respon setelah diberikan informasi

4. *Deal with Patient dan Family Reactions (Memberikan Respon yang Tepat terhadap Pasien dan Keluarga)*

Tahapan ini dilakukan dengan cara menilai reaksi pasien dengan melihat respon fisiologis, mekanisme atau strategi koping serta respon afektif. Upayakan menjadi pendengar aktif dan eksplor perasaan pasien serta keluarga serta munculkan sikap empati.

5. *Encourage and Validate Emotions (Memberikan motivasi dan Validasi Emosi, Evaluasi Berita)*

Tahapan ini dilakukan dengan menyampaikan kebutuhan lebih lanjut setelah disampaikan berita buruk, melihat respon pasien terkait rencana jangka panjang dan koping yang disampaikan apakah adaptif atau maladaptif, serta buat rujukan terkait sumber dukungan dari keluarga.

4.3.3 Protokol BREAKS

Metode ini merupakan bentuk strategi komunikasi yang mudah dan sistematis yang dapat dilakukan dalam menyampaikan berita buruk (Singh, 2017). Protokol ini sebagai bagian dari pengembangan kompetensi dalam menilai dan menyampaikan kondisi sulit pada pasien yang hasilnya dalam beberapa riset dinilai memuaskan. Adapun komponen dari BREAK ini terdiri dari :

1. B (*Background*)

Komunikasi terapeutik terbangun secara efektif dipengaruhi oleh pengetahuan yang mendalam dari tenaga kesehatan dalam mengenal masalah yang dialami pasien. Akses media elektronik saat ini memberikan kesempatan lebih luas untuk dapat mengeksplorasi atau memperoleh data yang cukup pada permasalahan apapun. Walaupun sumber yang didapat harus akurat terkait kondisi pasien. Data seperti rekam medis dan pengetahuan tentang masalah pasien dipersiapkan sebagai bentuk mempersiapkan diri secara mental dalam menerima jawaban dari pertanyaan yang mungkin akan diajukan oleh pasien saat proses komunikasi berlangsung.

2. R (*Rapport*)

Membina hubungan interpersonal atau bina kepercayaan antara pasien dan tenaga kesehatan dalam tahap ini sangat diperlukan untuk kelanjutan komunikasi. Pendekatan dalam membina hubungan yang baik perlu dilakukan agar terbentuk kenyamanan pasien pada tenaga kesehatan. Jika sudah terbina trust secara positif sudah terjalin, maka akses untuk menggali informasi pasien serta menyampaikan berita buruk akan lebih optimal, Upayakan dalam berkomunikasi dengan pasien tidak ada unsur menggurui sehingga membuat pasien tidak nyaman dalam berinteraksi dengan petugas kesehatan.

3. E (*Explore*)

Pada saat dokter atau tenaga medis akan menyampaikan berita buruk, mencoba memulai dengan menggali pengetahuan pasien terhadap kondisi penyakitnya. Sebagian besar pasien akan menyadari bahwa kondisi kesehatannya serius bahkan ada beberapa mungkin sudah dapat memprediksi atau mengetahui diagnosis medis mereka. Tenaga medis perlu menggali riwayat kesehatan,

perubahan yang terjadi saat terjadi gejala hingga proses pengobatan serta hal penting lain dapat dieksplorasi lebih jauh pada pasien. Apa yang dia pikirkan tentang penyakit dan bahkan Diagnosis itu sendiri dapat dieksplorasi, dan potensi konflik antara Keyakinan pasien dan kemungkinan diagnosis dapat diidentifikasi.

4. A (*Announce*)

Dalam tahap ini, penyampaian berita buruk diberikan pada pasien. Informasi diberikan dengan potongan sederhana dan upayakan tidak membuat kebingungan pada pasien. Sebelumnya tanyakan apakah pasien bersedia menerima informasi secara utuh saat itu atau tidak ingin mengetahui seluruhnya karena pasien memiliki hak secara otonomi akan hal tersebut. Penyampaian mengenai diagnosis ini tentunya sudah mendapatkan persetujuan dari pasien.

5. K (*Kindling*)

Setelah informasi berita buruk disampaikan, tenaga medis tentunya harus melihat reaksi atau respon pasien dengan teknik yang tepat dan sabar, karena setiap pasien dalam memberikan reaksi setelah mendengarkan diagnosis akan berbeda. Beberapa respon yang sering muncul adalah penolakan, syok, marah, rasa bersalah, menyalahkan, menangis, agitasi, rasa tidak berdaya diam atau bahkan merespon dengan mondar mandir di sekitar ruangan, terlihat mencoba menafsirkan informasi namun keliru dan ada pula respon penyesalan atau kecemasan. Beberapa hal yang dapat yang dalam penyampaian bad news yang seringkali dirasakan sulit disampaikan kepada pasien karena akan menimbulkan respon yang beragam adalah : memberikan informasi terkait operasi yang dibatalkan, perawatan yang tertunda, mengonfirmasi diagnosis yang akan mempengaruhi harapan hidup pasien secara

signifikan, membahas penempatan pilihan untuk perawatan jangka panjang.

6. S (*Summarize*)

Tahapan ini berfokus pada memberikan kesempatan pada pasien agar lebih tenang setelah merespon mendengarkan informasi berita buruk. Fasilitasi suasana yang hening, berikan dukungan secara psikologis, berikan waktu pasien menenangkan diri, berupaya peka terhadap bahasa non verbal pasien, libatkan kerjasama dengan tim multidisiplin untuk perawatan lanjutan, tetap memperhatikan privasi pasien, gunakan teknik silent untuk memfasilitasi pasien untuk mengungkapkan perasaannya.

4.4 Hal - Hal yang Dihindari dalam Komunikasi Breaking Bad News

Dalam melakukan komunikasi penyampaian berita buruk dengan metode apapun, perlu menghindari hal - hal berikut ini.

1. Mengasumsikan diri kita sebagai tenaga kesehatan yang paling mengetahui kondisi pasien secara utuh
2. Memberikan kritik atau membuat penilaian
3. Memutar balik fakta
4. Berbicara terus menerus tanpa memberikan kesempatan pasien dalam berependapat
5. Memberikan harapan palsu
6. Memberikan informasi berlebihan
7. Menahan informasi untuk tidak disampaikan dengan jujur.
8. (Singh, 2017).

4.5 Hal - Hal Yang Harus Diperhatikan dalam Menciptakan Komunikasi Terapeutik di Saat Penyampaian Berita Buruk

Untuk dapat menciptakan komunikasi terapeutik dan menerapkan metode dalam penyampaian berita buruk, tentunya tenaga kesehatan perlu memperhatikan hal - hal dalam komunikasi sebagai berikut (Singh, 2017).

1. Memiliki pengetahuan secara kognitif mengenai kondisi pasien dengan cara mencari tahu informasi dengan jelas dan akurat
2. Mampu mengatasi situasi tidak terkendali atau kurang menyenangkan saat berkomunikasi dimana pasien mungkin juga tidak menginginkan ditemani keluarga. Sehingga hanya tenaga medis dan pasien yang berada dalam ruangan.
3. Memberikan *informed consent* dari pasien atau keluarga
4. Mengatasi situasi dimana pasien tidak berdaya atau tidak memiliki kemampuan untuk mendengarkan informasi atau berdiskusi terkait kondisi kesehatannya dengan melibatkan keluarga atau *caregiver* sebagai penggantinya.
5. Menghormati hak atau keinginan pasien dalam menerima atau menolak penyampaian bad news
6. Mampu melakukan komunikasi dengan kelaurga pasien di akhir akhidupan
7. Berkonsultasi dengan keluarga untuk memastikan keinginan pasien di sisa akhir kehidupannya
8. Melakukan komunikasi secara tatap muka dan dalam pemberian informasi dihindari melalui telepon.
9. Menggunakan bahasa yang sesuai terutama untuk topik yang sensitif atau kondisi *end of life*
10. Menggunakan juru bahasa jika ada kendala komunikasi salah satunya bahasa yang berbeda
11. Menghormati budaya pasien dalam berkomunikasi dengan mereka.

4.6 Dokumentasi Hasil Breaking Bad News

Setelah seluruh rangkaian komunikasi dalam penyampaian berita buruk dilakukan sesuai tahapannya, perlu adanya dokumentasi hasil diskusi dengan pasien atau keluarga dengan tujuan catatan menjadi bukti legal dan akurat yang dapat dipertahankan dari informasi yang didapat selama proses komunikasi. Hal ini membantu proses rencana tindak lanjut perawatan pasien di masa yang akan datang dan untuk menghubungkan kerjasama lintas multidisiplin lain yang terlibat dalam perawatan atau pengobatan. Hal - hal yang perlu didokumentasikan diantaranya adalah : Nama Pasien, tanggal dan waktu interview, Lokasi, Nama keluarga yang ada, alamat, status care giver sebagai apa, diagnosis medis, rencana tindak lanjut dari pilihan perawatan klinis untuk menjamin masa depan pasien selanjutnya, tanda tangan kedua belah pihak baik pasien/keluarga dan tanda pasien atau keluarga.

Kesimpulan dalam *chapter* buku ini, breaking bad news merupakan bagian dari seni dalam proses pengobatan. Seberapapun buruknya berita terkait kondisi yang tidak diharapkan pasien, namun informasi harus tetap disampaikan kepada pasien dengan melakukan kontrak kesiapan pasien menerima informasi apapun tentunya dengan pendekatan yang tepat, persiapan yang matang, metode yang sesuai, komunikasi yang terapeutik. Sehingga walaupun akan menimbulkan respon beragam yang mungkin bersifat negatif, namun efek psikologis mendalam masih bisa diminimalisasi dan tidak akan mengganggu kualitas hidup pasien ke depannya. Perlu melatih diri dalam keterampilan komunikasi dan menguasai pengetahuan secara kognitif dengan cara mengikuti pelatihan, seminar atau pengembangan diri agar siap dalam situasi yang terjadi apapun dalam menghadapi pasien di saat proses penyampaian berita buruk.

DAFTAR PUSTAKA

- Andrade, et al. (2022). Palliative Care And Communication: A Reflection In The Light Of The Peaceful End of Life Theory. *Cogitare Enferm.* 2022, v27:e80917
https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/80917/pdf_en
- Baile et al. (2000). SPIKES-a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist.* 2000;5(4):302-3.
- Berkey., Weidemer., Vithalani (2018). Delivering Bad or Life-Altering News. *Am Fam Pysician.* 2018; 98 (2) 99-104.
<https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2018/0715/p99.html>
- Kemenkes RI (2017). Petunjuk Teknis Paliatif Kanker Pada Pasien Dewasa. <https://p2ptm.kemkes.go.id/>
- Munjal (2017). Breaking Bad News. September 2017. *Current Psychiatry.* Vol 18 (9):e1-e3.
https://www.researchgate.net/publication/319510438_Breaking_Bad_News
- Nunn (2019). Delivering Bad News. *Journal of Paediatrics and Child Health.* doi:10.1111/jpc.14443.
<https://www.researchgate.net/publication/332325293>
- Singh (2017), Breaking Bad News in Clinical Setting : Systematic Review. *Indian Journal of Applied Research.* Volume 7 (12). ISSN - 2249-555X.
<https://www.researchgate.net/publication/322083788>
- Suryani (2015). *Komunikasi Terapeutik Teori & Praktik*, Edisi 2. Jakarta. Penerbit EGC

BAB 5

TERAPI KOMPLEMENTER DALAM PALIATIF CARE

Oleh Suko Pranowo

5.1 Pendahuluan

Terapi di dunia kesehatan saat ini berkembang dengan pesat, baik terapi konvensional maupun terapi-terapi pelengkap atau disebut “terapi komplementer”. Terapi komplementer juga dikenal sebagai terapi modalitas adalah suatu pendekatan terapi yang memanfaatkan sifat fisik atau elektrik dalam memberikan perawatan. Manfaat terapi komplementer untuk membantu proses penyembuhan dan mengurangi keluhan yang dialami oleh klien sehingga dapat diterapkan pada pasien dengan menjelang ajal dan paliatif secara komprehensif. Beberapa terapi komplementer yang bisa dilakukan kepada klien menjelang ajal dan paliatif adalah terapi spiritual, aroma terapi, dan terapi air putih. Perkembangan terapi modern saat ini juga berkembang ke arah pendekatan keagamaan (psikoreligius). Berdasarkan sejumlah penelitian, terdapat hubungan yang kuat antara tingkat keimanan seseorang dengan kekebalan dan ketahanan tubuh dalam menghadapi berbagai masalah kehidupan yang dapat menjadi sumber stres psikososial.

Terapi komplementer dalam perawatan paliatif adalah jenis perawatan yang digunakan bersama dengan perawatan medis konvensional untuk membantu meningkatkan kualitas hidup dan mengurangi gejala yang terkait dengan kondisi yang tidak dapat disembuhkan. Terapi ini dapat melibatkan pendekatan holistik

yang mempertimbangkan aspek fisik, emosional, dan spiritual pasien. Terapi komplementer dapat menjadi bagian yang berharga dalam perawatan paliatif bagi pasien dengan HIV. Meskipun tidak bisa menyembuhkan HIV, terapi komplementer dapat membantu mengurangi gejala dan meningkatkan kualitas hidup pasien dengan HIV/AIDS. Penting untuk dicatat bahwa terapi komplementer pada pasien dengan HIV harus dilakukan di bawah pengawasan profesional yang berpengalaman dan terlatih dalam bidang tersebut.

5.2 Konsep Terapi Komplementer

5.2.1 Definisi

Terapi komplementer merujuk pada penggabungan terapi tradisional dalam pengobatan modern. Konsep komplementer mengacu pada penggunaan terapi tradisional sebagai tambahan dalam pengobatan modern. Istilah ini juga dikenal sebagai terapi modalitas atau pendekatan yang melengkapi pelayanan kesehatan ortodoks. Terapi komplementer juga sering disebut sebagai pengobatan holistik, yang didasarkan pada pendekatan yang mempengaruhi individu secara menyeluruh. Tujuannya adalah menciptakan harmoni dalam integrasi pikiran, tubuh, dan jiwa sebagai satu kesatuan fungsional. Terdapat pandangan lain yang menggambarkan terapi komplementer dan alternatif sebagai wilayah yang luas dalam sumber daya pengobatan, yang mencakup sistem kesehatan, modalitas, dan praktik yang berbeda dari sistem pelayanan kesehatan yang umum di masyarakat atau budaya tertentu. Terapi komplementer ditandai dengan teori dan keyakinan yang khas. Dalam konteks ini, terapi komplementer dapat diterapkan pada berbagai tingkatan pencegahan penyakit (Complementary & W. A. et al., n.d.); (Charalambous, 2019)).

Terapi komplementer dapat mencakup berbagai bentuk, termasuk promosi kesehatan, pencegahan penyakit, dan rehabilitasi. Salah satu bentuk promosi kesehatan dalam terapi

komplementer adalah memperbaiki gaya hidup melalui penggunaan terapi nutrisi. Penerapan nutrisi yang sehat, seimbang, dan mengandung berbagai unsur telah terbukti dapat meningkatkan kesehatan tubuh. Intervensi komplementer ini dapat diterapkan pada tingkat pencegahan primer, sekunder, dan tersier, baik pada tingkat individu maupun kelompok. Salah satu contohnya adalah strategi stimulasi imajinatif dan kreatif.

Penggunaan terapi komplementer dalam pengobatan memiliki manfaat yang signifikan, termasuk peningkatan kesehatan secara menyeluruh dan biaya yang lebih terjangkau. Terapi komplementer terutama memberikan manfaat finansial yang lebih besar bagi individu dengan penyakit kronis yang harus mengeluarkan biaya rutin. Berdasarkan pengalaman klien, biaya pengeluaran untuk membeli obat-obatan dapat berkurang sebesar 200-300 dolar dalam beberapa bulan setelah menggunakan terapi komplementer (Sankhe, 2017)

5.2.2 Tujuan

Tujuan utama terapi komplementer adalah untuk memperbaiki fungsi sistem-sistem tubuh, terutama sistem kekebalan dan pertahanan tubuh, sehingga tubuh dapat memulihkan dirinya sendiri ketika sedang sakit. Tubuh kita sebenarnya memiliki kemampuan alami untuk menyembuhkan diri sendiri, asalkan kita mau mendengarkan dan memberikan respons yang tepat. Hal ini dapat dilakukan dengan memberikan asupan nutrisi yang baik dan lengkap serta melakukan perawatan yang sesuai.

5.2.3 Obat-obatan Dalam Terapi Komplementer

Obat – Obat yang Dipakai dalam Terapi Komplementer

1. Obat-obatan yang digunakan dalam terapi komplementer cenderung bersifat alami, dengan bahan-bahan yang diambil dari alam. Contoh-contoh obat alami yang digunakan dalam terapi komplementer

- termasuk jamu-jamuan dan rempah-rempah yang sudah dikenal seperti jahe, kunyit, temu lawak, dan sebagainya.
2. Salah satu pendekatan lain dalam terapi komplementer adalah menggunakan energi tertentu yang diyakini dapat mempercepat proses penyembuhan. Pendekatan ini melibatkan penggunaan teknik seperti pengobatan energi atau penyembuhan energi, di mana energi yang dipercaya dapat mempengaruhi keseimbangan dan pemulihan tubuh.
 - i. Di Indonesia, terdapat tiga jenis teknik pengobatan komplementer yang telah ditetapkan oleh Departemen Kesehatan untuk diintegrasikan ke dalam pelayanan konvensional. Ketiga jenis teknik tersebut adalah:
 3. Akupunktur medis yang dilakukan oleh dokter umum berdasarkan kompetensinya merupakan metode yang berasal dari Cina dan telah terbukti bermanfaat dalam mengatasi berbagai kondisi kesehatan tertentu, termasuk sebagai analgesi atau pereda nyeri. Prinsip kerjanya melibatkan aktivasi molekul sinyal yang berfungsi sebagai komunikasi antar sel dalam tubuh. Salah satu hasil dari aktivasi ini adalah pelepasan endorfin, yang memainkan peran penting dalam sistem tubuh.
 4. Terapi hiperbarik, yaitu suatu metode terapi dimana pasien dimasukkan ke dalam sebuah ruangan yang memiliki tekanan udara 2 – 3 kali lebih besar daripada tekanan udara atmosfer normal (1 atmosfer), lalu diberi pernapasan oksigen murni (100%). Selama sesi terapi, disarankan agar pasien dapat membaca, minum, atau makan untuk membantu menghindari trauma pada telinga akibat perubahan tekanan udara yang tinggi.
 5. Terapi herbal medik merujuk pada penggunaan obat-obatan yang berasal dari bahan alam, baik dalam bentuk herbal terstandar yang telah diuji dalam kegiatan penelitian, maupun dalam bentuk fitofarmaka. Herbal terstandar mengacu pada herbal yang telah melalui uji preklinik pada sel atau hewan percobaan

untuk mengevaluasi keamanan dan efektivitasnya. Penggunaan terapi herbal ini akan diatur lebih lanjut oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Ada beberapa persyaratan yang harus dipenuhi, yaitu sebagai berikut :

- a. Sumber daya manusia harus tenaga dokter dan atau dokter gigi yang sudah memiliki kompetensi.
- b. Bahan yang digunakan harus yang sudah terstandar dan dalam bentuk sediaan farmasi.
- c. Rumah sakit yang bisa menjalankan pelayanan penelitian harus sudah mendapat izin dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia dan akan dilakukan pemantauan terus – menerus.

Tiga jenis teknik pengobatan komplementer yang ada memiliki efektivitas yang tidak dapat dibandingkan satu sama lain, karena masing-masing memiliki teknik dan fungsinya sendiri. Contohnya, terapi hiperbarik umumnya digunakan untuk pasien dengan gangren agar mereka tidak perlu menjalani amputasi. Terapi herbal berperan dalam meningkatkan daya tahan tubuh. Sedangkan terapi akupunktur berfungsi untuk memperbaiki keadaan umum, meningkatkan sistem kekebalan tubuh, mengatasi konstipasi atau diare, meningkatkan nafsu makan, serta mengurangi efek samping yang timbul akibat pengobatan kanker, seperti mual, muntah, kelelahan, dan neuropati. Setiap teknik pengobatan komplementer memiliki peran dan manfaatnya sendiri dalam mengatasi berbagai gangguan penyakit.

5.2.3 Aspek Legal Terapi Komplementer

- 1) Undang – Undang RI No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan
 - a. Pasal 1 butir 16,
 - b. Pelayanan kesehatan tradisional merujuk pada pengobatan dan perawatan yang mengandalkan pengalaman dan keterampilan yang turun-temurun secara empiris. Metode pengobatan ini didasarkan pada pengetahuan dan praktik yang telah teruji dari generasi ke generasi, dan dapat dipertanggungjawabkan serta diterapkan sesuai dengan norma-norma yang berlaku dalam masyarakat;
 - c. Pasal 48 tentang pelayanan kesehatan tradisional;
 - d. Bab III Pasal 59 s/d 61 tentang pelayanan kesehatan tradisional.
- 2) Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 1076/Menkes/SK/2003 tentang pengobatan tradisional;
- 3) Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 120/Menkes/SK/II/2008 tentang standar pelayanan hiperbarik;
- 4) Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 1109/Menkes/Per/IX/2007 tentang penyelenggaraan pengobatan komplementer – alternatif di fasilitas pelayanan kesehatan;
- 5) Keputusan Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik, No. HK.03.05/I/199/2010 tentang pedoman kriteria penetapan metode pengobatan komplementer – alternatif yang dapat diintegrasikan di fasilitas pelayanan kesehatan.

5.2.3 Kendala Terapi Komplementer

- 1) Masih terdapat kelemahan dalam hal pembinaan dan pengawasan yang perlu diperbaiki;
- 2) Keterbatasan dalam kemampuan tenaga kesehatan dalam memberikan bimbingan;
- 3) Keterbatasan anggaran yang dialokasikan untuk pelayanan kesehatan komplementer ;
- 4) Regulasi yang belum memadai menjadi faktor penghambat dalam pengembangan pelayanan kesehatan komplementer;

- 5) Terapi komplementer belum diberikan prioritas dalam program pembangunan kesehatan yang dilaksanakan.

5.3 Konsep Paliatif Care

5.3.1 Pengertian

Perawatan paliatif merupakan suatu bidang spesialisasi dalam pelayanan medis yang ditujukan untuk individu yang menghadapi penyakit serius, beserta keluarga mereka. Fokus utama dari perawatan paliatif adalah meredakan rasa sakit dan gejala yang dialami oleh pasien, serta menyediakan dukungan emosional, sosial, dan spiritual bagi pasien dan keluarganya. Tujuan utama dari perawatan paliatif adalah meningkatkan kualitas hidup individu yang hidup dengan penyakit serius, sambil memberikan dukungan kepada keluarga pasien. Hal ini dilakukan dengan memastikan bahwa pasien hidup bebas dari rasa sakit dan mencapai kualitas hidup terbaik yang dapat mereka peroleh, serta memenuhi semua kebutuhan yang mereka miliki (Marventano, 2013)

Palliative care atau perawatan paliatif adalah pendekatan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga yang menghadapi masalah yang mengancam jiwa. Pendekatan ini dilakukan melalui pencegahan dan pengurangan penderitaan dengan mengidentifikasi dan mengevaluasi dini, serta mengelola nyeri dan masalah lainnya yang mungkin timbul, baik secara fisik, psikologis, sosial, maupun spiritual (WHO, 2017). Prinsip perawatan paliatif adalah mengoptimalkan perawatan pasien dan keluarga dengan cara mengantisipasi, mencegah, dan mengobati penderitaan yang mungkin muncul. Palliative care melibatkan pendekatan yang menyeluruh terhadap perawatan pasien yang mencakup aspek fisik, kebutuhan intelektual, emosional, sosial, dan spiritual. Tujuannya adalah untuk memberikan perawatan yang memungkinkan

pasien memiliki otonomi dalam mengambil keputusan sehubungan dengan kehidupan mereka (Ferrell et al., 2015)

Dengan mengacu pada penjelasan sebelumnya, palliative care adalah suatu pendekatan yang mampu meningkatkan kualitas hidup individu yang menderita penyakit serius yang mengancam nyawa dan juga keluarga mereka ketika mereka menghadapi tantangan tersebut. Pendekatan ini mengakomodasi semua aspek kehidupan, termasuk fisik, psikologis, sosial, dan spiritual, dalam memberikan perawatan yang holistik dan komprehensif.

Palliative care diberikan kepada individu sejak diagnosis awal hingga akhir kehidupan mereka. Ini berarti bahwa pemberian palliative care tidak tergantung pada stadium penyakit, apakah masih dapat disembuhkan atau tidak. Pentingnya palliative care tidak bergantung pada faktor-faktor tersebut, melainkan menjadi suatu keharusan untuk diberikan kepada setiap penderita. Palliative care tidak berhenti setelah pasien meninggal, tetapi terus dilanjutkan dengan memberikan dukungan kepada anggota keluarga yang berduka. Pendekatan palliative care tidak hanya memperhatikan aspek fisik penderita, tetapi juga aspek psikologis, sosial, dan spiritual. Fokus utama dari perawatan ini adalah pasien sebagai individu yang kompleks, bukan hanya penyakit yang dideritanya. Dalam hal ini, perawatan tidak hanya terbatas pada pasien secara individu, tetapi juga melibatkan keluarganya. Dengan demikian, pelayanan pada pasien diberikan secara paripurna, hingga meliputi segi fisik, mental, social, dan spiritual. Maka timbullah pelayanan palliative care atau perawatan paliatif yang mencakup pelayanan terintegrasi antara dokter, perawat, terapis, petugas social-medis, psikolog, rohaniwan, relawan, dan profesi lain yang diperlukan ((Marventano, 2013)

Lebih lanjut, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menekankan lagi bahwa pelayanan paliatif berpijak pada pola dasar berikut ini:

- 1) Meningkatkan kualitas hidup dan menganggap kematian sebagai proses yang normal.
- 2) Tidak mempercepat atau menunda kematian.
- 3) Menghilangkan nyeri dan keluhan lain yang mengganggu.
- 4) Menjaga keseimbangan psikologis dan spiritual.
- 5) Berusaha agar penderita tetap aktif sampai akhir hayatnya.
- 6) Berusaha membantu mengatasi suasana dukacita pada keluarga.

5.3.2 Pinsip Palliatif Care

Palliative care secara umum merupakan suatu komponen penting dan tidak dapat dipisahkan dari praktek klinis, dengan mengikuti prinsip-prinsip yang telah ditetapkan :

- 1) Fokus perawatan terhadap kualitas hidup, termasuk kontrol gejala yang tepat
- 2) Pendekatan personal, termasuk pengalaman masa lalu dan kondisi sekarang
- 3) Peduli terhadap seseorang dengan penyakit lanjut termasuk keluarga atau orang terdekatnya
- 4) Peduli terhadap autonomy pasien dan pilihan untuk mendapat rencana perawatan lanjut, eksplorasi harapan dan keinginan pasien
- 5) Menerapkan komunikasi terbuka terhadap pasien atau keluarga kepada profesional kesehatan (De Roo et al., 2013)

5.3.3 Tanggung Jawab Perawat

Perawat paliatif memiliki tanggung jawab profesional yang didasarkan pada kode etik keperawatan dengan menekankan perawatan komprehensif untuk mendukung kebutuhan holistik pasien dan pengasuh mereka termasuk penilaian dan pengobatan kesehatan fisik, emosional, dan spiritual (Hagan et al., 2019).

Perawat perawatan paliatif bekerja dalam pengaturan yang bervariasi termasuk: rumah pasien, rumah sakit tempat tinggal, klinik, fasilitas perawatan jangka panjang dan terampil, dan fasilitas rawat inap akut (Libreros Julia, 2020). Berdasarkan hal tersebut perawat menghabiskan lebih banyak waktu dengan pasien dan keluarga daripada profesional kesehatan lainnya karena mereka menghadapi penyakit serius (Schroeder & Lorenz, 2018).

Perawat memiliki tugas untuk mendidik, memberi saran, dan memberikan dukungan emosional kepada pasien dan anggota keluarganya. Tugas lain termasuk penilaian fisik, riwayat kesehatan, promosi kesehatan, konseling, pendidikan, pengobatan dan administrasi perawatan, perawatan luka, dan berbagai intervensi pribadi lainnya. Perawat berkonsultasi dan berkolaborasi dengan tim multidisiplin dan berkontribusi pada rencana perawatan. Perawat dapat mengawasi pemberian perawatan oleh tenaga medis lain seperti asisten perawat serta melakukan penelitian untuk mendukung peningkatan praktik dan perbaikan pasien (Schroeder & Lorenz, 2018). Untuk menjamin pelaksanaan tersebut, asuhan keperawatan yang komprehensif perlu didokumentasikan dengan baik, sebagai rekam aktivitas perawat dalam melakukan serangkaian proses perawatan pada pasien dari awal hingga akhir. Dokumentasi yang jelas, akurat, dan lengkap dalam proses keperawatan sangat penting untuk memberikan perawatan yang berkualitas dan sangat penting untuk komunikasi yang efektif dalam tim. Dengan demikian kemampuan seorang perawat paliatif dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan paliatif sangat diperlukan dalam menunjang proses perawatan (Doody et al., 2018)

5.3.3 Pedoman Palliatif Care

Berdasarkan National Consensus Project For Quality Palliative Care (National Consensus Project for Quality of Life (NCP), 2013) pedoman praktek klinis untuk perawat palliative dalam meningkatkan kualitas pelayanan palliative terdiri dari 8 domain diantaranya :

- 1) Domain 1 : Structure and process of care mencakup pengaturan dan prosedur yang diperlukan dalam menyelenggarakan pelatihan dan pendidikan bagi para profesional paliatif, sehingga mereka dapat memberikan perawatan yang berkesinambungan kepada pasien dan keluarga (De Roo et al., 2013). Adapun panduan bagi perawat paliatif dijelaskan sebagai berikut :
 - a. Pendidikan tentang palliative care primer harus diberikan kepada semua perawat, termasuk mereka yang berpendidikan sarjana, magister, dan doktoral
 - b. Semua perawat harus mendapatkan pendidikan lanjutan dalam palliative care primer
 - c. Semua perawat menerima orientasi dalam palliative care primer yang mencakup sikap, pengetahuan, dan keterampilan dalam domain palliative care. Ini meliputi penilaian dasar dan manajemen gejala nyeri, keterampilan komunikasi dasar tentang penyakit lanjut, prinsip etika, dukungan terhadap kesedihan dan kehilangan keluarga, serta pemahaman tentang komunitas dan pemberi layanan
 - d. Setiap perawat diharapkan mampu melaksanakan palliative care dengan bekerja sama dalam tim multidisiplin ilmu
 - e. Perawat hospice dan perawat palliative harus tersertifikasi dalam memberikan pelayanan palliative care
 - f. Partisipasi semua perawat dalam inisiatif memperbaiki kualitas layanan palliative care (Ferrell et al., 2015)

2) Domain 2 : Physical Aspect Of Care Physical Aspect Of Care merupakan cara yang dilakukan untuk mengukur dan mendokumentasikan rasa nyeri dan gejala lain yang muncul seperti menilai, mengelola gejala dan efek samping yang terjadi padamasalah fisik pada pasien (De Roo et al., 2013). Adapun panduan bagi perawat paliatif dijelaskan sebagai berikut:

- a. Semua perawat harus mampu menilai nyeri, dyspnea dan fungsinya dengan menggunakan pedoman yang konsisten pada pasien dengan penyakit lanjut yang mengancam jiwa
- b. Semua perawat harus mendokumentasikan pedoman dan temuan dalam rencana asuhan keperawatan
- c. Semua perawat harus mengikuti jalur pengobatan berdasarkan bukti evident based nursing untuk memberikan perawatan manajemen nyeri dan menilai ulang gejala yang ditimbulkan (Ferrell et al., 2015).

3) Domain 3: Psychological And Psychiatric Aspect Of Care Psychological And Psychiatric Aspect Of Care merupakan cara yang dilakukan untuk menilai status psikologis pasien dan keluarga seperti mengukur, mendokumentasikan, mengelola kecemasan, dan gejala psikologis lainnya (De Roo et al., 2013). Adapun panduan bagi perawat paliatif dijelaskan sebagai berikut:

- a. Semua perawat harus mampu menilai depresi, kecemasan, dan delirium menggunakan pedoman yang tepat pada pasien yang mengancam jiwa
- b. Semua perawat harus mendokumentasikan temuan dalam rencana perawatan
- c. Semua perawat harus mengikuti jalur pengobatan berbasis EBN untuk mengelola gejala psikologis yang ditimbulkan
- d. Perawat hospice dan perawat palliative harus mempersiapkan duka cita bagi keluarga yang ditinggalkan Perawat hospice dan perawat palliative harus ikut andil dalam pengembangan palliative care (Ferrell et al., 2015).

5.4 Terapi Komplementer Dalam Palliatif Care

Terapi komplementer dalam perawatan paliatif bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dengan penyakit yang tidak dapat disembuhkan atau terminal. Terapi ini dapat membantu mengurangi gejala fisik, emosional, dan spiritual yang terkait dengan kondisi tersebut. Berikut beberapa contoh terapi komplementer yang umum digunakan dalam perawatan paliatif:

- 1) Terapi Musik: Musik memiliki efek relaksasi yang dapat membantu mengurangi kecemasan, stres, dan nyeri pada pasien. Mendengarkan musik yang disukai atau berpartisipasi dalam musik terapi dapat memberikan kenyamanan dan dukungan emosional.
- 2) Terapi Seni: Terapi seni melibatkan penggunaan seni seperti melukis, menggambar, atau merajut sebagai cara untuk mengekspresikan diri dan meningkatkan kualitas hidup. Aktivitas seni dapat memberikan rasa pencapaian, relaksasi, dan pengalaman positif.
- 3) Terapi Relaksasi: Teknik relaksasi seperti pernapasan dalam, meditasi, atau visualisasi dapat membantu pasien merasa lebih tenang, mengurangi stres, dan meningkatkan kualitas tidur. Terapi ini dapat membantu pasien menghadapi gejala fisik dan emosional yang terkait dengan penyakit yang tidak dapat disembuhkan.
- 4) Terapi Refleksiologi: Refleksiologi melibatkan pijatan atau tekanan pada titik-titik tertentu di tubuh yang diyakini terhubung dengan organ dan sistem tubuh lainnya. Terapi ini bertujuan untuk merangsang proses penyembuhan tubuh, meningkatkan relaksasi, dan mengurangi nyeri.
- 5) Terapi Akupunktur: Akupunktur melibatkan penggunaan jarum halus yang dimasukkan ke dalam titik-titik tertentu pada tubuh untuk merangsang aliran energi dan mempromosikan keseimbangan. Terapi ini dapat membantu mengurangi nyeri, mual, dan meningkatkan kualitas hidup pasien paliatif.
- 6) Terapi Aromaterapi: Aromaterapi menggunakan minyak esensial alami untuk menciptakan efek positif pada tubuh

dan pikiran. Bau minyak esensial yang dipilih dengan hati-hati dapat membantu mengurangi kecemasan, meningkatkan relaksasi, dan memberikan dukungan emosional.

- 7) Terapi Pijat: Terapi pijat dapat membantu mengurangi nyeri, kekakuan otot, dan meningkatkan sirkulasi darah. Pijatan lembut dapat memberikan kenyamanan fisik dan meredakan ketegangan pada pasien paliatif.

Penting untuk selalu berkonsultasi dengan tim perawatan paliatif atau dokter Anda sebelum memulai terapi komplementer, terutama jika Anda memiliki kondisi kesehatan yang mendasarinya. Tim perawatan akan membantu memastikan bahwa terapi yang dipilih sesuai dengan kebutuhan Anda dan tidak bertentangan dengan perawatan medis Anda yang sedang berjalan.

DAFTAR PUSTAKA

- Charalambous, C. P. (2019). *Thoracic Outlet Syndrome*.
- Complementary, & W. A. et al. (n.d.). *Complementary and Alternative Methods and Cancer What Are Complementary and Alternative Methods ?*
- De Roo, M. L., Leemans, K., Claessen, S. J. J., Cohen, J. , W., Pasman, H. R., Deliens, L., & Francke, A. L. (2013). Quality Indicators for Palliative Care: Update of a Systematic Review. *J. Pain Symptom Manage*.
- Doody, O., Bailey, M. E., Moran, S., & Stewart, K. (2018). Nursing documentation in palliative care: An integrative review. . *Journal of Nursing*.
- Ferrell, Coyle, & Paice. (2015). *Oxford Textbook of Palliative Nursing*. . Oxford University Press.
- Hagan, T. L., Xu, J., Lopez, R. P., & Bressler, T. (2019). *Nursing's role in leading palliative care: A call to action*.
- Libreros Julia. (2020). *Global Directory of Palliative Care Institutions and Organizations - International Association for Hospice & Palliative Care*.
- Marventano, S. et al. (2013). *Health related quality of life in colorectal cancer patients : state of the art", BMC Surgery*.
- National Consensus Project for Quality of Life (NCP). (2013). *Clinical practice guideline for quality palliative care. Third Edition*.
- Sankhe, A. et al. (2017). *Spiritual Care Therapy on Quality of Life in Cancer Patients and Their Caregivers: A Prospective Non-randomized Single Cohort Study", Journal of Religion and Health*.
- Schroeder, K., & Lorenz, K. (2018). Nursing and the future of palliative care. . *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*.
- WHO. (2017). Mental disorders fact sheets. . *World Health Organization*.

BAB 6

KONSEP KEMATIAN PADA BERBAGAI BUDAYA INTERNASIONAL DAN NASIONAL

Oleh Ady Purwoto

6.1 Definisi Kematian

Kematian adalah fakta biologis, tetapi juga memiliki dimensi sosial dan psikologis. Secara biologis, kematian adalah berhentinya proses aktif dalam organisme individu dan ditandai dengan: Hilangnya fungsi otak, terhentinya detak jantung, terhentinya tekanan darah, terhentinya proses pernapasan. Dimensi sosial kematian terkait dengan perilaku dan perawatan sebelum kematian, yaitu di mana proses post-mortem dari almarhum terjadi. Persembahan dan proses untuk menunda atau mempercepat kematian, aturan seputar kematian, ritual dan adat setelah kematian, pemberian kekayaan dan peran sosial yang pernah menjadi tanggung jawab almarhum. (Hartini, 2007).

Ismail (2009) Ia menyatakan bahwa kematian secara medis dapat ditentukan dan ditandai dengan berhentinya detak jantung seseorang. Namun hingga saat ini pengetahuan tentang kematian masih sangat terbatas. Tidak ada yang tahu kapan dia akan mati. Oleh karena itu, banyak orang yang merasa cemas dan stres akan hal misterius ini. Aspek psikologis kematian menekankan dinamika psikologis orang yang sekarat dan lingkungannya sebelum dan sesudah kematian. (Hartini, 2007).

Sihab (2008) Kematian, katanya, adalah pemisahan dari semua kesenangan duniawi, kematian adalah jurang pemisah antara manusia, pengaruh kehidupan yang menghibur bagi yang sembrono. ini sejalan dengan firman Allah dalam Al- Qur'an "Dimana saja kamu berada, kematian akan mendapatkan kamu, kendatipun kamu di dalam benteng yang tinggi dan kokoh" (An Nisa:4:78). Kematian juga dikatakan sebagai ancaman bagi kehidupan manusia, itulah sebabnya kebanyakan orang takut akan kematian itu sendiri.

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa kematian terjadi ketika proses aktif dalam tubuh individu berhenti, ditandai dengan hilangnya fungsi otak, berhentinya detak jantung, berhentinya tekanan darah, dan berhentinya pernapasan. Proses pemutusan hubungan antara manusia dan alam.

Filsuf Yunani sepakat bahwa kematian membatalkan seseorang karena itu menandakan pemisahan jiwa dan tubuh. Kematian menyakitkan dan menyedihkan bagi mereka yang ditinggalkan, tetapi kematian manusia bukanlah akhir. Karena setelah mati ada kehidupan lagi. Dalam hal ini, maknanya berbeda setelah kematian seseorang. Sebagian orang memahami bahwa kematian belum berakhir dan manusia masih memiliki tanggung jawab, sebagian lagi mengartikan kematian sebagai penderitaan bagi manusia.

Thales [625-547] adalah "seorang fîlosof Yunani yang terkenal dengan ungkapan bahwa segala sesuatu berasal dari air. Kemudian di saat menua, ia ditanya tentang keadaannya, maka ia menjawab bahwa beginilah aku matt secara perlahan-lahan."

Pythagoras [581-507] adalah "seorang filosof Yunani yang menyatakan bahwa bahwa nih manusia itu, dapat berpindah roh dari seorang manusia yang sudah matt kelain jasad. Matt bukan akhir nap-trap sesuatu dalam hidup manusia karena ada kehidupan sesudah mati."

Socrates [470-399] adalah “seorang filosof Yunani yang terkenal sebagai guru pertama dalam berfilsafat. Ia menyatakan bahwa jiwa berbeda dengan raga, jiwa tidak ikut hancur dengan kehancuran raga, melainkan malah terbebas dari penjara yang mengungkungnya dan kembali kemurnian karakternya. Bahkan lebih baik daripada mundur dalam menunaikan kewajiban, keamanan memang merupakan cobaan besar, namun tak harus diterima oleh makhluk dengan lapang dada, sebab tak adalah hak yang digatiskan dan ditetapkan oleh Sang Pencipta, sehingga tidak perlu ditakuti. Maka keliru jika ada orang yang menyangka bahwa kematian adalah suatu yang baik karena disana ada secercah harapan yang menbetitikan kabar gembira bahwa kematian adalah sesuatu yang baik. Kematian adalah ketiadarasaan seperti kepulasan tidur seseorang yang tidak terganggu oleh hantu-hantu, maka tidak perlu didebatkan karena kematian mengaodung manfaat. Kematian adalah perpindahan ke tempat lain yang konon menjadi muara tempat tinggal seluruh orang-orang yang mati. Bahkan lebih tegas lagi, dinyatakan bahwa orang yang menjadikan kematian ada di depannya, maka doanya akan menjadi lebih baik. Orang yang mati terpuji lebih baik kondisinya daripada orang yang hidup tercela. Orang yang menentang penguasa akan mati sebelum penguasa itu mati, dan orang yang keterlaluan dalam memenuhi cintanya pada dunia akan mati dalam keadaan miskin, sedangkan orang yang qanaah akan mati dalam keadaan kaya.”

6.2 Konsep Kematian Internasional

Filsuf Barat setuju bahwa meskipun keselamatan menyakitkan dan menakutkan bagi manusia, kematian pasti menimpa mereka. Ini telah terjadi sejak zaman umat manusia, dan apa yang terjadi pada umat manusia akhirnya lenyap. Namun, banyak orang yang takut akan kematian, dan ada yang percaya bahwa kematian akan datang dan tidak perlu khawatir. Ada perbedaan penafsiran tentang akhirat dalam catatan ini.

Beberapa menafsirkan kematian sebagai ujian yang lengkap dan adil setelah kematian, sementara yang lain menggunakannya sebagai jalan menuju kehidupan menuju Tuhan.

Rene Descartes [1596-1650] “adalah seorang filosof Barat yang dikenal sebagai Bapak Filsuf Modern yang menyatakan bahwa manusia terdiri dari roh dan jasad karena roh itu bertempat di tubuh manusia, tetapi roh dan tubuh tidak menjadi satu, maka roh lebih penting dan lebih kuasa dalam tubuh karena roh yang menyebabkan tubuh hidup dan mustahil roh itu dapat mati.”

Immanuel Kant [1724-1804] adalah “seorang filosof Barat yang mengatakan bahwa tak terbayangkan jika ada agama yang tidak mengandung doktrin keyakinan akan kehidupan akhirat. Termasuk juga, secara moral hidup ini tidak akan bermakna, kalau saja tidak ada basis metafisis yang pasti. Basis itu adalah [1] Adanya keyakinan bahwa setiap orang memiliki kebebasan untuk menentukan pilihan hidupnya secara otonom, [2] Adanya keabadian hidup setelah mati, dan [3] Tuhan yang akan menyelenggarakan pengadilan akhirat secara tuntas dan adil.”

Bertrand Russell [1872-1970] adalah “seorang filosof Barat yang menyatakan bahwa aku akan membusuk dan tidak ada sesuatu pun dariku yang bisa bertahan hidup.

Kematian adalah peristiwa yang tiba-tiba dan tidak terduga, tidak dapat dihitung, dan selalu mengejutkan, bahkan bagi mereka yang menunggunya seolah-olah itu adalah satu hal. Kemauan adalah peristiwa yang datang tanpa waktu tertentu dan tak terhindarkan menyerang kehidupan manusia sementara manusia sendiri merencanakan kehidupan selanjutnya dan berusaha mewujudkan potensinya. Oleh karena itu kematian tidak membantu, melainkan menghalangi usaha manusia untuk mencapai kesempurnaan itu. Karena kematian merampas semua makna hidup, dan dalam kematian itu dibayangi oleh kemungkinan menghancurkan semua kemungkinan dalam hidup.

Keamanan sebagai akhir dari kehidupan manusia menunjukkan akhir yang tidak berarti pada akhir kehidupan. Semua kemungkinan hidup tersapu oleh peristiwa yang tiba-tiba, dan hidup berakhir dalam kepingan-kepingan yang tak berarti.

6.3 Konsep Kematian Nasional

Para filosof Indonesia sepakat bahwa manusia akan mengalami kematian karena itu adalah ketentuan dan kepastian Tuhan. Bahkan jika mereka tidak siap, bahkan tidak siap, kematian akan selalu mengangkat mereka dan meninggalkan mereka yang mencintai dan memilikinya. Ya, kematian menyebabkan kesedihan, kepahitan, dan kepanikan yang tidak menyenangkan bagi mereka yang ditinggalkan, tetapi kematian begitu misterius dan tiba-tiba. Jika Tuhan berkehendak untuk mengakhiri hidup keduanya, kematian tidak bisa ditunda. Karena semua manusia kembali kepada Tuhan untuk mempertanggungjawabkan perbuatannya di dunia ini. Oleh karena itu, dengan perbuatan-perbuatan ini sebagian termasuk dalam Surga dan sebagian lainnya termasuk dalam Neraka.

Filsuf Indonesia Harun Nasution mengatakan bahwa kematian adalah keniscayaan bagi manusia. Bahkan jika tubuh menghilang, meskipun tubuh hancur, kepribadian tetap hidup. Kepribadian inilah yang nantinya akan bertemu dengan tuannya. kepribadian ini disebut roh, nafsu, jiwa, pikiran, dll. Dalam kehidupan kedua manusia akan ada tubuh fisik, dan di sebelahnya seseorang akan pergi ke surga.

Sidi Gazalba adalah seorang filosof Indonesia yang menjelaskan bahwa manusia begitu asyik dengan kehidupannya sehingga lupa bahwa setiap saat mendekati kematian. Ini adalah fakta yang tak terbantahkan, kepastian yang tak terhindarkan, bahwa besok atau lusa, sebulan atau setahun, sepuluh tahun atau dekade dari sekarang, semua yang masih hidup akan mati.

Bahkan kematian pasti akan datang, tetapi orang lupa bahwa mereka akan mati.

Kematian adalah kepastian yang tidak akan pernah bisa dihindari. Karena di tangan Tuhanlah almarhum tidak akan kembali ke dunia ini dan akan hidup di akhirat. Manusia akan bangkit dari kuburnya, dikumpulkan, diperiksa, dan dimintai pertanggungjawaban atas amal dan perbuatannya di dunia. Perbuatan baik dibalas dengan perbuatan baik, dan perbuatan buruk dibalas dengan baik. Demikianlah seseorang dibawa ke Surga atau ke Neraka menurut perbuatannya. Surga adalah tempat pembalasan atas perbuatan baik, dan neraka adalah tempat pembalasan atas perbuatan buruk dengan perbuatan baik. Surga adalah tempat kesenangan dan kegembiraan, tetapi Neraka adalah tempat penderitaan, kesengsaraan, dan kesengsaraan.

Komaniddin Hidayat adalah “seorang filosof Indonesia yang menyatakan bahwa mati pasti akan tiba dan punah lah semua yang dicintai dan dinikmati dalam hidup ini. Ada yang menolak tentang kehadiran kematian dan berusaha menghindari semua jalan ke pintu kematian, serta ada pula yang selalu mendambakan dan membayangkan keabadian.”

Kematian itu pasti, dan Pasti pasti akan menyerang semua orang. Bahkan sifat kematian dan apa yang terjadi setelahnya selalu menyisakan harta yang tak pernah terungkap. Kematian tidak ada artinya dan kita pasif, tetapi sebaliknya, seperti orang dari ras lain, hidup itu singkat, tidak ada batasan waktu atau garis akhir, jadi menjalani hidup lebih serius. Kematian bukanlah akhir dari kehidupan, tetapi akhir dari keberadaan manusia dan seluruh misi kehidupan. Bagi mereka yang telah melakukan banyak perbuatan baik dalam hidupnya, kematian adalah pintu gerbang menuju kehidupan yang lebih indah, mulia, dan abadi. Kematian sangat menakutkan bagi Mereka yang tidak tahu apa yang akan terjadi setelah kematian. Jika seseorang dapat menghilangkan benih-benih keyakinan dan

debat filosofis tentang keabadian jiwa, orang akan berhenti takut bahwa kematian adalah bencana, tragedi, kemalangan yang membawa kesedihan. Ini adalah keniscayaan yang mengakhiri desahan dan langkah hidup selamanya. Kematian dengan demikian mewakili misteri yang ada dalam keberadaan manusia. Maka kamu akan siap menyambutnya dengan sikap yang baik. Padahal, pintu kematian sudah memiliki nomor urut, dan kematian adalah kehendak dan milik Tuhan:

“Ingatlah, mau tidak mau kematian akan menemui input anda. Anda tidak mungkin lari darinya. Di mana pun anda berada, kematian akan menjemput. Anda jangan pernah membayangkan bisa menghindar. Sekalipun benteng dari besi mengelilingi anda [QS. An-Nisa [4]: 78].

Kamu jangan sampai tertipu oleh kehidupan dunia yang memperdayakan, kekayaan, jabatan, atau ketenaran yang anda miliki tidak bisa menghindarkan anda dari kemarahannya. Siapa pun, sepanjang waktu memiliki jiwa akan merasakan kemana [QS. Ali Imran [3] 185 dan Al-Anbiya [21]: 35].

Di mana pun anda berada, ingatlah selalu Allah. Berusahalah untuk selalu berbuat kebaikan, kapan pun dan di manapun karena tidak ada seorang pun yang mampu mengetahui di bumi mana di akan mati [QS. Luqman [31]: 34].

Anda tidak mungkin lagi dari kematian, ke mana pun anda berlari, kematian akan menemui input anda [QS. Al-Jumu'ah [62]: 8].

Bila kematian telah menjemput, suami atau istri, anak, keluarga, teman, harta, dan jabatan akan anda tinggalkan. Hanya amal yang akan menemani anda. Amal anda pula yang akan menentukan di mana anda tinggal nanti. Bila amal kebaikan yang menemani, surga akan menjadi tempat anda berlabuh [QS. An-Nahl [16]: 32]. Sementara bila amal kejahatan yang anda bawa, neraka lah yang akan anda terima [QS. Al-Ahqaf [46]: 20].

Semua perbuatan yang anda lakukan selama di dunia tercatat dalam sebuah kitab. Pada saatnya nanti kitab tersebut akan diserahkan kepada anda, dan anda akan menemukan semua perbuatan anda, dair yang penting sampai yang sepele, tercatat dengan iapih. Tidak ada sedikitpun pengurangan dan penambahan, karena Allah tidak akan mengaoiaya siapa pun [QS. Al-Kahfi [18]: 49].”

Amsal Bakhtiar adalah seorang filosof Indonesia yang berpendapat bahwa kematian adalah suatu kepastian karena merupakan fakta yang tidak dapat disangkal oleh siapa pun. Apalagi, tidak ada yang kembali ke makam untuk melaporkan keadaan di sana. Tentu saja, jika seseorang tidak percaya pada Tuhan atau kehidupan setelah kematian, sikap ini tidak dapat diterima, tetapi jika seseorang tidak percaya pada kematian, meskipun mereka mengklaim sebaliknya, sikap ini tidak dapat diterima. Kematian adalah fakta, tetapi akhirat bukanlah fakta, melainkan keyakinan yang didukung oleh argumen logis. Kehidupan setelah kematian adalah kepercayaan mendasar di samping kepercayaan kepada Tuhan. Karena kehidupan setelah kematian adalah kehidupan yang lebih hakiki dan luhur dibandingkan kehidupan dunia ini. Dengan kata lain, hanya orang suci yang dapat mendekati Tuhan, tetapi orang berdosa tidak dapat mendekati Tuhan. Oleh karena itu, jika pribadi yang murni bertemu dengan Tuhan karena Dia maha adil, maka akhirat adalah konsekuensi logis dari keinginan manusia akan keadilan yang sempurna. (Syafa'in Mansur, 2012)

DAFTAR PUSTAKA

- Bakhtiar, Amsal, (1999). *Filsafat Agama*, Jakarta: Logos
- Hartini. N. (2007). *Death and Dying. Kematian dan Proses Menuju Kematian* (Makalah ini dipresentasikan pada konferensi nasional stress management dalam berbagai kehidupan, Bandung 2-3 Februari 2007)
- Ismail, R. (2009). *Menuju Hidup Islami*. Yogyakarta:Insan Madani
- Sihab, M. Q. (2008). *Menjemput Maut*. Jakarta: Lentera Hati
- Syafa'in Mansur. (2012). Kematian Menurut Para Filosof. *Jurnal Al-Qalam*. Vol. 29 No. 2

BAB 7

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KANKER

Oleh Nyimas Heny Purwati

7.1 Pendahuluan

Kanker adalah kondisi medis yang serius yang mempengaruhi jutaan orang di seluruh dunia. Ini merupakan salah satu penyebab utama kematian di berbagai negara. Data *Global Cancer Statistic* (GLOBOCAN) terbaru yang dirilis oleh *International Agency for Research on Cancer* (IARC)-WHO menunjukkan kenaikan kasus kanker masih terjadi di tahun 2020 dengan 19,3 juta kasus baru dan 10 juta kematian akibat kanker. Lebih dari separuh insiden dan kematian kanker ini terjadi di wilayah Asia

Kanker merupakan salah satu penyebab dari morbiditas dan mortalitas dini di seluruh dunia. *World Health Organization* (WHO) memperkirakan bahwa pada 2030 akan terjadi lonjakan insiden kanker sekitar 300% di dunia dan 70% dari insiden kanker di negara berkembang termasuk Indonesia (Khasanah et al, 2019).

Manajemen kanker juga melibatkan pendekatan yang lebih holistik untuk merawat pasien. Perawatan pendukung dan perawatan paliatif bertujuan untuk mengelola gejala fisik, psikososial, dan spiritual pasien, serta memberikan dukungan emosional dan kualitas hidup yang optimal bagi pasien dan keluarga mereka. Meskipun masih ada banyak tantangan dalam pencegahan, diagnosis, dan pengobatan kanker, kemajuan

penelitian dan pengembangan terus terjadi. Keterlibatan kolaboratif antara ilmuwan, dokter, perawat, dan tenaga medis lainnya sangat penting untuk mengatasi tantangan kanker dan meningkatkan hasil pengobatan bagi pasien.

7.2 Kanker

7.2.1 Pengertian

Kanker adalah kondisi medis yang ditandai oleh pertumbuhan sel yang tidak terkendali dan tidak normal dalam tubuh. Ini terjadi ketika sel-sel dalam tubuh mengalami mutasi genetik yang mengubah mekanisme pengaturan pertumbuhan dan proliferasi sel. Akibatnya, sel-sel kanker berkembang biak secara tidak terkendali, membentuk massa yang disebut tumor. Tumor dapat bersifat ganas (kanker) atau jinak (tidak kanker).

Kanker adalah penyakit yang ditandai dengan pembelahan sel yang tidak terkendali dan kemampuan sel abnormal tersebut untuk menyerang jaringan biologis di sekitarnya, baik dengan pertumbuhan langsung (invansi) maupun menyebar ke organ yang jauh (metastasis). Pada umumnya kanker di beri nama sesuai organ dan jenisnya pertama kali sel kanker itu berkembang (Joanne, 2015).

7.2.2 Etiologi

Terdapat beberapa faktor risiko yang dapat meningkatkan kemungkinan seseorang terkena kanker. Berikut adalah beberapa faktor etiologi yang umum terkait dengan kanker:

1. **Faktor Genetik:** Faktor genetik memainkan peran penting dalam beberapa jenis kanker. Mutasi genetik yang diwariskan dari orang tua dapat meningkatkan risiko terjadinya kanker pada keturunan. Beberapa mutasi genetik yang terkait dengan kanker adalah mutasi BRCA1 dan BRCA2 yang meningkatkan

risiko kanker payudara dan ovarium, serta mutasi p53 yang terkait dengan berbagai jenis kanker.

2. Faktor Lingkungan: Paparan zat-zat karsinogenik dalam lingkungan dapat meningkatkan risiko kanker. Contohnya, paparan asap tembakau yang mengandung zat-zat karsinogenik dapat meningkatkan risiko kanker paru-paru. Paparan radiasi ionisasi, seperti radiasi sinar-X dan sinar gamma, juga dapat menyebabkan kerusakan DNA dan meningkatkan risiko kanker. Paparan bahan kimia berbahaya, seperti asbes, arsenik, dan sejumlah bahan kimia industri, juga dapat berkontribusi terhadap perkembangan kanker.
3. Faktor Gaya Hidup: Gaya hidup yang tidak sehat dapat meningkatkan risiko kanker. Merokok tembakau adalah salah satu faktor risiko terbesar untuk berbagai jenis kanker, termasuk kanker paru-paru, mulut, tenggorokan, dan pankreas. Konsumsi alkohol yang berlebihan juga dikaitkan dengan peningkatan risiko kanker tertentu, seperti kanker hati, mulut, tenggorokan, dan usus besar. Kurangnya aktivitas fisik, pola makan tidak sehat yang kaya lemak dan rendah serat, serta obesitas juga dapat meningkatkan risiko kanker.
4. Faktor Infeksi: Beberapa jenis kanker terkait dengan infeksi virus, bakteri, atau parasit tertentu. Misalnya, infeksi human papillomavirus (HPV) terkait dengan kanker serviks, vulva, vagina, penis, anus, serta beberapa kanker kepala dan leher. Infeksi hepatitis B dan C dapat menyebabkan kanker hati. Infeksi *Helicobacter pylori* dikaitkan dengan risiko kanker lambung.
5. Faktor Hormonal: Perubahan hormonal dalam tubuh dapat mempengaruhi risiko kanker. Misalnya, kadar hormon estrogen yang tinggi dalam jangka waktu yang lama dapat meningkatkan risiko kanker payudara dan endometrium.

Terapi hormon pasca-menopause yang jangka panjang juga dapat meningkatkan risiko kanker payudara dan endometrium.

7.2.3 Patofisiologi

Kanker timbul karena pertumbuhan tanpa hambatan dari sel-sel abnormal. Pertumbuhan itu timbul karena adanya kerusakan (mutasi) lebih dari satu gen. Gen-gen ini menentukan sifat keturunan individu dan mengatur pembelahan sel. Pembelahan sel dituntun untuk dapat dikendalikan pada jalannya oleh berbagai gen pengatur yang memacu pembelahan sel dan lainnya dapat menekan atau menghambat pertumbuhan sel tersebut (Jong Wim De, 2015).

Mutasi timbul karena rangsangan karsinogen. Keseimbangan antara hambatan dan dorongan selama pembelahan sel terganggu pada mutasi. Berubahnya bentuk dan tingkah laku yang tidak terkendali membuat sel-sel keturunan kemudian membelah secara liar dengan membentuk tumor yang menyusup ke lingkungan sekitar secara ganas dan memiliki kecenderungan menyebar. Ada banyak rangsangan yang menyebabkan mutasi sel, dan nantinya akan menimbulkan kejadian kanker (Jong Wim De, 2015).

7.2.4 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala kanker dapat bervariasi tergantung pada jenis kanker, lokasi tumor, serta stadium dan penyebarannya. Berikut adalah beberapa tanda dan gejala umum yang dapat muncul pada pasien dengan kanker:

1. Perubahan pada Kulit:

- Perubahan warna, ukuran, atau bentuk tahi lalat atau bintik-bintik kulit.
- Luka yang sulit sembuh atau ulkus pada kulit.
- Benjolan atau tonjolan pada kulit yang tidak hilang atau semakin membesar.

2. Perubahan pada Pola Buang Air Besar atau Buang Air Kecil:
 - Perubahan pola buang air besar seperti diare kronis, sembelit, atau perubahan bentuk tinja.
 - Perdarahan rektal atau darah dalam tinja.
 - Kesulitan buang air kecil, nyeri saat buang air kecil, atau darah dalam urin.
3. Perubahan pada Payudara:
 - Benjolan atau tonjolan pada payudara.
 - Perubahan ukuran, bentuk, atau tekstur payudara.
 - Nyeri atau rasa tidak nyaman pada payudara.
4. Gangguan Pernapasan:
 - Batuk kronis atau sesak napas yang tidak dapat dijelaskan.
 - Dada terasa berat atau nyeri dada persisten.
5. Perubahan pada Suara atau Pernafasan:
 - Suara serak yang berlangsung lama atau perubahan dalam suara.
 - Batuk persisten yang tidak kunjung sembuh.
6. Perubahan pada Berat Badan:
 - Penurunan berat badan yang tidak dijelaskan atau tanpa sebab yang jelas.
 - Hilangnya nafsu makan yang signifikan.
7. Kelelahan dan Lemah:
 - Kelelahan yang berkepanjangan dan tidak dapat dijelaskan.
 - Kelemahan umum atau penurunan daya tahan fisik.
8. Nyeri:
 - Nyeri persisten atau nyeri yang tidak dapat dijelaskan.
 - Nyeri pada area tertentu seperti perut, punggung, atau tulang.
9. Perubahan pada Siklus Menstruasi:
 - Perdarahan menstruasi yang berat atau tidak teratur.
 - Perubahan lain dalam pola menstruasi.
10. Gangguan Sistem Pencernaan:
 - Sakit perut yang berlangsung lama atau terus-menerus.
 - Mual, muntah, atau gangguan pencernaan lainnya.

Tanda dan gejala ini tidak spesifik dan dapat berkaitan dengan kondisi medis lainnya.

7.3 Asuhan Keperawatan Pasien Kanker

Asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker melibatkan pendekatan holistik yang mencakup pengkajian menyeluruh, perencanaan, implementasi, dan evaluasi perawatan. Tujuan utama dari asuhan keperawatan adalah untuk memberikan perawatan yang komprehensif, mendukung pasien dan keluarga dalam menghadapi kondisi kanker, serta meningkatkan kualitas hidup pasien. Berikut adalah beberapa aspek yang perlu dipertimbangkan dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker:

7.3.1 Pengkajian

Pengkajian pada pasien kanker merupakan langkah penting dalam menyusun rencana asuhan keperawatan yang tepat. Pengkajian yang komprehensif melibatkan pengumpulan informasi tentang kondisi kesehatan pasien, riwayat penyakit, faktor risiko, serta pengaruh psikososial. Berikut adalah beberapa aspek yang perlu dipertimbangkan dalam pengkajian pasien kanker (Yarbro, Wujcik, dan Gobel, 2011):

1. Riwayat Medis:

- Riwayat penyakit kanker: Jenis kanker, stadium, waktu diagnosis, pengobatan yang telah dilakukan, dan riwayat kemoterapi atau radioterapi sebelumnya.
- Riwayat kesehatan: Riwayat penyakit sebelumnya, riwayat keluarga dengan kanker, riwayat alergi, dan riwayat penggunaan obat-obatan atau suplemen.
- Riwayat operasi: Riwayat operasi sebelumnya terkait kanker, termasuk jenis operasi dan komplikasi yang terjadi.
- Riwayat obat-obatan: Penggunaan obat-obatan saat ini, termasuk obat kanker, obat pengontrol gejala, dan obat lain yang sedang diminum pasien.

- Riwayat keluarga: Menanyakan adanya riwayat kanker dalam keluarga, seperti orang tua atau saudara kandung yang pernah mengidap kanker.

2. Pemeriksaan Fisik

- Pemeriksaan fisik menyeluruh: Termasuk pemeriksaan umum seperti tekanan darah, denyut nadi, suhu tubuh, pernapasan, serta pemeriksaan sistem tubuh lainnya sesuai kebutuhan.
- Pemeriksaan fisik terkait kanker: Pemeriksaan area tumor, pembesaran kelenjar getah bening, penilaian fungsi organ terkait, serta identifikasi tanda-tanda metastasis.

3. Tanda dan Gejala

- Nyeri: Evaluasi lokasi, intensitas, durasi, karakteristik, faktor pencetus, serta respons terhadap terapi nyeri yang diberikan.
- Gangguan pencernaan: Evaluasi mual, muntah, diare, konstipasi, dan perubahan nafsu makan.
- Kelelahan: Evaluasi tingkat kelelahan, pola tidur, dan aktivitas sehari-hari pasien.
- Gangguan kulit: Evaluasi adanya ruam, perubahan warna, ulkus, atau tanda-tanda iritasi pada kulit di sekitar area tumor atau setelah pengobatan tertentu.
- Gejala pernapasan: Evaluasi dispnea (sesak napas), batuk berkepanjangan, atau nyeri dada.
- Gejala neurologis: Evaluasi kelemahan, kesemutan, perubahan refleks, atau gangguan kognitif.

4. Aspek Psikososial dan Speiritual

- Evaluasi dukungan sosial: dukungan yang tersedia dari keluarga, teman, atau kelompok pendukung.
- Tingkat kecemasan dan depresi: Mengkaji perasaan pasien terkait dengan diagnosis kanker, perubahan dalam

kehidupan sehari-hari, dan kesiapan dalam menghadapi pengobatan.

- Koping dan strategi adaptasi: bagaimana pasien menghadapi stres dan perubahan akibat penyakit kanker, serta strategi yang digunakan untuk mengatasi tantangan tersebut.
- Evaluasi kualitas hidup: Dampak kanker terhadap kehidupan sehari-hari, kualitas tidur, aktivitas, dan perasaan umum pasien.
- Evaluasi dukungan spiritual: Kepercayaan agama atau kehidupan spiritual pasien, serta kebutuhan spiritual yang perlu dipenuhi.

5. Evaluasi Fungsi Kognitif:

Jika pasien mengalami gangguan kognitif, seperti kebingungan atau kesulitan konsentrasi, dilakukan evaluasi kemampuan kognitif pasien dengan menggunakan skala atau tes kognitif yang sesuai.

6. Evaluasi Dukungan Sosial:

- Menilai dukungan sosial yang ada bagi pasien, termasuk dukungan keluarga, teman, atau kelompok dukungan kanker.
- Mengidentifikasi tingkat dukungan sosial dan perluasan jaringan sosial pasien.

7. Evaluasi Kebutuhan Pendidikan Pasien:

- Menilai tingkat pemahaman pasien tentang kanker, pengobatan, dan manajemen gejala.
- Mengidentifikasi kebutuhan pendidikan pasien dan keluarga mengenai aspek-aspek terkait kanker, termasuk pemahaman tentang penyakit, pengobatan, dan perubahan gaya hidup yang diperlukan.

8. Evaluasi Fungsi Organ dan Sistem Tubuh Lainnya:
 - Menilai fungsi organ tubuh, seperti sistem pernapasan, sistem kardiovaskular, sistem pencernaan, sistem kemih, dan sistem muskuloskeletal.
 - Menyelidiki adanya gejala atau keluhan terkait dengan organ-organ ini yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien.

7.3.2 Masalah Keperawatan

Pasien dengan kanker sering menghadapi berbagai masalah keperawatan yang kompleks dan dapat mempengaruhi kualitas hidup mereka. Masalah keperawatan ini melibatkan berbagai aspek fisik, psikososial, dan spiritual. Berikut adalah beberapa masalah keperawatan umum yang muncul pada pasien dengan kanker:

1. Nyeri: Nyeri adalah masalah yang sering dialami oleh pasien kanker, baik akibat dari tumor itu sendiri maupun efek samping dari pengobatan. Keperawatan yang adekuat meliputi pengkajian dan manajemen nyeri yang tepat, termasuk penggunaan analgesik, teknik non-farmakologi, dan pendekatan holistik dalam mengurangi nyeri.
2. Fatigue (Kelelahan): Kelelahan yang berkepanjangan dan berat adalah masalah umum pada pasien kanker. Keperawatan yang efektif melibatkan pengkajian dan manajemen kelelahan, termasuk istirahat yang cukup, manajemen energi, latihan fisik yang terukur, dan dukungan emosional.
3. Gangguan Nutrisi: Pasien kanker sering mengalami gangguan nutrisi akibat efek samping pengobatan, penurunan nafsu makan, atau obstruksi tumor yang mempengaruhi kemampuan makan dan penyerapan nutrisi. Keperawatan melibatkan evaluasi status nutrisi, perencanaan diet yang tepat, dan pemantauan asupan makanan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien.
4. Gangguan Citra Tubuh: Kanker dan pengobatan kanker dapat menyebabkan perubahan fisik yang signifikan pada pasien,

seperti kehilangan rambut, perubahan berat badan, atau modifikasi tubuh setelah operasi. Masalah keperawatan terkait citra tubuh ini melibatkan dukungan emosional, konseling, dan pendidikan pasien untuk membantu pasien mengatasi perubahan tersebut.

5. Gangguan Psikososial: Pasien kanker sering mengalami stres, kecemasan, depresi, isolasi sosial, dan perubahan kualitas hidup yang signifikan. Keperawatan yang holistik melibatkan pendekatan terapeutik yang mendukung dan memfasilitasi pemulihan psikososial pasien, termasuk konseling, dukungan kelompok, dan intervensi psikososial yang sesuai.
6. Kekurangan Pengetahuan: Pasien kanker dan keluarga sering membutuhkan informasi yang jelas dan akurat tentang diagnosis, pengobatan, perawatan, dan perubahan gaya hidup. Keperawatan melibatkan pendidikan pasien yang tepat, pendampingan, dan penyediaan sumber daya yang dapat dipercaya untuk meningkatkan pemahaman dan kemandirian dalam menghadapi kondisi kanker.

Masalah keperawatan yang muncul pada pasien dengan kanker sangat individual dan dapat bervariasi tergantung pada jenis dan stadium kanker, pengobatan yang diterima, serta faktor-faktor individu lainnya. Oleh karena itu, penting untuk melakukan pengkajian yang komprehensif dan melibatkan pasien serta keluarga dalam perencanaan dan implementasi perawatan.

7.4 Kesimpulan

1. Pengkajian yang menyeluruh dan terperinci merupakan langkah awal dalam menyusun rencana asuhan keperawatan yang tepat. Pengkajian melibatkan identifikasi masalah kesehatan yang relevan, pemahaman riwayat medis, pengaruh psikososial, dan evaluasi status nutrisi.

2. Setiap pasien kanker memiliki kebutuhan unik, oleh karena itu rencana perawatan harus disesuaikan dengan kondisi dan preferensi pasien. Tujuan perawatan harus realistis, dapat dicapai, dan harus melibatkan pasien dan keluarga dalam pengambilan keputusan.
3. Pasien kanker sering mengalami gejala dan efek samping pengobatan yang signifikan. Perawatan harus mencakup manajemen nyeri, kelelahan, gangguan nutrisi, dan gangguan lainnya untuk meningkatkan kualitas hidup pasien.
4. Pasien kanker menghadapi tantangan psikologis dan emosional yang kompleks. Keperawatan harus melibatkan dukungan psikososial yang tepat, konseling, pendampingan, serta pengembangan mekanisme koping yang sehat.
5. Pendidikan pasien merupakan komponen penting dalam asuhan keperawatan. Pasien dan keluarga harus diberikan informasi yang akurat dan komprehensif tentang kanker, pengobatan, manajemen gejala, dan perubahan gaya hidup yang diperlukan.
6. Asuhan keperawatan pada pasien kanker membutuhkan kolaborasi yang erat dengan tim perawatan multidisiplin, termasuk dokter, ahli gizi, psikolog, konselor, dan tenaga medis lainnya. Kolaborasi ini penting untuk menyusun perawatan yang terkoordinasi dan komprehensif.
7. Asuhan keperawatan pada pasien kanker merupakan upaya holistik untuk meningkatkan kualitas hidup dan mendukung pasien dalam menghadapi tantangan kanker. Hal ini melibatkan pengkajian yang komprehensif, rencana perawatan yang individual, manajemen gejala, dukungan psikososial, pendidikan pasien, dan kolaborasi tim perawatan. Dalam melaksanakan peran sebagai perawat, upaya berkelanjutan diperlukan untuk terus meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam merawat pasien dengan kanker.

DAFTAR PUSTAKA

- Black, Joyce dan Jane Hawks. 2014. *Keperawatan Medikal Bedah*. Singapura: Elsevier Inc.
- Brunner dan Suddarth, 2010. *Buku Ajar Keperawatan Medikal bedah*. Edisi 8 EGC : Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2015. Buletin Kanker. Pusat Data dan Informasi.
- Khasanah NA, Oktaviyanti IK, Yuliana I. Hubungan riwayat merokok dan tempat tinggal dengan gambaran sitopatologi kanker paru. *Homeostasis*. 2019;2(1):93-8.
- Rendi, M. Clevo dan Matgareth, 2012. *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Dan Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Sjamsuhidajat R, De Jong W,. 2017. *Buku Ajar Ilmu Bedah*. 4th ed. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC; 2017.
- Yarbro, C.H., Wujcik, D., Gobel, B. H. 2011. *Cancer Nursing: Principles and Practice*". 7th Ed., Jones & Bartlett Publishers
- Sung H, Ferlay J, Siegel R, Laversanne M, Soerjomataram I, *et al*. Global cancer statistics 2020: globocan estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2021;1-41.

BAB 8

PENATALAKSANAAN HIV/AIDS DAN INFEKSI OPORTUNISTIK

Oleh Anas Kiki Anugrah

8.1 Pendahuluan

Human immunodeficiency virus (HIV) dan *acquired immunodeficiency syndrome* (AIDS) telah muncul sebagai krisis kesehatan global. HIV/Helps adalah penyakit yang tak tertahankan yang mempengaruhi meningkatnya kesuraman dan kematian. Di seluruh dunia, diperkirakan terdapat 37,9 juta orang yang hidup dengan HIV dan 1,7 juta orang baru terinfeksi HIV pada tahun 2018. Indonesia adalah salah satu negara yang menghadapi masalah HIV, dengan 46.659 kasus infeksi HIV diumumkan pada tahun 2018. Wilayah dengan kasus HIV terbanyak di Indonesia adalah DKI Jakarta dengan 14,8% (6.896 kasus) (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Infeksi HIV menyerang dan merusak kemampuan sel pelindung tubuh dan melemahkan sistem pertahanan tubuh terhadap penyakit dan beberapa jenis pertumbuhan ganas, yang biasanya ditandai dengan penurunan jumlah sel CD4. Tahap terakhir adalah AIDS (*Helps*) yang dapat berlangsung selama 2-15 tahun. Penularan infeksi ini dapat melalui hubungan seks berisiko, penggunaan jarum suntik bersama, ikatan darah, dan latihan klinis termasuk penggunaan pisau/jarum yang tidak steril (WHO, 2019). Infeksi HIV di dalam tubuh dapat dianalisis melalui *Quick Symptomatic Tests* (RDTs) dan dapat diobati dengan

pengobatan antiretroviral (*Craftsmanship*) yang merupakan campuran dari minimal 3 macam obat antiretroviral.

Mengingat *United Nations General Assembly* menetapkan tujuan untuk menyelesaikan pandemic HIV/AIDS pada tahun 2030, yang kemudian berubah menjadi visi penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia (Kementerian Kesehatan, 2015). Terlebih lagi, ada tujuan 90-90-90, artinya 90% korban HIV mengetahui statusnya, 90% sedang menghadapi, dan 90% infeksi HIV dalam tubuh berhasil dibekap (UNAIDS, 2019). Sesuai dengan kajian informasi tentang peningkatan target 90-90-90 di Indonesia pada tahun 2018, masih ada 51% penderita HIV yang mengetahui statusnya dan hanya 33% yang memakai pengobatan ART (UNAIDS, 2018).

Sebagaimana diketahui bahwa infeksi HIV merupakan penyakit kronis yang dapat dicegah dengan pengawasan obat-obatan yang mengakar. Antiretroviral, yang sering disebut ART, merupakan obat utama yang diklaim memberikan manfaat luar biasa dalam kemajuan berkelanjutan untuk menahan infeksi HIV di dalam tubuh. Obat ART dapat menekan seberapa banyak infeksi HIV dalam darah sehingga daya tahan tubuh (CD4) tetap terjaga. Secara bersamaan, inklusi *Craftsmanship* di Indonesia hanya 11,7%, dan itu berarti Indonesia adalah salah satu negara yang paling sedikit mendapatkan ART. Dengan cara ini, untuk mendapatkan reaksi pusat 85% dari beban virus, diperlukan kepatuhan penggunaan obat penenang 90-95% (Martoni, 2012).

Berkurangnya sistem kebal dari orang dengan HIV yang tidak minum obat dapat meningkatkan pertaruhan untuk menciptakan infeksi yang berbahaya. Infeksi oportunistik adalah penyakit yang sering terjadi dan lebih parah pada orang dengan kerangka kerja aman yang rendah, termasuk orang yang Hidup dengan HIV/AIDS (ODHA) (CDC (c), 2018). Infeksi oportunistik akut yang banyak ditemukan di Indonesia adalah tuberkulosis, *candidiasis* yang berhubungan dengan mulut, diare, *Pneumocystis Pneumonia* (PCP), dan *Pruritic Papular Ejection* (PPE). Tingkat

kontaminasi perintis yang paling tinggi di Indonesia adalah tuberkulosis (11.513 kasus) (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Infeksi Tuberkulosis apabila tidak segera ditangani bisa berkembang menjadi penyakit Tuberkulosis aktif, diperkirakan secara global terdapat 862.000 masalah baru penyakit tuberkulosis di penderita HIV. Penyakit Tuberkulosis ini bisa mengakibatkan kematian pada penderita HIV, yaitu pada tahun 2018 diestimasikan ada 251.000 kematian dampak tuberkulosis di penderita HIV (WHO, 2019).

8.2 Tinjauan Pustaka

8.2.1 Pengertian HIV/AIDS

Infeksi *Human Immunodeficiency* terjadi pada sekelompok retrovirus dengan subkelompok lentivirus, yang dapat menyebabkan penyakit "lambat" dengan masa penetasan yang lama. Infeksi akan menginfeksi dan membunuh limfosit T-partner (CD4), dan menyebabkan inang kehilangan kekebalan sel dan memiliki peluang besar untuk penyakit menular. Sel lain seperti makrofag dan monosit yang memiliki protein CD4 pada permukaannya juga dapat terinfeksi HIV (Levinson, 2010).

Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS) adalah sekelompok gejala atau penyakit yang disebabkan oleh HIV, virus dalam keluarga *retroviridae*, yang melemahkan sistem kekebalan tubuh. Fase terakhir kontaminasi HIV adalah AIDS (Lane, 2011). Infeksi *Human Immunodeficiency* (HIV) adalah dua retrovirus limfotropik limfosit manusia utama. Infeksi leukemia limfosit manusia (HTCLV) menyiratkan retrovirus penting lainnya. Infeksi akan mengkontaminasi dan memusnahkan *T-assistent lymphocytes* (CD4), selanjutnya membuat *host* kehilangan resistensi sel. Akibatnya, pasien terpapar infeksi oportunistik (Levinson, 2010). Kontaminasi HIV dapat menyebar melalui

kontak seksual, keterbukaan parenteral terhadap darah, dan penularan ibu.

8.2.2 Status Epidemi HIV/AIDS

Jumlah orang yang hidup dengan HIV di seluruh dunia adalah 36,9 juta (UNAIDS, 2015), dan kontak seksual adalah cara penularan yang paling umum. Dua contoh epidemiologi yang luas telah dikenali. Yang pertama adalah "epidemi umum", yang dicirikan sebagai kelaziman fungsi >1% pada wanita hamil yang pergi ke fasilitas antenatal, di mana heteroseksual adalah metode penularan utama. Yang kedua adalah "epidemi terkonsentrasi" di mana HIV menyebar ke populasi tertentu seperti laki-laki yang berhubungan dengan laki-laki (LSL) atau pekerja seks komersial (PSK) yang memiliki tingkat prevalensi lebih dari 5%, tetapi dengan rentang di bawah 1% pada semua orang (UNAIDS, 2011).

Meskipun demikian, definisi ini harus diubah dengan waspada. Ketiadaan hegemoni yang diarahkan pada kelompok berisiko tinggi disebabkan oleh fakta bahwa istilah "epidemi umum" umumnya mengabaikan keberadaan "epidemi terkonsentrasi" dalam populasi yang sama. Selama tahun 2014 terdapat 2.000.000 penyakit HIV baru dan 1,2 juta kematian (UNAIDS, 2015). Meskipun angka-angka ini berbagi bobot penyakit yang tidak penting, angka-angka ini juga menunjukkan penurunan kritis dibandingkan dengan 3,4 juta kontaminasi baru yang terjadi pada tahun 2001 dan 2,4 juta kematian pada tahun 2005. Diketahui bahwa antara tahun 1990 dan 2013, 19 juta tahun kehidupan diselamatkan oleh program pencegahan dan pengobatan HIV (Filter Kemon, *et al.*, 2015)

Pelaksanaan Tujuan Pembangunan Milenium dan kewajiban mereka untuk menangani HIV sangat penting dalam menghadapi wabah penyakit yang mengejutkan di seluruh dunia ini. Salah satu slogan kesehatan masyarakat terpenting abad lalu menggambarkan bagaimana jumlah orang yang menerima ART meningkat dari 200.000 pada tahun 2000 menjadi lebih dari 15

juta pada tahun 2015. Salah satu kisah terbaiknya adalah pengendalian penularan vertikal. Cara untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke anak telah mengurangi jumlah penyakit baru pada anak sebesar 58% antara tahun 2000 dan 2014 (UNAIDS, 2015).

Pada tahun 2015, AS menjadi negara pertama di dunia yang mendapatkan persetujuan dari Asosiasi Kesehatan Dunia (WHO) untuk menghentikan penularan HIV dan sifilis dari ibu ke anak dan menurut *Container American Wellbeing Association* (PAHO), 17 negara Amerika lainnya saat ini sedang membuat kemajuan serupa (UNICEF, PAHO, WHO, 2015). Kemajuan yang dipercepat ini telah menjunjung tinggi dan semakin memperkuat visi dunia untuk membunuh penularan HIV dari ibu ke anak pada tahun 2030. Namun, kemajuan global tetap tidak merata, dan banyak bidang memerlukan perhatian segera. Misalnya, di Eropa Timur dan Asia Tengah, di mana tingkat HIV telah meningkat secara signifikan mulai sekitar tahun 2001, ini terkait dengan tingginya tingkat penggunaan obat (Kazatchkine, 2014).

8.2.3 Patofisiologi HIV/AIDS

Infeksi oportunistik dan tumor, *sindrom wasting*, dan gangguan pada sistem saraf pusat (SSP) hanyalah beberapa manifestasi yang dapat diakibatkan oleh infeksi HIV, yang ditandai dengan immunosupresi progresif. Sejumlah mekanisme, termasuk peningkatan penghancuran sel yang terinfeksi dan hilangnya sel yang terinfeksi sebagai akibat dari apoptosis, piroptosis, dan oklusi meduler bertanggung jawab atas hubungan antara immunosupresi dan penurunan jumlah sel T CD4 yang bertahan (Cooper, *et al.*, 2013; Cummins dan Badley, 2010). Selain penipisan sel T CD4, aktivasi kekebalan (Burdo, 2011; Vinikoor, 2013) dan perubahan metabolisme yang diinduksi virus adalah mekanisme lain yang berkontribusi pada penjelasan karakteristik patologis infeksi HIV (Dagenais-Lussier, *et al.*, 2015). Risiko perkembangan klinis, perkembangan, dan kematian seseorang

ditentukan oleh tingkat kehilangan CD4 dan peningkatan viral load. Pola jumlah sel CD4 akan menentukan pertaruhan sesaat, kemungkinan gejala infeksi, dan kemungkinan laju pemulihan strategis yang kebal setelah dimulainya pengobatan.

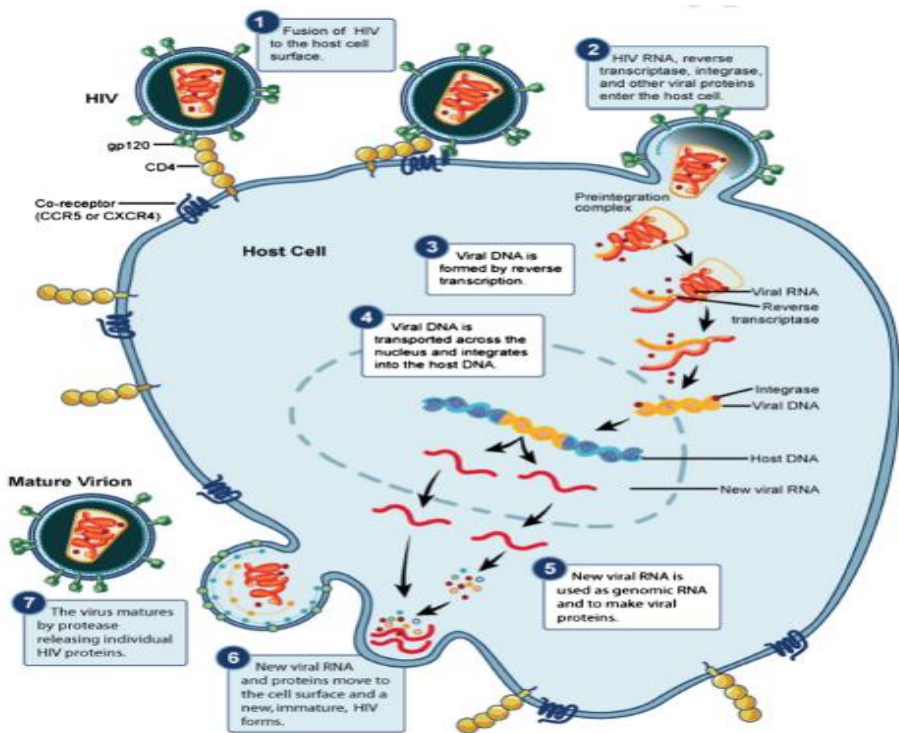
Kadang-kadang (~1%), beberapa pasien dapat segera mengendalikan infeksi ke tingkat yang tidak terlihat bahkan tanpa jejak pengobatan (Le, Wright, dan Smith, *et al.*, 2013). Satu pasien, yang disebut tip top regulator (EC), tidak menunjukkan pergerakan klinis yang umum dan dapat mempertahankan jumlah CD4 yang tinggi untuk waktu yang lama tanpa pengobatan. Banyak pemeriksaan telah dilakukan untuk mencoba memahami kualitas luar biasa dari pasien ini tetapi tanpa tujuan yang sah. Penelitian telah menunjukkan bahwa EC memiliki tindakan penekan mikroorganisme sistem kekebalan CD8 alami yang lebih baik (Kloosterboer *et al.*, 2005; Lambotte dan Delfraissy, 2006), tingkat status mutasi heterozigot yang lebih tinggi pada koreseptor kemokin pada sel target HIV (alel CCR5-32), tingkat alel pelindung HLA yang lebih tinggi (alel HLA-B27 dan -B57), atau infeksi yang ditunjukkan dengan virus yang dilemahkan (Mendoza, *et al.*, 2012). Memang, bahkan tanpa replikasi populer yang diidentifikasi oleh sistem standar, EC memiliki tingkat peradangan dan aktivitas yang lebih rentan daripada orang HIV-suram, dan beberapa kaki tangan berkonsentrasi pada hasil klinis yang kurang menguntungkan (Crowell, *et al.*, 2017).

8.2.4 Siklus Pembentukan HIV/AIDS

Perkembangan penyakit melalui tahapan. Pada awalnya, infeksi perlu menaklukkan sumbatan kulit di tempat terbuka untuk terhubung dengan sel yang akan mendukung replikasi (Keele dan Estes, 2011). Disintegrasi, bisul, penyakit penyerta, atau perubahan hormonal dapat menyesuaikan kelurusan mukosa dan bekerja dengan penyakit. Begitu berada di epitel, infeksi mencemari limfosit CD4, sel Langerhans, atau sel

dendritik submukosa, yang menimbulkan batas yang masuk akal dari homogenitas populasi virus selama penyakit HIV yang intens (Shaw and Tracker, 2013). Setelah 48-72 jam, infeksi tiba di hub getah bening provinsi, di mana ia dipresentasikan ke limfosit yang berbeda, menghasilkan tingkat replikasi yang tinggi yang memungkinkan infeksi menyebar ke semua jaringan (Mill operator, *et al.*, 2005).

Pada tingkat sel, bagian HIV mencakup kerja sama antara gp120 dan reseptor CD4. Akibatnya, pergeseran konformasi mendukung pemaparan domain V3. Perubahan ini memungkinkan hubungan antara gp120 dan reseptor kemokin reguler CCR5 dan CXCR4 untuk HIV berlabuh dan membelah menjadi sel-sel aktif (Matreyek dan Engelman, 2013). Virus dapat bertahan hidup dalam keadaan laten di sitoplasma atau menembus inti sel inang dalam sel teraktivasi setelah memasuki sel (Coiras, *et al.*, 2009). Enzim *reverse transcriptase*, begitu berada di dalam nukleus, mentranskripsi HIV-RNA menjadi dua molekul DNA yang dikenal sebagai DNA proviral. Enzim integrase kemudian mengintegrasikan DNA proviral ke dalam DNA inang. Karena *switch transcriptase* tidak memiliki kemampuan untuk membaca ulang, berbagai keanehan atau variasi akan dihasilkan pada setiap pola replikasi. Cetak biru produksi messenger RNA yang diangkut ke luar nukleus untuk membentuk partikel virus baru adalah DNA terintegrasi. Selama pengumpulan, protease mengiris protein panjang menjadi beberapa bagian untuk membuat pusat virus lain yang kemudian dikembangkan ikan dan dilepaskan dari permukaan untuk mencemari sel yang berbeda dan memulai interaksi replikasi sekali lagi (Wang, *et al.*, 2016). Dalam (Gambar 8.1) menunjukkan perjalanan replikasi kombinasi infeksi HIV, bagian, retrotranskripsi, rekonsiliasi, ikan, dan pengembangan.



Gambar 8.1. Siklus replikasi virus HIV
(Sued, *et al.*, 2016)

8.2.5 Obat-obat Antiretroviral (ART) HIV/AIDS

Saat ini, FDA AS telah mendukung 26 obat sebagai satu obat ART yang dapat dikumpulkan menjadi enam kelompok obat berdasarkan komponen aktivitasnya. Penghambat transkriptase balik nukleosida dan analog nukleotida (paling sering digunakan adalah abacavir, emtricitabine, lamivudine, tenofovir, dan baru-baru ini pro-obat tenofovir alafenamide atau TAF), penghambat transkriptase balik nukleosida (efavirenz, rilpivirine, etravirine), penghambat protease (promotor harus digunakan dengan darunavir, atazanavir, dan elvitegravir, agar spesifik rendah -portion atau ritonavir, cobicistat, ibalizumab, dan cabotegravir yang lebih segar) (DHHS, 2015). Tabel 8.1. menunjukkan ikhtisar

spesialis antiretroviral yang didukung, khasiatnya, dan efek insidental signifikan terkait.

Mengingat pengobatan memulihkan penyakit HIV, tujuan pengobatan antiviral tetap seperti sebelumnya seperti yang dicirikan pada awal wabah, termasuk (1) menyembunyian penuh beban virus untuk bekerja pada kemampuan yang aman, (2) peningkatan yang stabil dalam sifat perawatan, dan (3) penurunan kesuraman dan kematian (DHHS, 2015). Penularan HIV dapat dicegah dengan penekanan virus yang konsisten. Kekecewaan dan penolakan infeksi dapat terjadi karena kepatuhan yang tidak menguntungkan, komunikasi obat, masalah asimilasi, dan pilihan pembuluh sebelumnya karena tingkat obat di bawah standar, persyaratan untuk konsistensi dalam menyerukan standar ketergantungan, kepatuhan, dan menyembunyian infeksi yang tinggi di tingkat populasi (UNAIDS, 2014).

Tabel 8.1 Obat antiretroviral yang telah disetujui FDA yang saat ini digunakan (pedoman HIV DHHS)

No	Obat	Mekanisme Kerja	Karakteristik	Efek Samping
1	NRTIs/NtRTIs: (nucleotide reverse transcriptase inhibitor) AZT: zidovudine 300 mg BID 3TC: lamivudine 150 mg BID or 300 mg OD ABC: abacavir 300 mg BID or 600 mg OD	NRTI terhubung dengan nukleotida untuk menjadi substrat untuk peregangan rantai transkriptase sakelar. Perpanjangan rantai DNA virus terhenti dan replikasi virus berhenti.	Efek makanan yang rendah, waktu paruh yang panjang, penetrasi yang baik, dan tulang punggung SSP berdasarkan dua NRTI untuk rancangan ART membatasi penggunaannya pada kombinasi ABC atau TDF yang terkait dengan 3TC atau FTC karena toksisitasnya	AZT: Mual, sakit otak, asidosis laktat, sakit, neuropati pinggir, pankreatitis, lipodistrofi TDF: nefrotoksisitas, gangguan kondisi fanconi, masalah mineralisasi tulang ABC: respons sensitif yang berlebihan, yang bisa ekstrem

No	Obat	Mekanisme Kerja	Karakteristik	Efek Samping
	FTC: emtricitabine t1:15 200 mg OD TDF: tenofovir t1:18 300 mg OD	Kecuali untuk tenofovir, yang hanya memerlukan defosforilasi, bentuk trifosfat dari semua NRTI harus difosforilasi secara berurutan agar menjadi aktif. Pemecatan dan pemecatan secara individual dapat terjadi karena transformasi tertentu	yang tinggi terhadap NRTI yang lebih lama. ABC mengevaluasi persyaratan untuk HLAB*5701 sebelum digunakan. Regimen hemat NRTI atau rejimen yang hanya menggunakan 3TC atau FTC sedang diperiksa untuk mengurangi berat, biaya, dan toksisitas pil.	atau fatal, lebih normal pada orang yang menyampaikan alel HLAB*5701
2	NNRTIs (non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors) EFV: efavirenz t1:22 600 mg OD NVP: nevirapine 200 mg OD (requires a 200 dosis during the first 2 weeks) ETR: etravirine 200 mg BIS	NNRTI memblokir HIV <i>switch transcriptase</i> dengan membatasinya menjadi senyawa hidrofobik di dekat situs dinamis. Struktur kantong diubah oleh mutasi spesifik. ETV dan RPV adalah atom yang dapat disesuaikan	Dimetabolisme oleh isoenzim CYP3A4 dari sistem sitokrom p450 hati dan tidak efektif melawan HIV-2. Penginduksi atau penghambat kuat CYP3A4. Potensi tinggi untuk koneksi obat EFV selain 2 NRTI adalah pengobatan antiretroviral yang paling umum digunakan di	NVP: respon sensitif yang ekstrim, dengan hubungan kulit dan hati, terkadang mematikan, kondisi <i>Stevens-johnson</i> EFV: Ruam, <i>neurokognitif</i>, terhambat, dampak neuropsikiatri ETV dan RPV Ruam dan dampak neurokognitif yang lebih sedikit.

No	Obat	Mekanisme Kerja	Karakteristik	Efek Samping
	RPV: rilpivirine 50 mg OD	yang dapat mengikuti pergerakan melawan variasi yang aman. NNRTI memiliki obstruksi hereditas yang rendah dan potensi oposisi silang.	negara-negara berkembang.	
3	PIs (protease inhibitors) limited to atazanavir, lopinavir and darunavir that are the PIs currently in use. DRV: darunavir 600 mg +100 mg of ritonavir BID for experienced patients. 800 mg + 100 mg of ritonavir OD for naïve patients ATZ: atazanavir 300 mg +100 mg of ritonavir OD	Dengan mengikat situs aktif protease HIV, ini mencegah pembelahan protein prekursor gag dan gag-pol. PI yang baru kurang condong ke oposisi silang. Batas keturunan yang tinggi.	Dimetabolisme melalui enzim CYP3A4 dari sistem p450. Ritonavir adalah inhibitor CYP3A4 pelemahan yang manjur dan diperlukan untuk "meningkatkan" <i>protease inhibitor</i> lain ke tingkat terapeutik. Baru-baru ini, <i>cobicistat</i> 150 mg OD telah diperkenalkan sebagai alternatif ritonavir 100 mg. Homologi dengan beberapa protein yang terlibat dalam metabolisme	Gangguan pada saluran pencernaan dan diare. Lipodistrofi, obstruksi insulin, dan dislipidemia lebih normal pada LPV daripada DRV atau ATV. Aterosklerosis Kurang umum: hepatotoksitas, mual, memuntahkan, ruam atau sakit otak

No	Obat	Mekanisme Kerja	Karakteristik	Efek Samping
	In selected patients 400 mg OD without ritonavir can be used LPV: Lopinavir t1:50 400 mg + 100 mg of ritonavir BID		lipid dapat menyebabkan beberapa efek samping.	
4	Entry inhibitors (this include maravicoc, a chemokine receptor antagonist and enfuvirtide, a fusion inhibitor) MVC: Maraviroc 300 mg BID, with ritonavir reduce dose to 150 mg BID, with EFV or rifampim increase dose to 600 mg BID	Karena MVC adalah antagonis CCR5 yang berikatan dengan koreseptor kemokin pada sel kemokin CD4+ inang, MVC hanya efektif terhadap virus R5.	Biasanya digunakan dalam pengobatan penyembuhan dan keterbukaan terhadap asosiasi pengobatan besar. Tes tropisme virus yang mengungkapkan virus R5 diperlukan untuk virus ini. Tidak menyebabkan oposisi namun pergeseran tropisme mungkin terjadi.	Tidak ada toksisitas yang signifikan yang dilaporkan dengan MVC. Secara klinis dalam uji klinis, 20% infeksi saluran atas dilaporkan.
5	ENF Enfuvirtide 90 mg SC BID	ENF berikatan dengan glikoprotein amplop gp41 yang mencegah pembentukan pori masuk di bagian ujung virus.	Karena hanya dapat digunakan untuk pulih dari pengobatan atau bila pilihan lain tidak praktis, maka hanya tersedia	Respon situs antagonis Sentuhan tinggi Uji klinis telah menunjukkan peningkatan risiko pneumonia bakteri.

No	Obat	Mekanisme Kerja	Karakteristik	Efek Samping
			sebagai obat suntik.	
6	INSTIs (integrase strand transfer inhibitors) RAL (Raltegravir 400 mg BID)	Menahan pertukaran untai DNA ke dalam genom sel inang dan dengan cara ini menahan kombinasi virus. Pasien telah tertipu untuk gagal dengan munculnya resistensi, meskipun hambatan genetik RAL dan EVG lebih rendah.	Obat keluarga yang sangat kuat, in vitro dan in vivo DTG dan RAL ternyata lebih baik dari rutinitas DTG berbasis EFV yang patut dicontoh lebih baik daripada DRV/r	Sekelompok obat yang sangat dilindungi. RAL: Beberapa contoh miopati dan rhabdomyolysis DTG: bisa memperburuk depresi.
7	EVG (Elvitegravir 150 mg + 150 mg of cobicistat as booster)		Cobicistat adalah penghambat sistem p450, interaksi obat-obat yang penting diharapkan.	
8	DTG (Dolutegravir 50 mg OD 50 mg BID for patients failing to RAL or EVG)		DTG meningkatkan kadar metformin	

Sumber: *DHHS HIV guidelines, 2015*

8.2.6 Penatalaksanaan HIV/AIDS pada Orang Dewasa

1. Penggunaan dari Antiretroviral

HAART telah berhasil secara tegas mengurangi angka kematian dan kematian terkait HIV (CDC(a), 2022). Di negara kaya aset, masa depan pasien dengan kontaminasi HIV yang mendekati Keahlian awal bergerak menuju masa depan semua orang (Xia, *et al.*, 2022; Siddiqi, *et al.*, 2016). Berbagai pendahuluan klinis acak telah menunjukkan manfaat ART dalam mengurangi kesuraman dan kematian terkait HIV, tidak peduli apa tingkat asuransi kebal pada jam dimulainya pengobatan (Lundgren, *et al.*, 2015; Severe, *et al.*, 2010). Oleh karena itu, ART harus direkomendasikan untuk semua orang yang terinfeksi HIV.

Berdasarkan pilihan yang tepat dari rutinitas yang mendasari dan kepatuhan pasien yang baik, penyembunyian virologi yang tahan lama (yaitu, pengendalian beban virus yang bertahan lama) dapat dicapai pada hampir semua pasien dengan HIV. Penyembunyian virologi cukup sering mendorong pemulihan imunologi, diikuti oleh penurunan terjadinya penyakit akut dan keganasan. Tujuan penanganan secara tepat antara lain:

- a. Penekanan virus, seperti yang ditunjukkan oleh tingkat RNA HIV-1 di bawah batas deteksi
- b. Pemulihan kekebalan, seperti yang ditunjukkan dengan peningkatan atau pemeliharaan jumlah CD4, dan
- c. Pengurangan komplikasi terkait HIV, termasuk kondisi yang terkait atau tidak terkait dengan HIV.

2. Resiko Penggunaan dari Antiretroviral

Terlepas dari daya tahan yang luar biasa dari rejimen ART modern, efek samping, bahaya obat jangka panjang, dan hubungan obat-obat terus mewakili beberapa anggota keluarga atau risiko terbatas, yang mengharuskan mengarahkan pasien tentang potensi kejadian tidak ramah terkait ART jangka pendek dan jangka panjang. Risiko ini termasuk masalah daya tahan, yang dapat memengaruhi kepuasan pribadi, dan kemungkinan keracunan jangka panjang, terutama masalah ginjal dan kardiovaskular yang umumnya baik-baik saja atau penurunan ketebalan tulang dengan kepentingan klinis yang meragukan (Hoy, *et al.*, 2017; Monteiro, *et al.*, 2014).

Sebuah studi kohort besar menemukan bahwa kejadian RAM yang langka dikaitkan dengan kegagalan virologi dengan rejimen ART saat ini (Scherrer, *et al.*, 2016). Namun, RAM mungkin terjadi dengan perawatan lini pertama saat ini. Perlindungan dari obat ART dapat mempertaruhkan potensi penyembunyian virologis yang berkepanjangan, rencana dosis yang sederhana, dan kurangnya pilihan pengobatan di masa depan.

Sindrom pemulihan kekebalan (IRIS) terkait dengan inisiasi ART. IRIS adalah kelainan klinis yang ditandai dengan ketidaknyamanan baru atau yang tidak dapat ditolak dan tidak dapat dialihkan yang terlihat setelah memulai Pengerjaan. Pertaruhan IRIS meningkat ketika Pengerjaan dimulai pada jumlah CD4 rendah (<100 sel/mm³) atau di hadapan penyakit cekatan yang jelas (Manabe, *et al.*, 2007). Meskipun IRIS bukan alasan untuk berhenti memakai ART, dokter dan pasien harus menyadari bahwa orang dengan jumlah CD4 rendah lebih mungkin mengembangkan IRIS. Pasien berisiko tinggi harus dididik tentang potensi pelemahan klinis yang membingungkan setelah dimulainya pengerjaan.

3. Dasar Pemikiran Inisiasi Antiretroviral (ART) secara Cepat

Agar kepentingan pasien HIV (mengurangi morbiditas dan mortalitas), Program Pedoman Klinis HIV AI NYSDOH dan Departemen Kesehatan dan Layanan Kemanusiaan AS (DHHS) merekomendasikan memulai ART untuk semua pasien dengan diagnosis HIV yang dikonfirmasi, terlepas dari jumlah CD4 atau viral *load* mereka (Lundgren, *et al.*, 2015) dan untuk menurunkan risiko penyebaran ke orang lain (Cohen, *et al.*, 2016). Pengerjaan Awal selama kontaminasi HIV awal dapat bekerja pada pemulihan imunologis (jumlah CD4 Limfosit) dan mengurangi ukuran pasokan HIV (Massanella, *et al.*, 2021), ada juga bukti bahwa memulai ART pada saat diagnosis mengurangi penghentian pengobatan, meningkatkan retensi pengobatan, dan meningkatkan penekanan virus pada tahun tindak lanjut (Ford, *et al.*, 2018).

Pasien HIV mungkin mengalami lebih sedikit penundaan dan tingkat penekanan virus yang lebih tinggi jika ART dimulai dengan cepat. Dimulainya Pengerjaan cepat atau langsung, yang disukai, atau dimulainya setidaknya dalam 3 hari dari tes HIV positif berikutnya adalah metodologi yang didukung oleh *World Health Association* (WHO, 2021) dan bagian penting dari tanggapan Wilayah *New York* terhadap peristiwa wabah. Secara terukur hal itu menunjukkan bahwa metodologi pengujian dan pengobatan, dengan dimulainya Pengerjaan dini dan metodologi pencegahan, dapat mencegah penularan penyakit HIV baru (Granich, *et al.*, 2009).

4. Manfaat bagi pasien dengan HIV

a. Waktu yang lebih singkat untuk penekan virus

Beberapa pendahuluan observasional dan klinis telah menunjukkan manfaat pada tingkat tunggal sejak dimulainya Pengerjaan dengan cepat (Portage, *et al.*, 2018). Pasien di San Francisco, California, yang memulai

ART dalam satu atau dua hari memiliki waktu rata-rata yang lebih pendek (1,8 bulan) untuk penekanan virus (RNA HIV 200 kopi/mL) dibandingkan mereka yang mengikuti protokol pengobatan standar. pengobatan (4,3 bulan) atau dari kontrol otentik (7,2 bulan) (Pilcher, *et al.*, 2017). Tindak lanjut jangka panjang dari 225 pasien di pusat yang sama mengungkapkan bahwa 95,2 persen dari mereka yang memiliki akses ke inisiasi cepat telah mencapai penekanan virus setidaknya sekali dan 92,1 persen telah mencapainya pada kunjungan terakhir yang tercatat (Coffey, *et al.*, 2019).

b. Peningkatan retensi dalam perawatan

Dimulainya pengerjaan dengan cepat mendorong pemeliharaan yang diperluas dalam perawatan (Koenig, *et al.*, 2017; Amanyire, *et al.*, 2016). Pasien yang baru saja didiagnosis dengan HIV secara acak ditugaskan untuk perawatan standar atau inisiasi ART cepat dalam uji coba RapIT Afrika Selatan (Rosen, *et al.*, 2016). Anggota dalam kelompok permulaan cepat memiliki kecepatan permulaan Pengerjaan yang lebih tinggi pada 90 hari (97% *versus* 72%) dan kecepatan pemeliharaan yang lebih tinggi dalam pengobatan dan penyembunyian virus (RNA HIV ≤ 400 duplikat/mL) pada 10 bulan (taruhan relatif, 1,26 (1,05-1,50)).

c. Mengurangi penularan HIV

Menunjukkan bukti merekomendasikan bahwa dimulainya ART dengan cepat pada dasarnya dapat mengurangi area lokal penularan HIV, meskipun hal ini telah ditampilkan secara langsung secara eksklusif di Afrika Selatan (Granich, *et al.*, 2009). Amerika Negara bagian, keterkaitan dan pemeliharaan dalam perawatan HIV sangat menarik dalam kontinum perawatan HIV, dengan perkiraan 74,1% orang dengan HIV mendapatkan perawatan HIV dan 50,6% ditahan selama tahun 2020 (CDC(b), 2020).

5. Konseling dan edukasi sebelum penggunaan Antiretroviral (ART)

Pembicaraan tentang keterampilan harus terjadi ketika hasil tes HIV positif diperoleh, terlepas dari jumlah CD4. Dokter dan pasien harus berbicara tentang keuntungan dari keahlian awal dan faktor individu yang mungkin memengaruhi keputusan untuk memulai, seperti ketersediaan atau keraguan pasien dan batasan kepatuhan. Dokter harus menyertakan pasien dalam siklus dinamis sehubungan dengan dimulainya Pengerjaan (Salzberg Global Seminar, 2011). Ketika spesialis dan pasien terlibat dalam arahan mandiri bersama, pasien terikat untuk memutuskan untuk memulai pengerjaan dan menyelesaikan beban virus yang tidak terlihat (Beach, *et al.*, 2007).

- a. Manfaat ART dini pada pasien tanpa gejala: (terapi dini = inisiasi pada jumlah CD4 >500 sel/mm³)
 - 1) Menurunkan angka kematian dan kematian terkait HIV dan non-HIV (Lundgren, *et al.*, 2015)
 - 2) Penundaan atau penghindaran kerangka yang tidak dapat diterima membagi perbedaan (Lewden, *et al.*, 2007)
 - 3) Potensi bahaya obstruksi antiretroviral yang lebih rendah (Uy, *et al.*, 2009)
 - 4) Mengurangi pertaruhan penularan seksual HIV (Cohen, *et al.*, 2011). HIV tidak dikirim secara fisik ketika beban virus plasma tidak terlihat. Namun, karena kurangnya informasi untuk mendukung penularan pertaruhan penularan melalui berbagi jarum suntik, ART tentu saja bukan pengganti tindakan pencegahan HIV yang esensial, misalnya berusaha untuk tidak berbagi jarum suntik (Politch, *et al.*, 2012).

- 5) Mengurangi pertaruhan beberapa kontaminasi bakteri serius (O'Connor, *et al.*, 2017)
 - 6) Kemungkinan pengurangan ukuran penyimpanan virus dan perlindungan jaringan limfoid terkait perut dengan dimulainya selama HIV intens, misalnya dalam satu setengah bulan pertama (Novelli, *et al.*, 2018)
- b. Kerugian dari ART dini pada pasien tanpa gejala:
- 1) Probabilitas yang lebih penting dari efek sekunder agregat dari ART (Volberding and Deeks, 2010)
 - 2) Potensi peningkatan resistensi pengobatan sebelumnya dan kendala di kemudian hari, pilihan ART jika kepatuhan dan penyembunyian virus tidak ideal (Barth, *et al.*, 2012)
 - 3) Kejadian potensial dari kelemahan pengobatan sebelumnya.
6. Protokol penggunaan (Antiretroviral) ART cepat
- Menjamin bahwa pasien dengan tes skrining imunisasi HIV responsif yang mengantisipasi afirmasi mengetahui keuntungan dari dimulainya pekerjaan cepat, serta yang menyertainya: 1) ART akan dihentikan jika hasil tes konfirmasi negatif dan dihentikan jika hasil tes skrining reaktif positif; 2) tes HIV konfirmasi (diagnostik) akan dilakukan; dan 3) hasil positif palsu masih dapat terjadi.
- Manfaat memulai ART tepat waktu, setelah tes skrining yang mungkin pasti, mengimbangi pertaruhan minimal mengambil ART selama beberapa hari dan kemudian menghentikannya jika dipastikan negatif HIV. Berikan hasil tes HIV yang menguatkan ketika mereka bebas; Jika hasilnya negatif, hentikan penggunaan ART, dan jika hasilnya positif, tekankan kepatuhan dan langkah selanjutnya. Jika pasien tidak akan memulai ART dengan

cepat, diskusikan tentang pilihan untuk menunda dimulainya ART, hubungkan pasien dengan pertimbangan penting HIV, dan kerangkakan tahap selanjutnya.

7. Pemberian penyuluhan pasien HIV reaktif

Hasil skrining reseptif HIV harus mendorong organisasi spesialis risiko untuk menasihati pasien tentang manfaat dan bahaya keterampilan dan tentang penularan HIV. Ketika seorang pasien mendapatkan perawatan ART sekitar waktu yang sama sebagai hasil dari tes HIV reseptif, memberikan pelatihan dan bimbingan untuk menutupi pasien sangat penting.

- a. Penegasan analisis HIV
- b. Awasi pemulihan, kapan pun ditunjukkan
- c. Tetap berpegang pada rutinitas Pengerjaan
- d. Pasien yang bertahan hidup tahu bagaimana menghubungi kelompok pertimbangan untuk mengatasi kemungkinan efek samping obat atau masalah lain
- e. Lingkari kembali ke tampilan klinis
- f. Mengevaluasi pendidikan kesejahteraan (lihat aset di bawah)
- g. Menjelajahi keamanan dan pembayaran obat-obatan yang diharapkan untuk pengobatan yang mengakar, termasuk penentuan toko obat, prasyarat perlindungan dan pemulihan, cicilan bersama, dan top up obat
- h. Mencegah dan mengatasi masalah psikososial yang dapat membuat batasan untuk pengobatan
- i. Merujuk penggunaan zat dan arahan perilaku kesehatan kapan pun ditunjukkan
- j. Merujuk bantuan penginapan kapan pun ditunjukkan.

8. Penilaian medis dan psikososial HIV

Evaluasi klinis pasien dengan hasil tes HIV reseptif baru harus memasukkan serangkaian pengalaman atau tanda atau efek samping dari penyakit akut. Pengerjaan harus ditangguhkan dan pemberian klinis yang sesuai dimulai jika diduga meningitis tuberkulosis atau kriptokokus (WHO, 2021), jika retinitis *sitomegaliviral* manipulatif, atau sebaliknya dengan asumsi pasien memiliki bukti penyakit HIV akut pada penilaian klinis.

Saat mengambil riwayat klinis sebelum memulai pengobatan antiretroviral cepat (pengerjaan), dapatkan beberapa informasi tentang:

- a. Tanggal dan hasil tes HIV terakhir
- b. Status pasangan seks dan rutinitas ART mereka bila diketahui
- c. Penggunaan obat ART sebelumnya, termasuk sebagai profilaksis pra atau pasca keterbukaan, menurut tanggal tujuan
- d. Penyakit penyerta, termasuk riwayat penyakit ginjal atau hati, terutama penyakit infeksi hepatitis B
- e. Dokter meresepkan obat-obatan dan obat-obatan tanpa resep
- f. Kepekaan terhadap obat
- g. Penggunaan zat
- h. Setiap tanda atau efek samping meningitis kriptokokus atau tuberkulosis dinamis, atau perubahan penglihatan terkait retinitis *sitomegalovirus*
- i. Sejarah mental, terutama efek samping yang memberatkan atau gila atau masa lalu yang penuh dengan penghancuran diri
- j. Probabilitas mengatur kehamilan dan persalinan pada orang dengan potensi melahirkan anak.

9. Laboratorium *Baseline* dan Pengujian Resistensi HIV

Semua pasien dengan hasil tes HIV reaktif harus menjalani tes laboratorium dasar. Pemeriksaan yang dilakukan antara lain;

- a. HIV-1/2 antigen/antibodi immunoassay
- b. Tes viral load kuantitatif HIV
- c. Profil resistansi genotip HIV awal
- d. Jumlah sel CD4 awal
- e. Pengujian untuk virus hepatitis A, B, dan C
- f. Panel metabolik komprehensif (klirens kreatinin, profil hati)
- g. Tes kehamilan untuk individu yang berpotensi melahirkan anak
- h. Urinalisis
- i. Skrining sifilis, gonore, dan klamidia sesuai.

10. Prinsip Umum dalam Memilih Regimen untuk Inisiasi ART Secara Cepat

Dokter harus melibatkan pasien mereka ketika menyimpulkan rutinitas ART mana yang mungkin akan menghasilkan kepatuhan, sebelum memulai ART, dokter harus: 1) meninjau penggunaan obat ART pasien di masa lalu, termasuk sebagai PrEP, yang dapat meningkatkan risiko obstruksi awal, 2) menilai komorbiditas dan pengobatan bersama yang sedang berlangsung yang dapat mempengaruhi keputusan rutin untuk memulai ART, 3) pada saat penemuan HIV, dapatkan tes resistensi genotip untuk *protease*, *turn around transcriptase* (A2), dan kualitas *integrase*, 3) menasihati orang-orang yang berpotensi menjadi pembawa anak tentang kemungkinan kehamilan, rencana regeneratif, dan penggunaan kontrasepsi.

Dokter harus memilih rejimen ART awal pilihan mereka untuk pasien *nave* ART. Dokter harus membangun kepatuhan minum obat secara konsisten. Dokter harus melakukan tes viral *load* sebulan setelah memulai ART untuk mengevaluasi reaksi terhadap pengobatan yang diberikan.

8.3 Infeksi Opportunistik

8.3.1 Definisi Infeksi Opportunistik

Infeksi oportunistik adalah infeksi yang disebabkan oleh patogen yang biasanya tidak invasif tetapi dapat menyerang tubuh ketika kekebalan tubuh rendah, seperti pada pasien HIV/AIDS (Agarwal, *et al.*, 2015 ; Balkhair, *et al.*, 2012). Infeksi ini dapat dibawa oleh patogen yang berasal dari luar tubuh (seperti bakteri, jamur, virus, atau protozoa) atau oleh mikrobiota yang sudah ada di dalam tubuh tetapi dikendalikan oleh sistem imun dalam kondisi normal (seperti flora usus normal). Patogen ini memiliki "*opportunity*", atau peluang, untuk menyebabkan manifestasi penyakit sebagai akibat dari penurunan sistem kekebalan tubuh.

Infeksi Opportunistik didefinisikan oleh Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit (CDC) sebagai infeksi yang terjadi lebih sering atau lebih parah pada pasien HIV yang mengalami immunosupresi (Nelson, *et al.*, 2011 ; CDC (d), 2009). Kontaminasi cekatan yang dikelompokkan oleh CDC sebagai Membantu mencirikan infeksi adalah kriptosporidiosis pencernaan (berlangsung selama >1 bulan); Pneumonia yang disebabkan oleh *Pneumocystis carinii* strongyloidosis non-gastrointestinal (GI); toksoplasmosis dan CMV selain hati, limpa dan kelenjar getah bening (KGB); kandidiasis tenggorokan, bronkus atau paru-paru; kriptokokosis sistem sensorik tersebar atau fokal (SSP); *Mycobacterium avium* dan *M. kansasii* dipisahkan dari paru-paru dan kelenjar getah bening; infeksi

herpes simpleks mukokutan yang persisten, aspirasi dan GI; leucoencephalopathy multifokal sedang (PML); Sarkoma Kaposi pada usia <60 tahun; limfoma serebral; penyebaran histoplasmosis; isosporiasis pencernaan; limfoma non-Hodgkin; pneumonitis interstitial limfoid dan banyak mikroorganisme piogenik berusia <13 tahun; mikosis kodiod; ensefalopati HIV; Mycobacterium tuberculosis; kondisi pemborosan; bakteremia Salmonella; pneumonia bakteri berulang; juga, pertumbuhan ganas serviks yang menonjol.

8.3.2 Epidemiologi Infeksi Oportunistik pada Penderita HIV

Infeksi oportunistik adalah pembenaran mendasar untuk rawat inap dan alasan kematian pasien dengan HIV/AIDS, sehingga mereka harus selalu dilihat sebagai penilaian pasien dengan HIV/AIDS (Chu dan Selwyn, 2011). Sejak penemuan kemoprofilaksis yang kuat dan pengobatan antiretroviral campuran, tingkat kematian akibat IO telah menurun drastis, meskipun tetap menjadi penyebab utama kematian dan kematian pada orang dengan HIV (Kaplan dan Masur, 2008; Chu dan Selwyn, 2011). *The Joint Joined Countries Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS) merinci bahwa sebanyak 1,2 juta kematian akibat penyakit terkait AIDS sepanjang tahun 2014, dengan tuberkulosis menjadi penyebab yang paling banyak diketahui (1 dari 5 kematian). Angka ini telah berkurang sebesar 42% dibandingkan dengan puncaknya pada tahun 2004 (UNAIDS, 2014).

Jenis mikroba penyebab IO berbeda-beda di setiap kabupaten. *Pneumocystis jirovecii pneumonia* (PCP), *cryptococcal meningitis*, *cytomegalovirus* (CMV), dan toxoplasmosis adalah infeksi yang lazim di Amerika Serikat dan Eropa. Di sisi lain, TB adalah IO paling umum di negara berkembang seperti Asia Tenggara (Agarwal, *et al.*, 2015). Beberapa pemeriksaan di India menemukan bahwa pada kandidiasis orofaringeal sehari-hari, TB dan buang air besar oleh cryptosporidia adalah IO yang paling

terkenal (Kumar dan Singh, 2015; Ariani, Arya dan Suryana, 2015). Hal yang persis sama juga terlacak di Indonesia. Laporan Pantauan Gugus Tugas Perkuat RI 1987-2009 mencatat IO terbanyak adalah TB, berjanan dan kandidiasis orofaringeal (Depkes R1, 2010). Informasi mengenai profil IO di Bali masih sedikit, ada satu tinjauan di Poliklinik Gawat Darurat Provinsi Wangaya Denpasar Bali pada tahun 2014 yang menemukan IO yang paling terkenal adalah TB, Toksoplasmosis, kandidiasis oral, berbagai IO dan pneumonia (Ariani, Arya dan Suryana, 2015).

8.3.3 Patogenesis Infeksi Oportunistik pada Penderita HIV

Tujuan utama HIV adalah sel yang mengekspresikan partikel reseptor lapisan CD4+, khususnya sel limfosit T. Limfosit T CD4+ berperan penting dalam mengendalikan reaksi resisten terhadap mikroorganisme melalui melakukan kemampuan yang berbeda, mengingat mengaktifkan sel untuk kerangka aman alami (limfosit B, Limfosit sitotoksik, dan sel nonimun), dan mengambil bagian dalam menghambat respons aman (Luchkheeram, *et al.*, 2012). Jumlah limfosit T CD4+ yang rendah akan mengurangi sistem kekebalan terhadap mikroba sehingga pasien menjadi tidak berdaya terhadap IO.

Berkurangnya jumlah limfosit T CD4+ bukan hanya akibat kematian langsung oleh HIV, tetapi juga melibatkan hubungan yang lebih kompleks antara kerangka kerja yang aman bagi inang dan dampak dari replikasi aktif HIV. Penurunan jumlah limfosit T CD4+ setelah kontaminasi HIV terjadi melalui beberapa komponen, khususnya gangguan sekali lagi pembentukan limfosit T oleh timus, dampak penonton dari perkembangan syncytium, perubahan keropos film, kerusakan mitokondria, pemusnahan oleh sel darah putih sitotoksik eksplisit HIV atau melalui tingkat reaksi aman yang tidak masuk akal (Février, Dorgham, dan Rebollo, 2011; Maartens, Celum dan Lewin, 20 14). Komponen utama dari konsumsi limfosit CD4+ adalah efek akhir dari apoptosis, pada sel yang terkontaminasi HIV dan juga pada

sel inang melalui aktivasi yang mendorong pelepasan sel dan susunan syncytial. Syncytia dibentuk oleh kombinasi sel yang tercemar HIV dengan target yang tidak terinfeksi dan kemudian melalui apoptosis yang diperantarai p53. Penghancuran jaringan sel retikuler fibroblastik, pembentukan kolagen dan berkurangnya interleukin 7 sebagai faktor daya tahan mikroorganisme sistem kekebalan juga berperan dalam penurunan limfosit T CD4+ yang tidak bersalah (Maartens, Celum dan Lewin, 2014).

Infeksi berfokus pada populasi CD4+ yang terpisah secara terminal dan meninggalkan pelopor populasi CD4+ yang diperlengkapi untuk menciptakan mikroorganisme sistem kekebalan baru secara terus-menerus sehingga infeksi umumnya memiliki fokus baru untuk melakukan replikasi. Kerusakan CD4+ yang dibedakan segera diikuti dengan peningkatan proliferasi CD4+ baru, yang sebagian dapat menggantikan CD4+ yang mati. Namun, proses regenerasi ini tidak stabil dan melambat dari waktu ke waktu hingga tidak dapat lagi mengimbangi penurunan CD4+ dan muncul gejala imunodefisiensi (Okoye, dan Picker, 2013).

Jumlah limfosit T CD4+ pada individu biasa adalah 500-1600 sel/ μ L darah. Seiring perkembangan infeksi HIV dan membuat penderita HIV lebih rentan terhadap IO, jumlah ini secara bertahap akan turun. Jumlah limfosit T CD4+ merupakan penunjuk terbaik dalam menentukan kelemahan IO sehingga menjadi bantuan dalam mengarahkan kemoprofilaksis (Kaplan dan Masur, 2008). Pasien dengan jumlah limfosit T CD4+ yang telah mencapai 200 sel/ μ L praktis tidak dapat disangkal terkontaminasi dengan IO dan bermanifestasi sebagai Pertolongan. Jangka waktu yang khas dari infeksi HIV hingga tiba di Bantuan adalah 8-10 tahun dengan penurunan limfosit T CD4+ sekitar 50-100 sel/ μ L setiap tahun. Jumlah limfosit T CD4+ yang telah turun di bawah 50 sel/ μ L merupakan kondisi yang

berbahaya dan pasien pada umumnya akan mengalami kematian (Sandhu dan Samra, 2013).

8.3.4 Terapi Antiretroviral pada Penderita HIV dengan Infeksi Oportunistik

Menurut temuan sejumlah penelitian, ART membantu resolusi dan perbaikan IO, serta IO yang saat ini belum tersedia terapi atau profilaksis khusus (Kaplan dan Masur, 2008). Pengobatan antiretroviral tidak dapat mengubah kebutuhan untuk profilaksis antimikroba pada pasien dengan imunosupresi berat, tetapi telah menjadi landasan metodologi untuk mengurangi berbagai infeksi dan siklus terkait HIV (Benson, *et al.*, 2004).

Hubungan antara OI dan HIV bersifat dua arah atau proporsional. Infeksi HIV menyebabkan imunosupresi yang membuka pintu bagi mikroorganisme yang cekatan untuk menyebabkan infeksi, di sisi lain IO juga dapat mengubah arah normal HIV melalui peningkatan beban virus sehingga mempercepat perkembangan dan memperluas penularan HIV (Sandhu dan Samra, 2013; CDC(d), 2009;). Pemberian Kerja dapat mengurangi pertaruhan IO, dan secara bergantian memberikan kemoprofilaksis dan program IO tertentu dapat membantu mengurangi kecepatan perkembangan dan peningkatan HIV di masa mendatang (Masur dan Read, 2015). Hal ini didukung oleh penelitian RCT, pasien yang memulai Pengerjaan pada pertengahan 12 hari sejak awal pengobatan OI telah meningkatkan hasil, seperti yang diperkirakan dengan pergerakan dan penyebaran infeksi, tanpa efek sekunder yang meluas, dibandingkan individu yang memulai Pengerjaan pada pertengahan 45 hari sejak pertunjukan (Zolopa, et al., 2009).

8.3.5 Saat Pemberian Terapi Antiretroviral pada Infeksi Oportunistik

Karena kurangnya data, tidak ada pedoman khusus untuk pemberian ART pada IO (Nelson, 2011). Ada 2 keadaan mendasar yang perlu diperhatikan, yaitu dimulainya Keahlian di IO intensif dan pemberian Kekayaan saat IO terjadi pada pasien yang sedang mendapatkan Kekayaan. Keuntungan dari memulai Keahlian dalam OI intensif termasuk pengembangan lebih lanjut kemampuan ketahanan yang dapat mempercepat pemulihan OI, terutama ketika pengobatan yang layak untuk OI terbatas atau belum tersedia. Manfaat lainnya adalah mengurangi pertaruhan OI yang dihasilkan (Benson, *et al.*, 2004). Peningkatan jumlah dan toksisitas obat, kesulitan membedakan toksisitas yang disebabkan oleh terapi ART atau OI, potensi interaksi obat, dan kemungkinan IRIS adalah alasan mengapa ART tidak boleh dimulai segera setelah IO didiagnosis (Nelson, *et al.*, 2011).

Pengobatan antiretroviral harus segera dimulai pada kasus kriptosporidiosis OI, mikrosporidiosis, CMV, PML dan sarkoma Kaposi; sementara kasus TB, kompleks *Mycobacterium avium*, PCP dan meningitis kriptokokus harus menunggu tanggapan terhadap pengobatan OI kira-kira empat belas hari sebelum dimulainya Pengerjaan (Kemenkes, 2012).

Belum ada pemeriksaan informasi untuk mengusulkan bahwa dimulainya Keahlian akan semakin mengembangkan hasil pada pasien yang telah ditangani dengan Serius untuk IO, sekali lagi Pengerjaan yang dimulai pada IO intensif tidak mempengaruhi antisipasi IO. IO yang terjadi dalam kurun waktu 12 minggu sejak dimulainya Pengerjaan, harus mendapatkan perawatan cepat untuk IO sambil melanjutkan Pengerjaan dan mempertimbangkan untuk mengubah rutinitas Pengerjaan dengan asumsi reaksi peningkatan jumlah Limfosit CD4+ tidak ideal (Benson, *et al.*, 2004).

Namun, permulaan Pengerjaan harus diberikan pada stadium klinis 3 dan 4 penyakit HIV atau terlepas dari stadium klinis jika jumlah $CD4 \leq 350$ sel/mm³. Permulaan Kesejahteraan dilakukan dengan sedikit memperhatikan stadium klinis WHO dan termasuk CD4 koinfeksi TB, koinfeksi Hepatitis B, ibu hamil dan menyusui yang terinfeksi HIV, orang yang terinfeksi HIV yang pasangannya negatif HIV, kelompok populasi kunci (laki-laki yang berhubungan dengan laki-laki (LSL), pekerja seks, klien narkoba (IDU) dan transeksual), serta korban HIV pada populasi umum yang tinggal di daerah berkembang wabah HIV (Kemenkes, 2014; Kemenkes, 2012).

8.3.6 Penatalaksanaan Spesifik Infeksi Oportunistik Tuberkulosis

Tuberkulosis merupakan penyakit menular yang paling banyak diketahui (40%) pada penularan HIV dan merupakan penyebab kematian tertinggi pada ODHA (UNAIDS, 2014; Kemenkes, 2012). Sebagian besar yang terinfeksi kuman TBC tidak akhirnya menjadi lemah karena TBC karena mereka memiliki sistem kekebalan yang baik, dan ini dikenal sebagai penyakit TBC yang menganggur. Infeksi TB yang menganggur tidak dapat dihindari dan tanpa gejala, tetapi dapat dengan mudah berkembang menjadi TB aktif pada orang dengan sistem kekebalan yang lemah, seperti ODHA (Kemenkes, 2012).

Pasien TB yang HIV positif atau ODHA dengan TB disinggung sebagai pasien TB-HIV yang terinfeksi TB. Berdasarkan penilaian WHO, jumlah pasien koinfeksi TB-HIV di dunia mencapai lebih dari 14 juta orang, dengan 3 juta pasien di Asia Tenggara. Menurut Kementerian Kesehatan (2012), epidemi HIV berdampak signifikan terhadap peningkatan kasus tuberkulosis. Akibatnya, upaya pengendalian HIV tidak akan efektif. Setiap jumlah CD4+ dapat mengakibatkan infeksi TB, tetapi pasien dengan jumlah CD4+ kurang dari 200 sel per liter

berisiko lebih tinggi, sehingga ART dan obat anti-TB (OAT) direkomendasikan.



Gambar 8.2. Radiografi dada pada pasien ko-infeksi TB-HIV. Gambar kiri menunjukkan adanya *infiltrat* dengan *kavitas* pada lobus kanan atas. Gambar kanan menunjukkan adanya infiltrat bilateral tanpa kavitas
(Sumber: Elvina, 2015,
<https://erepo.unud.ac.id/id/eprint/10819/>)

1. Penatalaksanaan Koinfeksi TB-HIV

Pengobatan TB segera adalah prinsip panduan untuk mengobati pasien koinfeksi HIV-TB. Pengobatan TB pada pasien yang belum pernah mendapatkan ART adalah dengan memulai OAT terlebih dahulu baru kemudian ART. Keahlian awal dapat dimulai setelah pengobatan TBC dijalani secara menyeluruh, dengan saran paling cepat sekitar empat belas hari dan paling lambat sekitar dua bulan setelah pengobatan TBC dimulai, melanjutkan pengobatan TBC (Kemenkes, 2014). Dimulainya Pengerjaan dalam waktu 2 bulan setelah pengobatan dapat mengurangi peningkatan infeksi HIV, namun memiliki tingkat dampak yang tidak bersahabat dan kejadian tanggapan IRIS yang membingungkan (Benson, *et al.*, 2004). Dimulainya Pengerjaan dalam waktu 4 dua bulan setelah OAT menikmati keuntungan karena dapat

mengidentifikasi pengobatan tertentu yang menyebabkan efek antagonis, mengurangi pertaruhan IRIS dan meningkatkan konsistensi pasien. Permulaan Pengerjaan harus dimulai tidak kurang dari empat belas hari sejak dimulainya pengobatan TB pada pasien dengan CD4 <50 sel/ μ L (Kemenkes, 2014).

Pemberian OAT untuk TB-HIV pada dasarnya setara dengan pengobatan TB tanpa HIV/AIDS, yaitu campuran beberapa jenis obat pada porsi dan waktu yang tepat (Benson, *et al.*, 2004). Rutin OAT diarahkan untuk jangka waktu yang cukup lama, terdiri dari isoniazid (INH) 300 mg PO, rifampisin (RIF) 450 mg atau rifabutin PO, pirazinamid (PZA) 3x500 mg PO dan etambutol (EMB) 3x250 mg PO sehari-hari dalam waktu yang cukup lama pada stadium awal, diikuti INH 600 mg PO dan RIF 450 mg PO 3 kali setiap minggu. cukup lama dalam tahap lanjutan (De Ker dan Masur, 2008). Efavirenz 600 mg PO sebagai Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NNRTI) adalah rejimen ART yang direkomendasikan untuk koinfeksi TB-HIV (Kumar dan Singh, 2014). Nevirapin tidak dipilih sebagai NNRTI karena OAT mengandung rifampisin, yang dapat menurunkan kadar nevirapine dalam darah. Pengobatan antiretroviral yang dapat digunakan adalah zidovudine atau tenofovir + lamivudine + efavirenz. Setelah OAT selesai, efavirenz dapat ditambah dengan nevirapine (Wijaya, 2013).

2. Diare Kriptosporidial

Diare merupakan masalah yang sering ditemukan pada ODHA, yang diperkirakan terjadi pada 30-60% kasus di negara maju dan mencapai 90% di negara berkembang (Patel dan Javadekar, 2015). Parasit protozoa *Cryptosporidium* adalah mikroorganisme dasar yang sedang berjalan dalam pertemuan ini, dengan penyebab paling terkenal adalah *Cryptosporidium parvum* (71,4%) (Patel dan Javadekar, 2015). Menurut pedoman CDC, cryptosporidiosis dianggap

sebagai penyakit terkait AIDS ketika jumlah sel T CD4+ dalam darah turun di bawah 200 sel/L. 8 Gejala klinis Cryptosporidiosis meliputi muncet, diare kronis yang berlangsung lebih dari satu bulan, relaksasi, sakit perut, dan penurunan berat badan (Kumar dan Singh, 2014).

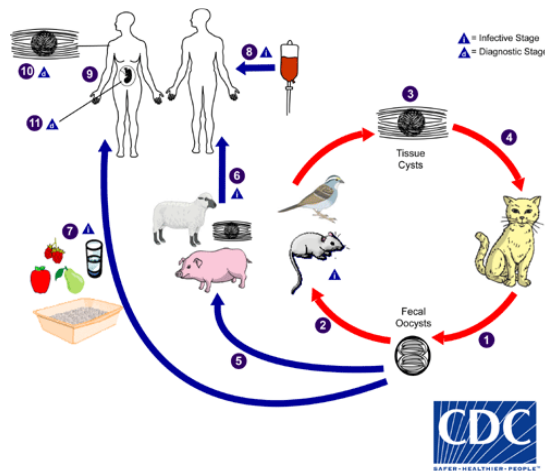
3. Penatalaksanaan Diare Kriptosporidial

Menurut Beeching, Jones dan Gazzard (2011), belum ada obat yang ditemukan efektif untuk mencegah penyakit atau kekambuhan. Setelah pemberian ART, diketahui bahwa gejala kriptosporidiosis menghilang seiring dengan peningkatan status kekebalan. Akibatnya, ART harus dilanjutkan untuk mencegah kekambuhan (Kemenkes, 2014). Beberapa informasi merekomendasikan bahwa rifabutin atau klaritromisin ketika digunakan untuk mencegah infeksi *M. avium* juga akan menurunkan frekuensi kriptosporidiosis, namun informasi ini tidak meyakinkan untuk merekomendasikan obat karena alasan ini (Kaplan dan Masur, 2008). Obat anti-cryptosporidia mungkin perlu ditambahkan pada pasien dengan diare berat untuk memastikan bahwa ART diserap dengan baik. Selama 12 minggu, paromomycin (4x500 mg/hari PO) atau 2x1 g/hari PO dapat digunakan sendiri atau dikombinasikan dengan azitromisin (500 mg/hari PO). Pengobatan elektif lain yang dapat digunakan adalah nitazoxanide 2x500 mg/hari PO selama 3 hari sampai 12 minggu. 32 Pengobatan stabil yang signifikan meliputi hidrasi, amandemen elektrolit, antimotilitas, dan suplementasi yang sehat (Kemenkes, 2014; Beeching, Jones dan Gazzard, 2011).

4. Ensefalitis Toksoplasmik

Toksoplasmosis serebral adalah penyakit yang disebabkan oleh penyakit dengan protozoa *Toxoplasma gondii*, variasi *gondii* atau *gatii*, dalam sistem sensorik manusia (Kemenkes, 2014). Makhluk ini adalah parasit intraseluler yang menyebabkan penyakit tanpa gejala pada

80% orang padat, tetapi menjadi berbahaya pada orang dengan HIV/AIDS. Ensefalitis adalah indikasi utama toksoplasmosis dan paling sering diakibatkan oleh reaktivasi penyakit yang tidak aktif (CDC (d), 2009). Toksoplasmosis adalah penyebab berturut-turut kontaminasi SSP pada pasien HIV/Helps dan umumnya ditemukan pada jumlah CD4+ <200 sel/μL. Efek samping klinis termasuk demam, nyeri otak, dan kekurangan neurologis sentral (Kumar dan Singh, 2014).



Gambar 8.3. Transmisi *Toxoplasma gondii* terjadi terutama melalui kucing yang merupakan pejamu definitif parasit ini. Ookista diekskresikan melalui kotoran kucing dan menjadi infeksius, kemudian menginfeksi pejamu intermediet melalui tanah, air dan makanan (Sumber: Elvina, 2015, <https://erepo.unud.ac.id/id/eprint/10819/>)

5. Penatalaksanaan Ensefalitis Toksoplasmik

Aturan CDC untuk pengobatan ensefalitis toksoplasma adalah pirimetamin (porsi pertama 200 mg PO diikuti 3x25 mg/hari) + sulfadiazin 4x1500 mg PO + leukovorin 3x10-20 mg/hari PO untuk waktu yang sangat lama. 20 mg/hari diizinkan untuk beberapa waktu (Kemenkes, 2014).

6. Kandidiasis Mukokutaneus

Spesies kandida adalah komensal yang sangat normal, dan terlihat seperti pada 75% populasi dari rongga mulut dan plot genital. Kandidiasis orofaringeal adalah IO yang paling terkenal pada pasien HIV, mencapai 80-90% kasus selama periode pra-pengerjaan. Sebagian besar kasus disebabkan oleh *Candida albicans* dan paling sering ditemukan pada CD4+ Jumlah mikroorganisme sistem kekebalan tubuh <200 sel/ μ L. 15 Konsekuensi review di dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta mengamati bahwa IO yang paling banyak diketahui adalah kandidiasis orofaring (80,8%), serta di dr. Kariadi Semarang yang mengalami kandidiasis orofaring pada 79% kasus (Sofro, Angita dan Isbandrio, 2013).

Kandidiasis orofaring muncul sebagai plak atau bercak putih seperti beludru yang dapat digores dengan bagian belakang alat bedah dan mukosa merah bercahaya muncul di bawahnya. Indikasi ini dikenal sebagai pseudomembran dan paling sering ditemukan pada indera perasa yang keras, mukosa gingiva atau bukal dan permukaan dorsal lidah (Gambar 8.3) (Spach and Brave, 2015).



Gambar 8.3 Kandidiasis orofaringeal pada penderita HIV. Tampak pseudomembran pada palatum durum (kiri) serta mukosa gusi dan bukal (kanan) (Sumber: Elvina, 2015, <https://erepo.unud.ac.id/id/eprint/10819/>)

7. Penatalaksanaan Kandidiasis Mukokutaneus

Anjuran pengobatan untuk kandidiasis oral adalah suspensi obat kumur nistatin 4x4-6 ml PO, wadah flukonazol 4x100-400 mg/hari PO atau itrakonazol 4x200 mg/hari PO diberikan selama 7-14 hari, sedangkan untuk kandidiasis esofagus dapat diberikan flukonazol 4x200 mg/hari PO atau secara intravena (IV), itrakonazol 4x200 mg/hari PO atau

amfoterisin B 0,6-1 mg/kg/hari IV selama 14-21 hari.²³ Golongan azol adalah pilihan yang disukai untuk kandidiasis oral dan esofagus karena viabilitasnya dan umumnya aman dari kemunduran (Cartledge dan Freedman, 2011).

Pemberian terapi antiretroviral, yang dimulai segera setelah gejala kandidiasis ditemukan dan merupakan strategi yang paling penting untuk pengelolaan pasien HIV dengan kandidiasis (Beeching, Jones dan Gazzard, 2011).

8. Ensefalitis Toksoplasmik

Kompleksitas masalah neurologis pada pasien HIV dipandang lebih dari 40%, dengan tingkat kematian yang sangat tinggi. Penelitian di Klinik Gawat Darurat Saiful Anwar Malang tahun 2013-2014 menemukan bahwa penyebab terbanyak gangguan saraf pada HIV adalah toksoplasma serebral (39,1%), hal ini berdasarkan hasil pemeriksaan di Poliklinik Umum dr. Menurut Munir dan Candradikusuma (2015), 31% kasus Cipto Mangunkusumo Jakarta menderita toksoplasmosis.

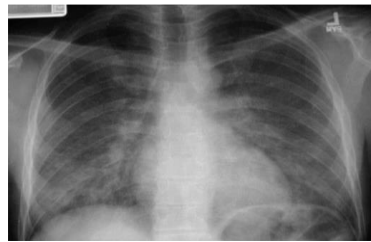
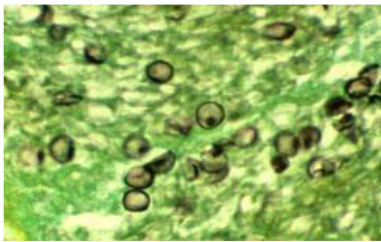
Toksoplasmosis serebral adalah penyakit yang disebabkan oleh kontaminasi protozoa *Toxoplasma gondii*, variasi *gondii* atau *gatii*, pada sistem sensorik manusia (Kemenkes, 2014). Makhluk ini adalah parasit intraseluler yang menyebabkan penyakit asimtomatik pada 80% orang sehat, tetapi menjadi berbahaya pada orang dengan HIV/AIDS. Ensefalitis adalah indikasi mendasar toksoplasmosis dan paling sering diakibatkan oleh reaktivasi kontaminasi tidak aktif (CDC (d), 2009). Toksoplasmosis adalah penyebab berturut-turut kontaminasi SSP pada pasien HIV/Helps dan umumnya ditemukan pada jumlah CD4+ <200 sel/ μ L. Efek samping klinis termasuk demam, nyeri otak, dan kekurangan neurologis sentral (Kumar dan Singh, 2014).

9. Penatalaksanaan Ensefalitis Toksoplasmik

Aturan CDC untuk pengobatan ensefalitis toksoplasma adalah campuran pirimetamin (porsi pertama 200 mg PO diikuti 3x25 mg/hari) + sulfadiazine 4x1500 mg PO + leukovorin 3x10-20 mg/hari PO untuk waktu yang sangat lama (Benson, *et al.*, 2004). Pilihan pengobatan yang tersedia di Indonesia adalah campuran pirimetamin dan klindamisin 3-4 x 300-450 mg/hari PO disertai dengan suplemen asam folat 10-20 mg/hari diperbolehkan untuk waktu yang sangat lama (Kemenkes, 2014).

10. Pneumonia *Pneumocystis*

Pneumocystis jirovecii pneumonia (PCP) disebabkan oleh jamur *Pneumocystis jirovecii* yang banyak ditemukan di lingkungan (Gambar 8.5a). Taksonomi organisme ini telah berubah, yang awalnya dikenal dengan sebutan *Pneumocystis carinii* saat ini hanya ditujukan untuk pneumosistis yang menginfeksi binatang pengerat. Spesies yang menginfeksi manusia diberi nama *Pneumocystis jirovecii*, walaupun untuk singkatannya masih digunakan istilah PCP seperti sebelumnya (*Department of Health and Human Services*, 2015).



Gambar 8.4 a. Jamur *Pneumocystis* yang didapatkan pada paru pasien dengan AIDS. b. Radiografi dada pada penderita HIV dengan *Pneumonia Pneumocystis* menunjukkan karakteristik berupa opasitas granuler simetris bilateral (Sumber: Elvina, 2015, <https://erepo.unud.ac.id/id/eprint/10819/>)

Awal penyakit dengan *P. jirovecii* umumnya terjadi pada masa muda dan PCP terjadi karena pengaktifan kembali fokus infeksi yang tidak aktif atau karena paparan baru terhadap penularan melalui udara (CDC(d), 2009) Sorotan klinis dari PCP terkait HIV termasuk demam, batuk non-sputum, dan sesak napas. Bagian terpenting dari diagnosis adalah radiografi dada, yang menunjukkan opasitas granular, interstitial, bilateral, atau simetris (Gambar 5b) (Huang, *et al.*, 2011).

11. Penatalaksanaan Pneumonia *Pneumocystis*

Keputusan pengobatan untuk PCP adalah TMP-SMX (TMP 15-20 mg/kg/hari + SMZ 75-100 mg/kg/hari) IV dalam 3-4 porsi bagian utara 21 hari. Pengobatan elektif 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 sensitif terhadap sulfa. 0 mg/Hari Dari Hari 11-21. 75% dari dosis prednison diambil sebagai metilprednisolon IV (Benson, *et al.*, 2004).

Pengerjaan yang segera dimulai disukai pada pasien dengan PCP, meskipun waktu permulaan yang ideal saat ini tampaknya tidak dapat ditentukan (Huang, *et al.*, 2011) Korban HIV yang akan memulai Pengerjaan dengan CD4+ <200 sel/ μ L, dianjurkan untuk diberikan TMP-SMX empat belas hari sebelum Pengerjaan. Ini berguna untuk menguji kepatuhan minum obat dan membuang efek samping penutup antara TMP-SMX dan Workmanship, dengan mempertimbangkan bahwa banyak obat Craftmanship memiliki efek sekunder seperti TMP-SMX (Kemenkes, 2014)

Frekuensi dampak tidak bersahabat TMP-SMX sangat tinggi, seperti ruam kulit (termasuk gangguan Stevens-Johnson), demam, leukopenia, trombositopenia, azotemia, hepatitis, hiperkalemia, mual dan regurgitasi, pruritus dan defisiensi besi. Perlakuan yang kuat dan sugestif terhadap

dampak ini harus diupayakan sebelum menghentikan TMP-SMX (Kaplan dan Masur, 208; Benson, *et al.*, 2004).

DAFTAR PUSTAKA

- Amanyire, G., Semitala, F. C., Namusobya, J. 2016. Effects of a multicomponent intervention to streamline initiation of antiretroviral therapy in Africa: a stepped-wedge cluster-randomised trial. *Lancet HIV* 2016;3(11):e539-e548. [PMID: 27658873] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27658873>.
- Barth, R. E., Aitken, S. C. 2012. Tempelman H, et al. Accumulation of drug resistance and loss of therapeutic options precede commonly used criteria for treatment failure in HIV-1 subtype-C-infected patients. *Antivir Ther* 2012;17(2):377-386. [PMID: 22297391] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22297391>
- Beach, M. C., Duggan, P. S., Moore, R. D. 2007. Is patients' preferred involvement in health decisions related to outcomes for patients with HIV? *J Gen Intern Med* 2007;22(8):1119-1124. [PMID: 17514382] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17514382>,
- Beeching, N. J., Jones, R., Gazzard, B. 2011. Gastrointestinal opportunistic infections. *HIV Med.* 2011; 12 (Suppl. 2): 43-54.
- Benson, C. A., Kaplan, J. E., Masur, H., Pau, A., Holmes, K. K. 2004. Treating opportunistic infections among HIV-infected adults and adolescents: recommendations from CDC, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association/Infectious Diseases Society of America. *MMWR*. 2004; 53(RR-15): 1-112.
- Cartledge, J., Freedman A. 2011. Candidiasis. *HIV Med.* 2011; 12 (Suppl. 2): 70-74.
- CDC(a). 2022. HIV surveillance report, 2020. 2022 Aug 26. <https://www.cdc.gov/hiv/library/reports/hiv-surveillance.html> (diakses 5 Juli 2023).

- CDC(b). 2020. *Monitoring selected national HIV prevention and care objectives by using HIV surveillance data United States and 6 dependent areas*, 2020. 2022 Aug. <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/library/reports/surveillance/cdc-hiv-surveillance-supplemental-report-vol-27-3.pdf> [accessed 2023 Feb 8]
- CDC (c). 2018. *About HIV/AIDS | HIV Basics | HIV/AIDS. Centers for Disease Control and Prevention.*
- CDC (d). 2009. *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 and Prevention (c). 2009. *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 and Prevention (d). 2015). *Cryptosporidiosis.* Available at: <http://www.cdc.gov/dpdx/cryptosporidiosis/index.html>. (diakses 5 Juli 2023).
- Coffey, S., Bacchetti, P., Sachdev, D. 2019. RAPID antiretroviral therapy: high virologic suppression rates with immediate antiretroviral therapy initiation in a vulnerable urban clinic population. *AIDS* 2019;33(5):825-832. [PMID: 30882490] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30882490>.

- Cohen, M, S., Chen, Y, Q., McCauley, M. 2011. 2011. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med* 2011;365(6):493-505. [PMID: 21767103] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21767103>.
- Coiras, M., López-Huertas, M, R., Pérez-Olmeda, M., Alcamí, J. 2009. Understanding HIV-1 latency provides clues for the eradication of long-term reservoirs, *Nat. Rev. Microbiol.* 7 (2009) 798–812, <http://dx.doi.org/10.1038/nrmicro2223>.
- Cooper, A., García, M., Petrovas, C., Yamamoto, T., Koup, R, A., Nabel, G, J. 2013. *HIV-1 causes CD4 cell death through DNA-dependent protein kinase during viral integration*, *Nature* 498 (2013) 376–379, <http://dx.doi.org/10.1038/nature12274>
- Crowell, T., Gebo, K., Blankson, J, N., Korthuis, P, T., Yehia, B, R., Rutstein, R, M. 2014. Hospitalization rates and reasons among HIV elite controllers and persons with medically controlled HIV infection, *J. Infect. Dis.* (2014) 1–11, <http://dx.doi.org/10.1093/infdis/jiu809>.
- Cummins, N, W., Badley, A, D. 2010. *Mechanisms of HIV-associated lymphocyte apoptosis: 2010*, *Cell Death Dis.* 1 (2010) e99, <http://dx.doi.org/10.1038/cddis.2010.77>
- DHHS. 2015. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-infected Adults and Adolescents.
- Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2012. *Pedoman nasional tatalaksana klinis infeksi HIV dan terapi antiretroviral pada orang dewasa dan remaja*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2012. p. 1-108.
- Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2012. *Petunjuk teknis tatalaksana klinis ko-infeksi TB-HIV*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2012. p. 1-150.

- Elvina, P., A. 2015. *Penatalaksanaan Dan Pencegahan Infeksi Oportunistik Yang Tersering Pada Penderita Hiv Di Indonesia*. <https://erepo.unud.ac.id/id/eprint/10819/>. (diakses 4 Juli 2023)
- Ford, N., Migone, C., Calmy, A. 2018. Benefits and risks of rapid initiation of antiretroviral therapy. *AIDS* 2018;32(1):17-23. [PMID: 29112073] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29112073>.
- Granich, R, M., Gilks, C, F., Dye, C. 2009. Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model. *Lancet* 2009;373(9657):48-57. [PMID: 19038438] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19038438>.
- Hoy, J, F., Grund, B., Roediger, M. 2017. Immediate initiation of antiretroviral therapy for HIV infection accelerates bone loss relative to deferring therapy: Findings from the START Bone Mineral Density Substudy, a randomized trial. *J Bone Miner Res* 2017;32(9):1945-1955. [PMID: 28650589] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28650589>
- Huang, L., Cattamanchi, A., Davis, L., den Boon, S., Kovacs, J., Meshnick, S., Miller, R, F., Walzer, P, D., Worodria, W., Masur, H. 2011. HIV-associated pneumocystis pneumonia. *Proc Am Thorac Soc*. 2011; 8:294–300.
- Kaplan, J, E., Masur, H. 2008. 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.
- Kazatchkine, M. 2014. *Drug use, HIV, HCV and TB: major interlinked challenges in East-887 ern Europe and Central Asia*, *J. Int. AIDS Soc.* 17 (2014) 19501 (<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4224809&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> , diakses 6 Juli, 2023).

- Keele, B, F., Estes, J, D. 2011. Barriers tomucosal transmission of immunodeficiency viruses, *Blood* 118 (2011) 839–846, <http://dx.doi.org/10.1182/blood-2010-12-325860>.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2014. *Pedoman pengobatan antiretroviral*. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia; 2014. p. 1-121.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Pedoman pengobatan antiretroviral*. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia; 2014. p. 1-121.
- Kementerian Kesehatan RI. 2017. *Program Pengendalian HIV AIDS dan PIMS* [Internet]. 2017. Available from: http://siha.depkes.go.id/portal/files_upload/BUKU_3_PENGENDA LIAN_HIV_COLOR_A5_15x21_cm.pdf
- Kementerian Kesehatan RI. 2018. *Laporan Situasi Perkembangan HIV/AIDS dan PIMS di Indonesia Tahun 2018*. Direktorat Jenderal Pengendali Penyakit dan Penyehatan Lingkung [Internet]. 2018;1±30. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/CBO9781107415324A009/type?book_part.
- Kloosterboer, N., Groeneveld, P, H, P., Jansen, C, A., van der Vorst, T, J, K., Koning, F., Winkel, C, N. 2005. Natural controlled HIV infection: preserved HIV-specific immunity despite undetectable replication competent virus, *Virology* 339 (2005) 70–80, <http://dx.doi.org/10.1016/j.virol.2005.06.001>
- Koenig, S, P., Dorvil, N., Dévieux, J, G. 2017. Same-day HIV testing with initiation of antiretroviral therapy versus standard care for persons living with HIV: A randomized unblinded trial. *PLoS Med* 2017;14(7):e1002357. [PMID: 28742880] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28742880>.
- Kumar, A., Singh, A, K. 2014. HIV related opportunistic infections: a system wise approach. *J Evolution Med Dental Sci*. 2014; 3(58): 13152-61.

- Lambotte, J., Delfraissy, F. 2006. HIV controllers: a homogeneous group of HIV-1 infected patients with a spontaneous control of viral replication, *Pathol. Biol. (Paris)* 54 (2006) 566–571, <http://dx.doi.org/10.1016/j.patbio.2006.07.035>.
- Lane, H, C. 2011. *Infections due to Human Immunodeficiency Virus and other human retrovirus. Dalam: Longo DL, editor. Harrison's Principles of Internal Medicine*. Edisi ke-18. USA: McGraw-Hill.
- Le, T., Wright, E, J., Smith, D, M., He, W., Catano, G., Okulicz, J, F. 2013. *Enhanced CD4+T-cell recovery with earlier HIV-1 antiretroviral therapy*, *N. Engl. J. Med.* 368 (2013) 218–230, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1110187>.
- Leach-Kemon, K., D. Shepard, K. O'Rourke, A. VanderZanden. 2015. *HIV Worldwide 1990-882 2013*, *J. Am. Med. Assoc.* 314 (2015) 1552, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2015>.
- Levinson, W. 2010. *Human Immunodeficiency Virus*. Dalam: Weitz M, Naglieri C. *Review of Medical Microbiology and Immunology*. Edisi ke-11. Philadelphia: McGraw Hill.
- Lewden, C., Chene, G., Morlat, P. 2007. HIV-infected adults with a CD4 cell count greater than 500 cells/mm³ on long-term combination antiretroviral therapy reach same mortality rates as the general population. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007;46(1):72-77. [PMID: 17621240] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17621240>,
- Lundgren, J, D., Babiker, A, G., Gordin, F. 2015. Initiation of antiretroviral therapy in early asymptomatic HIV infection. *N Engl J Med* 2015;373(9):795-807. [PMID: 26192873] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26192873>
- Manabe, Y, C., Campbell, J, D., Sydnor, E. 2007. Immune reconstitution inflammatory syndrome: risk factors and treatment implications. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007;46(4):456-462. [PMID: 18077835] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18077835>.

- Martoni, W. 2012. *Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien HIV/AIDS di poliklinik khusus rawat jalan bagian penyakit dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang periode Desember 2011-Maret 2012*. Jurnal.
- Massanella, M., Bender Ignacio, R, A., Lama, J, R. 2021. Long-term effects of early antiretroviral initiation on HIV reservoir markers: a longitudinal analysis of the MERLIN clinical study. *Lancet Microbe* 2021;2(5):e198-e209. [PMID: 35544209] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35544209>.
- Matreyek, K, A., Engelman, A. 2013. Viral and cellular requirements for the nuclear entry of retroviral preintegration nucleoprotein complexes, *Viruses* 5 (2013) 2483–2511, <http://dx.doi.org/10.3390/v5102483>.
- Mendoza, D., Johnson, S, A., Peterson, B, A., Natarajan, V., Salgado, M., Dewar, R, L. 2012. Comprehensive analysis of unique cases with extraordinary control over HIV replication, *Blood* 119 (2012) 4645–4655, <http://dx.doi.org/10.1182/blood-2011-10-381996>.
- Miller, C, J., Li, Q, Abel, K., Kim, E, Y., Ma, Z, M., Wietgreffe, S. 2005. Propagation and dissemination of infection after vaginal transmission of simian immunodeficiency virus, *J. Virol.* 79 (2005) 9217–9227, <http://dx.doi.org/10.1128/JVI.79.14.9217-9227.2005>.
- Monteiro, N., Branco, M., Peres, S. 2014. The impact of tenofovir disoproxil fumarate on kidney function: four-year data from the HIV-infected outpatient cohort. *J Int AIDS Soc* 2014;17(4 Suppl 3):19565. [PMID: 25394072] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25394072>.
- Munir, B., Candradikusuma D. 2013. Manifestasi HIV/AIDS pada kasus neurologi: studi epidemiologi di Rumah Sakit Saiful Anwar Malang tahun 2013-2014. *J MNJ.* 2015; 1(1): 6-10.

- Novelli, S., Lecuroux, C., Avettand-Fenoel, V. 2018. Long-term therapeutic impact of the timing of antiretroviral therapy in patients diagnosed with primary human immunodeficiency virus type 1 infection. *Clin Infect Dis* 2018;66(10):1519-1527. [PMID: 29211834]
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29211834>
- O'Connor, J., Vjecha, M.J., Phillips, A, N. 2017. Effect of immediate initiation of antiretroviral therapy on risk of severe bacterial infections in HIV-positive people with CD4 cell counts of more than 500 cells per muL: secondary outcome results from a randomised controlled trial. *Lancet HIV* 2017;4(3):e105-e112. [PMID: 28063815]
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28063815>
- Department of Health and Human Services. 2015. *Panel on Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Adolescents. Guidelines for the prevention and treatment of opportunistic infections in HIV-infected adults and adolescents: recommendations from the Centers for Disease Control and Prevention, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America..* p. 1-441.
- Patel, S, D., Javadekar, T, B., Kinariwala, D, M. 2015. Enteric opportunistic parasitic infections in HIV seropositive patients at tertiary care teaching hospital. *NJMR*. 2015; 5(3): 190-3.
- Pilcher, C, D., Ospina-Norvell, C., Dasgupta, A. 2017. The effect of same-day observed initiation of antiretroviral therapy on HIV viral load and treatment outcomes in a US public health setting. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2017;74(1):44-51. [PMID: 27434707]
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27434707>

- Politch, J, A., Mayer, K, H., Welles, S, L. 2012. Highly active antiretroviral therapy does not completely suppress HIV in semen of sexually active HIV-infected men who have sex with men. *AIDS* 2012;26(12):1535-1543. [PMID: 22441253] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22441253>.
- Rosen, S., Maskew, M., Fox, M, P. 2016. Initiating antiretroviral therapy for HIV at a patient's first clinic visit: the RapIT Randomized Controlled Trial. *PLoS Med* 2016;13(5):e1002015. [PMID: 27163694] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27163694>.
- Salzberg Global Seminar. 2011. *Salzberg statement on shared decision making*. *BMJ* 2011;342:d1745. [PMID: 21427038] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21427038>,
- Scherrer, A, U., von Wyl, V., Yang, W, L. 2016. Emergence of acquired HIV-1 drug resistance almost stopped in Switzerland: A 15-year prospective cohort analysis. *Clin Infect Dis* 2016;62(10):1310-1317. [PMID: 26962075] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26962075>
- Severe, P., Juste, M, A., Ambroise, A. 2010. Early versus standard antiretroviral therapy for HIV-infected adults in Haiti. *N Engl J Med* 2010;363(3):257-265. [PMID: 20647201] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20647201>
- Shaw, G, M., Hunter, E. 2012. HIV transmission, Cold Spring Harb. Perspect. Med. 2 (2012) <http://dx.doi.org/10.1101/cshperspect.a006965>.
- Siddiqi, A, E., Hall, H, I., Hu X. 2016. Population-based estimates of life expectancy after HIV diagnosis: United States 2008-2011. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2016;72(2):230-236. [PMID: 26890283] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26890283>
- Sofro, M, A, U., Angita, I., Isbandrio, B. 2013. Karakteristik pasien HIV/AIDS dengan kandidiasis orofaringeal di RSUP dr. Kariadi Semarang. *Med Hosp*. 2013; 1(3): 164-8.

- Spach, D, H., Gallant, J, E. 2015. HIV Web Study. Oral manifestation. Available at: <http://hiv.uw.edu/oral/case1/discussion.html>. (diakses 8 juli 2023).
- Sued, O., Inés, Figueroa, M, I., Cahn, P. 2016. Clinical challenges in HIV/AIDS: Hints for advancing prevention and patientmanagement strategies, *Adv. Drug Deliv. Rev.* (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.addr.2016.04.016>
- UNAIDS. 2011. *Terminology Guidelines*, 2011 1–31.
- UNAIDS. 2014. 90–90–90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic, http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en_0.pdf2014 (diakses 4 Juli 2023).
- UNAIDS. 2015. *How AIDS Changed Everything*, 2015
- UNAIDS. 2018. *Treatment Cascade*. 2018. Available from: <http://aidsinfo.unaids.org/>
- UNICEF, PAHO, WHO. 2015. *Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and 885 syphilis in the Americas*, 2015.
- Uy, J., Armon, C., Buchacz, K. 2009. Initiation of HAART at higher CD4 cell counts is associated with a lower frequency of antiretroviral drug resistance mutations at virologic failure. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2009;51(4):450-453. [PMID: 19474757] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19474757>,
- Volberding, P, A., Deeks, S, G. 2010. Antiretroviral therapy and management of HIV infection. *Lancet* 2010;376(9734):49-62. [PMID: 20609987] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20609987>
- Wang, W, K., Chen, M, Y., Chuang, C, Y., Jeang, K, T., Huang, L, M. 2016. Molecular biology of human immunodeficiency virus type 1, *J. Microbiol. Immunol. Infect.* 33 (2000) 131–140 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11045374>, accessed March 6, 2016).

- WHO. 2019. Tuberculosis [Internet]. 2019. Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>.
- WHO. 2021. *Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach*. 2021 16 Jul. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593> (diakses 8 juli 2023)
- Wijaya, I, M, K. 2013. Infeksi HIV (Human Immunodeficiency Virus) pada penderita Tuberkulosis. *Seminar Nasional FMIPA UNDIKSHA III*; 2013. p. 295-303.
- Xia, Q., Maduro, G, A., Li, W. 2022. Life expectancy among people with HIV in New York City, 2009-2018. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2022. [PMID: 36084201] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36084201>

BAB 9

STIGMA MASYARAKAT DAN TENAGA KESEHATAN TENTANG ORANG DENGAN HIV AIDS

Oleh Wira Daramatasia

9.1 Pendahuluan

Salah satu tantangan terbesar dalam penanganan dan pencegahan HIV/AIDS adalah stigma masyarakat dan tenaga kesehatan terhadap penderita penyakit ini. Persepsi negatif, ketakutan, dan diskriminasi terhadap orang yang hidup dengan HIV/AIDS masih sangat memengaruhi kehidupan mereka, meskipun kemajuan medis yang signifikan telah dilakukan. Dalam situasi ini, penting bagi kita untuk mempelajari akar masalah stigma ini, memahami lebih lanjut bagaimana hal itu berdampak pada individu dan masyarakat, dan menemukan solusi dan metode yang berguna untuk mengurangi stigma dan meningkatkan inklusi orang dengan HIV/AIDS (ODHIV).

9.2 Definisi Stigma

Stigma didefinisikan sebagai suatu proses sosial di mana individu atau kelompok individu diberi label, dicap, atau ditandai dengan atribut negatif yang menyebabkan mereka dianggap berbeda, inferior, atau tidak dapat diterima dalam lingkungan sosial tertentu. Stigma biasanya terjadi karena perbedaan individu atau kelompok dalam hal karakteristik fisik, identitas sosial, status kesehatan, atau atribut lainnya yang dianggap tidak sesuai dengan norma atau harapan (Corrigan, 2014).

Stereotip, prasangka, diskriminasi, dan penolakan sosial adalah beberapa bentuk stigma. Stereotip adalah generalisasi yang berlebihan dan sering kali salah tentang individu atau kelompok tertentu, sedangkan prasangka merujuk pada sikap atau persepsi negatif yang berasal dari stereotip. Diskriminasi didefinisikan sebagai perlakuan yang tidak adil atau merugikan terhadap seseorang atau kelompok karena stigma yang melekat pada mereka. Penolakan sosial adalah ketika seseorang atau kelompok dikeluarkan, diisolasi, atau dikeluarkan dari lingkungan sosial mereka.

Stigma dapat terjadi di banyak situasi, tidak terbatas pada agama, kesehatan, ras, gender, orientasi seksual, atau disabilitas. Hal ini dapat berdampak besar pada kualitas hidup orang yang terkena stigma, dengan konsekuensi kerugian sosial, emosional, dan psikologis.

Stigma adalah hasil dari interaksi sosial, norma, dan struktur kekuasaan di masyarakat, bukan sifat bawaan dari individu atau kelompok yang dilabeli. Mengatasi stigma berarti mendapatkan pemahaman yang lebih baik tentang kesulitan dan kerentanan yang dialami individu atau kelompok yang terkena dampaknya, serta berusaha untuk mengubah persepsi, sikap, dan tindakan yang mendukung stigmatisasi.

9.3 Konsep Stigma

Konsep stigma mengacu pada persepsi, evaluasi, dan penilaian negatif terhadap individu atau kelompok berdasarkan karakteristik tertentu yang dianggap melanggar norma atau harapan sosial. Berikut konsep stigma (Parekh & Childs, 2016);

1. Labeling adalah stigmatisasi, yang berarti memberi label atau mencap seseorang atau kelompok dengan sifat yang dianggap tidak baik atau tidak sesuai dengan norma. Tanda-tanda ini dapat berupa diagnosis medis, identitas sosial, atau atribut lain yang dianggap tidak diinginkan. Label ini dapat menandai

seseorang sebagai "berbeda" dan dapat memengaruhi cara mereka dilihat orang lain.

2. Stereotip dan Prasangka: Stereotip dan prasangka yang berkembang dalam masyarakat sering kali menjadi dasar stigma. Stereotip adalah pandangan umum, sering kali berlebihan, tentang kelompok atau individu berdasarkan karakteristik yang dianggap khas. Prasangka adalah sikap negatif, praduga, atau penilaian sebelumnya yang mungkin berasal dari stereotip dan dapat berdampak pada cara kelompok atau individu tersebut diperlakukan dan dipandang oleh masyarakat.
3. Diskriminasi: Stigma dapat menyebabkan perlakuan yang tidak adil, diskriminasi, atau penolakan sosial terhadap individu atau kelompok yang diidentifikasi sebagai stigmatis. Tindakan yang merugikan atau membatasi akses individu atau kelompok terhadap sumber daya, kesempatan, atau layanan yang disebabkan oleh stigma yang melekat pada mereka juga termasuk dalam diskriminasi. Diskriminasi ini terjadi di berbagai bagian kehidupan kita, seperti interaksi sosial, pekerjaan, pelayanan kesehatan, dan pendidikan.
4. Dampak Negatif: Stigma dapat berdampak besar pada individu atau komunitas yang terkena dampaknya. Hal ini dapat termasuk penurunan kualitas hidup, stres psikologis dan depresi, isolasi sosial, kesulitan menemukan pekerjaan, dan kesulitan mendapatkan perawatan kesehatan yang memadai. Selain itu, Stigma dapat menghalangi seseorang atau kelompok tersebut untuk mengungkapkan diri, mencari dukungan sosial, atau berpartisipasi dengan bebas dalam kehidupan masyarakat.
5. Sistemik dan Struktural: Stigma berhubungan erat dengan faktor sosial, budaya, dan struktural yang mendukung atau memperkuat stereotip, prasangka, dan diskriminasi. Struktur dan sistem kekuasaan, seperti kebijakan publik, norma sosial, dan hierarki sosial, dapat mempengaruhi dan mempertahankan stigma dalam masyarakat.

Hal penting untuk mengurangi stigma, mendorong inklusi, dan menciptakan lingkungan yang lebih adil dan menghargai keberagaman. Memahami konsep stigma membantu mengidentifikasi dan memahami bagaimana stigma dibentuk, berkembang, dan berdampak pada individu atau kelompok yang terkena dampaknya.

9.4 Stigma Masyarakat Terhadap ODHIV

Masyarakat umum dapat mengisolasi dan melabeli orang dengan HIV/AIDS (ODHIV) dengan berbagai cara, yang dapat berdampak negatif pada ODHIV. Berikut adalah beberapa cara umum yang digunakan masyarakat untuk melakukan ini (Liamputtong,, 2013):

1. Stigma dan Diskriminasi: Kurang pemahaman tentang HIV/AIDS seringkali menyebabkan stigma masyarakat terhadap ODHIV. ODHIV seringkali disalahkan atau disematkan stigma negatif, seperti tidak bertanggung jawab, promiskuitas, atau berbahaya bagi orang lain. Diskriminasi dapat terjadi karena prasangka dalam berbagai aspek kehidupan kita, seperti di tempat kerja, dalam keluarga, di rumah sakit, dan dalam interaksi sosial.
2. Penolakan Sosial: ODHIV menghadapi penolakan sosial dari keluarga, teman, dan masyarakat secara keseluruhan. Penolakan sosial ini dapat berupa penolakan untuk berinteraksi, isolasi, atau pengucilan. Penolakan sosial ini dapat menyebabkan individu merasa terasing, kesepian, dan sulit mendapatkan dukungan sosial yang mereka butuhkan.
3. Stigma Sekunder: Selain stigma yang dialami oleh ODHIV, keluarga atau pasangan mereka juga dapat menghadapi stigma, diskriminasi, dan isolasi sosial. Hal Ini dapat menyebabkan ODHIV mengalami lebih banyak beban emosional dan terisolasi dari sistem dukungan.
4. Pelabelan Identitas: ODHIV sering diidentifikasi oleh masyarakat karena status HIV/AIDS mereka, yang dapat membuat mereka menjadi sasaran prasangka, perhatian

- negatif. Pelabelan ini dapat menyebabkan ODHIV terpinggirkan, merasa tidak dihargai, atau kehilangan privasi.
5. Kerugian dalam Pekerjaan dan Layanan: Stigma masyarakat terhadap ODHIV dapat berdampak pada kesempatan kerja dan akses ke layanan. Diskriminasi sering terjadi pada ODHIV ketika mereka dipekerjakan, promosi, atau dipecat. Selain itu, konflik ini dapat berdampak pada akses mereka terhadap layanan sosial seperti pendidikan, perumahan, dan layanan kesehatan.

Untuk mengurangi stigma, diskriminasi, dan isolasi yang dialami oleh ODHIV, penting untuk mendukung inklusi, kesadaran, dan edukasi yang akurat tentang HIV/AIDS. Dukungan sosial, pemahaman, dan pengetahuan yang luas dalam masyarakat dapat membantu menciptakan lingkungan yang lebih inklusif dan mendukung ODHIV.

Berikut adalah beberapa contoh stigma yang dialami oleh orang dengan HIV/AIDS (ODHIV) dalam berbagai aspek kehidupan (Liamputtong, 2013):

1. Stigma di Tempat Kerja: Orang-orang ODHIV seringkali di diskriminasi di tempat kerja. Mereka mungkin dihadapkan pada prasangka negatif atau ketakutan bahwa mereka akan terinfeksi HIV, yang dapat menghambat mereka dalam mencari pekerjaan, mempertahankan pekerjaan, atau maju di tempat kerja. Contoh diskriminasi di tempat kerja dapat termasuk pemecatan yang tidak adil, penolakan untuk memberikan hak-hak yang setara di tempat kerja, atau perlakuan yang tidak adil dari rekan kerja.
2. Stigma dalam Keluarga: ODHIV dapat menghadapi stigma dan penolakan keluarga. Beberapa anggota keluarga mungkin tidak memiliki pemahaman yang memadai tentang HIV/AIDS atau memiliki prasangka yang salah tentang bagaimana virus tersebut dapat menyebar. Ini dapat mengakibatkan isolasi, pertengkaran keluarga, atau bahkan pengusiran dari rumah. Keluarga yang memiliki stigma dapat membuat ODHIV merasa tidak didukung secara fisik dan emosional.

3. Diskriminasi dalam Interaksi Sosial: ODHIV mungkin menghadapi diskriminasi dan stigma dalam interaksi sosial mereka setiap hari. Teman-teman, tetangga, atau komunitas tempat tinggal mereka mungkin menolak mereka. Stigma ini dapat menyebabkan pengucilan, isolasi sosial, atau perlakuan yang tidak adil berdasarkan stereotip atau prasangka negatif.
4. Stigma dalam Pelayanan Kesehatan: ODHIV mungkin menghadapi diskriminasi dan stigma di fasilitas kesehatan. Mereka mungkin dihadapkan pada sikap negatif dari tenaga kesehatan, ketidakadilan dalam pengobatan atau perawatan, atau penolakan untuk mendapatkan layanan medis yang mereka butuhkan. Hal ini dapat menghambat akses mereka terhadap perawatan medis yang tepat, yang dapat berdampak pada kesehatan dan kualitas hidup mereka.
5. Stigma dalam Kehidupan Sosial dan Hubungan: ODHIV dapat distigmatisasi dan di diskriminasi dalam kehidupan sosial dan hubungan antarpersonal. Karena status HIV/AIDS mereka, mereka mungkin dihindari, dijauhi, atau dianggap berbahaya oleh orang lain. Stigma ini dapat menyebabkan kesulitan dalam membangun dan mempertahankan hubungan intim atau sosial yang sehat.

Media massa sangat berperan dalam membentuk stigma masyarakat terhadap berbagai masalah, termasuk stigma terkait HIV/AIDS. Berikut ini adalah beberapa cara media massa dapat mempengaruhi pembentukan stigma:

1. Representasi Negatif: Media massa dapat mewakili HIV/AIDS secara negatif dengan menggunakan bahasa, gambar, dan narasi yang memperkuat stereotip dan prasangka yang sudah ada. Contohnya, mereka dapat menggambarkan ODHIV sebagai orang yang berbahaya, tidak bertanggung jawab, atau pantas dijauhi, sehingga memperkuat stigma masyarakat terhadap HIV/AIDS.
2. Sensasionalisme: Untuk menarik perhatian pembaca atau penonton, media massa biasanya mencari berita atau cerita yang sensasi dan kontroversi. Hal ini dapat menyebabkan penekanan pada kasus-kasus unik atau tidak biasa dalam

konteks HIV/AIDS, yang dapat meningkatkan persepsi negatif dan stereotip.

3. Salah Informasi: Media massa terkadang menyebarkan informasi yang tidak akurat atau tidak lengkap tentang HIV/AIDS, yang dapat menyebabkan ketidakpahaman dan pengetahuan yang salah di masyarakat, yang pada gilirannya memperkuat stigma dan prasangka terhadap ODHIV. Informasi yang tidak akurat atau tidak terverifikasi juga dapat menimbulkan ketakutan dan menghambat upaya pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS.
4. Kurangnya Representasi yang Seimbang: Kegagalan media untuk menyampaikan keberagaman individu yang hidup dengan HIV/AIDS dapat menyebabkan stereotip dan generalisasi yang tidak akurat, yang pada gilirannya memperkuat prasangka dan stigma masyarakat.
5. Pengaruh Opini Publik: Media massa memiliki kekuatan untuk membentuk opini publik dan sikap sosial terhadap HIV/AIDS. Stigma dan prasangka yang ditanamkan oleh media dapat menghambat upaya pencegahan, pengujian, dan perawatan HIV/AIDS serta mempengaruhi kesejahteraan dan kualitas hidup ODHIV.

Jika digunakan dengan baik, media massa juga dapat menjadi alat yang kuat dalam memerangi stigma dan meningkatkan pemahaman tentang HIV/AIDS. Dengan mempromosikan representasi yang seimbang, informasi yang akurat, dan narasi yang empati, media massa dapat berperan dalam mengubah persepsi dan mengurangi stigma yang terkait dengan HIV/AIDS dalam masyarakat.

9.5 Stigma Tenaga Kesehatan Terhadap ODHIV

Ada beberapa mekanisme dan faktor yang dapat menyebabkan stigma terhadap HIV/AIDS di kalangan tenaga kesehatan. Berikut adalah beberapa faktor yang dapat

menyebabkan stigma terhadap HIV/AIDS di kalangan tenaga kesehatan (Liamputtong,, 2013):

1. Ketidapkahaman dan Ketakutan: Tenaga kesehatan yang kurang berpengetahuan atau kurang memahami tentang HIV/AIDS dapat takut terhadap penularan virus dan risiko yang terkait dengan pekerjaan mereka. Ketidapkahaman ini dapat menyebabkan persepsi negatif dan prasangka terhadap ODHIV, yang berdampak pada interaksi dan layanan yang mereka berikan.
2. Stereotip dan Prasangka: Sikap dan perilaku tenaga kesehatan terhadap ODHIV dapat dipengaruhi oleh stereotip dan prasangka yang berkembang dalam masyarakat tentang HIV/AIDS. Stereotip ini mungkin mestigmatisasi dan memperlakukan ODHIV dengan cara-cara seperti menganggap mereka bertanggung jawab atas infeksi mereka sendiri atau berperilaku tidak bertanggung jawab.
3. Ketakutan akan Penularan: Ketakutan akan penularan HIV dapat memengaruhi perilaku dan sikap tenaga kesehatan terhadap ODHIV. Mereka mungkin merasa cemas atau takut akan terpapar HIV selama perawatan dan pengobatan mereka. Kecemasan ini dapat menyebabkan tenaga kesehatan menjauh dari ODHIV, memberikan perawatan yang tidak adil, atau menolak mereka.
4. Norma Profesional dan Kepatuhan: Beberapa tenaga kesehatan mungkin merasa bahwa memberikan perawatan kepada ODHIV melanggar etika atau norma profesional mereka, yang dapat menyebabkan sikap atau perlakuan yang tidak adil atau kurang empati terhadap mereka.
5. Stigma Internal: tenaga kesehatan kadang-kadang menjadi bagian dari stigma masyarakat terhadap HIV/AIDS. Mereka mungkin mengalami ketakutan atau kecemasan saat merawat atau berinteraksi dengan ODHIV karena kepercayaan pribadi atau stereotip yang mereka peroleh dari lingkungan sosial mereka.

9.6 Dampak Stigma Terhadap ODHIV

Stigma dalam konteks HIV/AIDS terhadap tenaga kesehatan termasuk penurunan kualitas perawatan, diskriminasi, dan penolakan terhadap ODHIV. Stigma yang dialami oleh ODHIV dalam konteks kesehatan dapat menghambat akses mereka terhadap perawatan yang layak, memengaruhi kepatuhan mereka terhadap pengobatan, dan menyebabkan mereka merasa malu atau tidak aman saat mendapatkan perawatan kesehatan.

Untuk mengurangi stigma di kalangan tenaga kesehatan melibatkan edukasi, pelatihan sensitivitas budaya, dan meningkatkan kesadaran tentang hak-hak dan perlindungan ODHIV. Penting untuk mendorong sikap yang tidak stigmatis, empati, dan profesionalisme saat berinteraksi dengan tenaga kesehatan, yang dapat berdampak pada kualitas perawatan dan pengobatan (Parekh & Childs, 2016).

Tabel 9.1 Bentuk Diskriminasi dan Dampak

Bentuk Diskriminasi di Masyarakat	Dampak
Stigma dan Diskriminasi Masyarakat: ODHIV mengalami stigmatisasi dan diskriminasi di masyarakat, dapat membuat mereka menghadapi penolakan, pengucilan, atau perlakuan yang tidak adil. Stereotip dan prasangka masyarakat terhadap ODHIV juga dapat memengaruhi interaksi sehari-hari mereka dan menghambat mereka untuk mendapatkan	• Penundaan dalam mendapatkan perawatan: ODHIV mungkin menunda untuk mendapatkan perawatan karena takut distigmatisasi dan di diskriminasi dalam interaksi dengan masyarakat. • Penghambatan dalam kepatuhan: Stigma masyarakat dapat memengaruhi kepatuhan ODHIV terhadap pengobatan dan perawatan, karena mereka mungkin merasa malu saat mendapatkan perawatan.

Bentuk Diskriminasi di Masyarakat	Dampak
dukungan dan perawatan yang mereka butuhkan.	
Kurangnya Dukungan Sosial: ODHIV seringkali membutuhkan dukungan sosial yang kuat selama perjalanan mereka. Namun, jika mereka tidak mendapatkan dukungan dari masyarakat, teman, atau keluarga mereka, mereka dapat merasa terisolasi, kesepian, atau tidak didukung.	• Kesejahteraan mental yang terganggu: Kurangnya dukungan sosial dapat berdampak negatif pada kesejahteraan mental ODHIV, meningkatkan risiko depresi, kecemasan, dan isolasi sosial, dan dapat mempengaruhi keinginan mereka untuk mengambil obat HIV/AIDS dan kepatuhan mereka (Bourgeois <i>et al.</i>, 2022). • Kurangnya dukungan praktis: Kurangnya dukungan sosial juga dapat berarti bahwa ODHIV tidak memiliki bantuan nyata dalam mendapatkan perawatan, mengelola pengobatan, atau menjaga kualitas hidup yang baik.
Ketidakpahaman dan Ketakutan Masyarakat: Orang-orang ODHIV mungkin lebih kesulitan berinteraksi dengan orang lain jika mereka tidak memahami atau takut akan penularan HIV/AIDS. Ini karena mereka akan penularan yang tidak beralasan, yang berdampak pada hubungan dan interaksi	• Perilaku menghindari dan isolasi: Ketidakpahaman dan ketakutan masyarakat dapat menyebabkan orang menghindari atau mengisolasi ODHIV, yang berdampak pada kualitas interaksi dan dukungan sosial yang mereka terima. • Kesulitan dalam mendapatkan informasi: Karena banyak orang tidak tahu tentang HIV/AIDS, ODHIV mungkin kesulitan mendapatkan informasi yang

Bentuk Diskriminasi di Masyarakat	Dampak
ODHIV dengan masyarakat.	akurat dan bermanfaat tentang pengobatan dan perawatan yang diperlukan.
Bentuk Diskriminasi di Tenaga Kesehatan	Dampak
Stigma dan Diskriminasi: Salah satu tantangan utama bagi ODHIV yang bekerja dengan tenaga kesehatan adalah stigma dan diskriminasi. Mereka mungkin distigmatisasi dengan sikap dan perilaku seperti perlakuan yang tidak adil, penolakan, atau diskriminasi dalam layanan kesehatan, yang dapat menyebabkan mereka merasa malu, takut, atau enggan mendapatkan perawatan yang mereka butuhkan.	• Penghambatan untuk mendapatkan perawatan: Stigma dan diskriminasi dapat menghalangi ODHIV untuk mendapatkan perawatan medis karena mereka takut atau merasa tidak aman. • Penghambat kepatuhan dalam terapi ARV : Stigma yang dialami oleh ODHIV dapat mempengaruhi kepatuhan mereka terhadap pengobatan, pemantauan, dan rekomendasi profesional kesehatan, yang berdampak negatif pada manajemen HIV/AIDS mereka (Daramatasia & Kurniyanti, 2021)
Kurangnya Keterampilan Komunikasi: Saat berinteraksi dengan ODHIV, beberapa tenaga kesehatan mungkin tidak memiliki keterampilan komunikasi yang sensitif dan empati. Hal ini dapat menyebabkan kesalahpahaman, ketidaknyamanan, atau kesenjangan yang	• Kurangnya informasi yang tepat: ODHIV dapat kehilangan informasi yang akurat dan jelas tentang pengobatan, manajemen HIV/AIDS, dan topik lainnya karena ketidakmampuan untuk berkomunikasi dengan baik. • Kesenjangan dalam pemahaman: Kemampuan untuk berkomunikasi kurang baik dapat menyebabkan

Bentuk Diskriminasi di Masyarakat	Dampak
menghambat komunikasi yang efektif antara ODHIV dan tenaga kesehatan.	ODHIV dan tenaga kesehatan tidak memahami satu sama lain, yang dapat menghambat proses perencanaan dan pengambilan keputusan tentang perawatan.
Kurangnya Dukungan Emosional: ODHIV seringkali membutuhkan dukungan emosional saat menghadapi stigma dan dampak psikologis yang terkait dengan HIV/AIDS. Namun, tenaga kesehatan yang tidak memberikan dukungan emosional dapat menyebabkan ODHIV merasa kesepian, tidak didengar, atau tidak dipahami.	• Kualitas perawatan yang menurun: Kurangnya dukungan emosional dapat mempengaruhi kualitas perawatan yang diberikan kepada ODHIV. Kurangnya dukungan emosional juga dapat menyebabkan ODHIV kehilangan kepercayaan diri dan kepatuhan terhadap perawatan yang disarankan oleh tenaga kesehatan. • Kesejahteraan psikologis yang terganggu: ODHIV lebih cenderung mengalami depresi, kecemasan, dan isolasi sosial karena kekurangan dukungan emosional

9.7 Faktor Penyebab Stigma

Stigma yang dialami ODHIV oleh masyarakat dan tenaga kesehatan dapat memiliki faktor-faktor yang mendasarinya. Berikut adalah analisis faktor-faktor tersebut (Parekh & Childs, 2016):

1. Kurangnya Pendidikan dan Pengetahuan: Ketidakpahaman dan pengetahuan yang buruk tentang HIV/AIDS dapat menjadi faktor utama yang menyebabkan stigma. Pemahaman yang buruk tentang pengelolaan kondisi, metode

penularan virus, dan fakta medis yang sebenarnya dapat menyebabkan ketakutan, prasangka, dan stereotip negatif terhadap ODHIV.

2. Ketakutan dan Kekhawatiran: Ketakutan akan penularan virus HIV/AIDS adalah faktor utama yang menyebabkan masyarakat dan profesional kesehatan menstigma ODHIV. Ketakutan yang tidak rasional atau tidak berdasarkan pengetahuan akurat dapat memperkuat stigma dan menyebabkan penolakan atau pengucilan ODHIV.
3. Stigma Moral dan Etika: Stigma moral terkait HIV/AIDS dapat berasal dari pandangan masyarakat dan profesional kesehatan tentang perilaku seksual atau penggunaan narkoba yang dianggap bertentangan dengan norma sosial tertentu. Pandangan moral ini dapat menyebabkan penilaian negatif, penolakan, atau perlakuan tidak adil terhadap ODHIV.
4. Empati dan Kesalahpahaman: Kurangnya empati dan kesalahpahaman tentang pengalaman hidup ODHIV dapat menyebabkan stigma. Terkadang, masyarakat dan tenaga kesehatan tidak memahami pengalaman hidup dan tantangan ODHIV secara menyeluruh, yang dapat menyebabkan persepsi yang salah atau berprasangka terhadap mereka.
5. Norma Sosial dan Budaya: Jika norma masyarakat dan budaya menekankan eksklusi, diskriminasi, atau penilaian negatif terhadap ODHIV, stigma akan lebih mungkin muncul di masyarakat dan di antara profesional kesehatan.
6. Pengaruh Media Massa: Representasi negatif dan sensationalisme tentang HIV/AIDS dapat memperkuat stigma terhadap ODHIV dalam masyarakat dan di antara tenaga kesehatan. Ini terjadi ketika media menyebarkan informasi yang tidak akurat, menampilkan kasus ekstrim, atau menggunakan bahasa dan gambar yang stigmatizing.

Mebutuhkan pendekatan yang luas untuk mengatasi stigma masyarakat dan tenaga kesehatan terhadap ODHIV, yang mencakup edukasi yang tepat, pemahaman yang lebih baik, penyebaran informasi yang akurat, dan perjuangan untuk memerangi prasangka dan stereotip. Selain itu, penting untuk mempromosikan empati, dukungan sosial, dan kesadaran yang

lebih luas tentang hak-hak dan kebutuhan ODHIV untuk menciptakan lingkungan yang inklusif dan mendukung bagi mereka.

9.8 Strategi Mengatasi Stigma

Berikut ini adalah beberapa strategi yang dapat digunakan untuk mengurangi stigma terhadap ODHIV (Kementerian Kesehatan, 2012):

1. Pendidikan dan Kesadaran: Melalui program pendidikan dan kampanye kesadaran, penting untuk meningkatkan pemahaman dan pengetahuan masyarakat tentang HIV/AIDS. Ini dapat mencakup penyuluhan tentang informasi medis yang benar, bagaimana penyakit menular, dan kehidupan nyata ODHIV. Ketidapahaman dan prasangka yang salah tentang HIV/AIDS dapat dihilangkan melalui pendidikan yang akurat dan berbasis bukti.
2. Pelibatan Komunitas: Salah satu langkah penting adalah melibatkan komunitas dalam mendukung ODHIV. Ini dapat dilakukan dengan membentuk kelompok dukungan, forum diskusi terbuka, atau kegiatan komunitas lainnya yang memungkinkan orang lain berpartisipasi dan mendukung mereka. Dukungan komunitas yang positif dapat membantu mengatasi stigma terhadap ODHIV dan membuat lingkungan menjadi lebih inklusif.
3. Pelatihan Tenaga Kesehatan: Tenaga kesehatan harus dilatih tentang sensitivitas budaya dan empati agar mereka dapat memberikan perawatan yang tidak stigmatis dan berdasarkan hak asasi manusia kepada ODHIV. Penekanan pada pengurangan stigma dan diskriminasi harus menjadi bagian penting dari pelatihan tenaga kesehatan, termasuk sikap yang inklusif dan komunikasi yang efektif.
4. Kebijakan Anti-Stigma: ODHIV harus dilindungi secara hukum, tidak didiskriminasi dalam layanan kesehatan, dan dipromosikan praktik perawatan yang tidak stigmatis.
5. Media yang Bertanggung Jawab: Media sangat penting dalam mengatasi stigma HIV/AIDS. Mereka harus bertanggung

jawab untuk memberikan informasi yang akurat dan tidak sensationalistis tentang masalah ini. Mereka juga dapat bertanggung jawab untuk menggambarkan ODHIV secara manusiawi dan menceritakan kisah dengan empati.

6. Pemberdayaan ODHIV: Memberdayakan ODHIV untuk berbicara dan berbagi pengalaman mereka dapat membantu mengurangi stigma. Memberikan platform dan kesempatan bagi ODHIV untuk berpartisipasi dalam perumusan kebijakan, advokasi, dan kegiatan masyarakat dapat membuat mereka menjadi agen perubahan dan mengurangi stigma.

9.9 Peran Kolaborasi

Upaya kolaboratif yang melibatkan masyarakat, tenaga kesehatan, pemerintah, dan lembaga terkait lainnya untuk mengatasi stigma terhadap ODHIV. Stigma dapat dikurangi, dan ODHIV dapat hidup tanpa rasa takut, diskriminasi, atau pengucilan untuk mendapatkan perawatan dan dukungan yang mereka butuhkan.

Untuk mengubah persepsi dan sikap negatif terhadap ODHIV, semua pihak harus bekerja sama. Berikut adalah beberapa pihak yang harus bekerja sama (Kementerian Kesehatan, 2012):

1. ODHIV dan Organisasi Masyarakat: ODHIV harus terlibat secara aktif dalam memperjuangkan hak-hak mereka, berbagi pengalaman mereka, dan bertindak sebagai juru bicara untuk perubahan. Organisasi masyarakat yang mewakili ODHIV juga dapat membantu dan mendukung ODHIV.
2. Tenaga Kesehatan: Tenaga kesehatan memiliki peran penting dalam mengubah persepsi dan sikap negatif terhadap ODHIV. Mereka perlu terlibat dalam pelatihan sensitivitas budaya, meningkatkan kesadaran, dan mengembangkan keterampilan komunikasi yang efektif. Kolaborasi antara tenaga kesehatan dan ODHIV juga penting dalam mengidentifikasi masalah, meningkatkan kualitas perawatan, dan membangun hubungan saling percaya.

3. Pemerintah: Pemerintah bertanggung jawab untuk membuat kebijakan dan regulasi yang mendukung pengurangan stigma terhadap ODHIV. Pemerintah juga harus melibatkan ODHIV dalam perumusan kebijakan dan mendukung pelaksanaan kebijakan yang melindungi hak-hak ODHIV dan menghukum tindakan diskriminatif.
4. Media Massa: Media massa memainkan peran yang signifikan dalam membentuk persepsi masyarakat. Berpartisipasi dalam kampanye anti-stigma dan menyebarkan informasi yang akurat dan tidak stigmatis tentang ODHIV dapat membantu mengubah persepsi dan mengurangi stigma.
5. Pendidikan dan Lembaga Riset: Institusi pendidikan dan penelitian dapat memainkan peran penting dalam memberikan pendidikan yang akurat tentang HIV/AIDS, melakukan penelitian untuk memahami stigma dan efektivitas intervensi, dan menyebarkan pengetahuan dan temuan melalui program pendidikan dan publikasi.
6. Organisasi Kesehatan dan Nirlaba: Organisasi kesehatan dan nirlaba dapat membantu ODHIV dengan dukungan, program pendidikan, konseling, dan advokasi. Mereka juga dapat bekerja sama dengan masyarakat dan tenaga kesehatan untuk meningkatkan kesadaran dan mengurangi stigma mereka.
7. Masyarakat Umum: Untuk mengubah persepsi dan sikap negatif terhadap ODHIV, masyarakat umum dapat berperan besar. Mereka dapat memperoleh pemahaman yang lebih baik tentang HIV/AIDS dan membantu membuat lingkungan yang inklusif dan mendukung bagi ODHIV dengan berpartisipasi dalam kegiatan komunitas, diskusi terbuka, dan pendidikan.

Untuk mengurangi stigma terhadap ODHIV, dapat tercipta gerakan yang berkelanjutan melalui kolaborasi yang kuat dan terintegrasi antara semua pihak terkait. Dengan saling mendukung dan bekerja sama, kita dapat menciptakan perubahan sosial yang positif dan menciptakan lingkungan yang lebih inklusif bagi ODHIV (Campbell, 2005).

DAFTAR PUSTAKA

- Bourgeois, James. A., Mary Ann Adler Cohen, Getrude Makurumidze. 2022. *HIV Psychiatry*. Springer
- Campbell, Catherine., Yugi Nair, Sbongile Maimane, Zweni Sibiya. 2005. *Understanding and Challenging HIV/AIDS Stigma* . A HIVAN Publication
- Corrigan, Patrick.W . 2014. *The Stigma of Disease and Disability: Understanding Causes and Overcoming Injustices*. American Psychological Association
- Daramatasia, Wira. & Mizam Ari. K. 2021. *Hubungan Stigma Diri Dengan Kepatuhan Minum Obat ARV Pada Orang Dengan HIV/AIDS*. Jurnal Ilmiah Media Husada. 10(1), halaman 42-51.
- Kementerian Kesehatan, 2012. *Pedoman Penghapusan Stigma dan Diskriminasi Bagi Pengelolaan Program, Petugas Layanan Kesehatan dan Kader*. Jakarta : Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit.
- Liamputtong, Pranee. 2013. *Stigma, Discrimination, and Living with HIV/AIDS: A Cross-Cultural Perspective*. Springer
- Parekh, Ranna & Ed W. Childs, 2016. *Stigma and Prejudice: Touchstones in Understanding Diversity in Healthcare*. Humana Press

BAB 10

TEORI KEPERAWATAN DALAM KEPERAWATAN PALIATIF

Oleh Aco Mursid

10.1 Pendahuluan

Pemberian perawatan paliatif sangat penting diberikan bagi pasien pada semua tingkatan usia yang menderita penyakit serius yang mengancam jiwa. Keperawatan paliatif merupakan pendekatan untuk mengurangi penderitaan fisik maupun psikologis dalam meningkatkan kualitas hidup penderita dan keluarganya (Wantonoro *et al.*, 2022). Sehingga penting untuk memberikan perawatan atau perhatian bagi mereka yang menjadi bagian dari bentuk dukungan dalam menghadapi proses kehidupannya.

Perawatan paliatif dapat dilaksanakan di lembaga pelayanan kesehatan atau melalui kunjungan ke rumah pasien. Sesuai dengan Kemenkes nomor 812/Menkes/SK/VII/2007 mengenai Kebijakan Perawatan Paliatif, jenis kegiatan perawatan paliatif meliputi penanganan nyeri dan gejala fisik lainnya, perawatan keperawatan, dukungan psikologis, sosial, kultural, dan spiritual, serta dukungan sepanjang masa berduka (Menkes RI, 2007). Sehingga dalam prosesnya, setiap tenaga kesehatan memerlukan pengetahuan dan keterampilan dalam proses pemberian perawatan paliatif secara optimal.

Perawat memiliki peranan yang sangat besar dalam proses perawatan paliatif yang kompleks. Perawat merupakan kelompok profesional kesehatan terbesar yang bertemu dengan pasien disemua sistem pelayanan perawatan kesehatan. Perawat

berperan sebagai koordinator perawatan, melakukan apa yang dibutuhkan pasien, hadir dengan penuh perhatian dan dedikasi, serta selalu ada atau menghabiskan waktu paling banyak dengan pasien (Sekse, Hunskaar and Ellingsen, 2018). Maka dari itu, hal ini tentunya sangat membantu dalam kegiatan proses perawatan paliatif.

Perawat memerlukan pengetahuan dan keterampilan untuk memberikan perawatan paliatif secara holistik dan berkualitas tinggi. Dalam proses tersebut, perawat memerlukan pedoman atau pandangan yang dapat diterapkan selama proses pelayanan keperawatan. Salah satu hal utama yang dibutuhkan adalah penerapan teori keperawatan sebagai kerangka kerja praktik keperawatan. Diketahui bahwa, penerapan praktik keperawatan yang dipandu dengan teori keperawatan terbukti sangat bermanfaat bagi pasien (Younas and Quennell, 2019). Oleh karena itu, pemanfaatan teori keperawatan harus berfungsi sebagai dasar maupun panduan dalam praktik keperawatan.

Dalam BAB ini, akan dibahas beberapa teori keperawatan yang dapat digunakan sebagai panduan praktik keperawatan paliatif. Beberapa teori tersebut disusun berdasarkan tinjauan berbagai *literature* yang berhubungan langsung dengan keperawatan paliatif.

10.2 Teori Keperawatan Humanistik (*Humanistic Nursing Theory*)

10.2.1 Riwayat dan Pengantar Singkat

Teori Keperawatan Humanistik (*Humanistic Nursing Theory*) berasal dari dua orang yang bersahabat selama lebih dari 50 tahun yaitu Josephine Paterson dan Loretta Zderad. Keduanya mulai berkolaborasi tahun 1950-an ketika bekerja di Catholic University.

Josephine Paterson memulai pendidikannya pada tingkat Diploma Keperawatan, kemudian menyelesaikan Sarjana Pendidikan Keperawatan di St. John's. University, kemudian program pascasarjana di Johns Hopkins University dengan berfokus pada keperawatan kesehatan masyarakat, selanjutnya gelar doktor ilmu keperawatan di Boston University dengan disertasi yang berfokus pada kenyamanan pasien. *Sedangkan* Loretta Zderad juga memulai pendidikannya dari Diploma Keperawatan, kemudian menyelesaikan Sarjana Pendidikan Keperawatan di Loyola University of Chicago, selanjutnya program pascasarjana keperawatan psikiatri di Chatolic University, kemudian pendidikan doktoral di Georgetown University dengan disertasi yang berfokus pada empati. Keduanya berbagi ide untuk mengembangkan konsep, pendekatan, dan pengalaman yang berkaitan dengan fenomenologi eksistensial yang berkembang menjadi Teori Keperawatan Humanistik. Teori ini muncul untuk mencari cara dalam membuat keadaan lebih baik bagi perawat dan pasien selama praktik keperawatan (Kleiman, 2010).

Aplikasi Teori Keperawatan Humanistik dinilai relevan untuk keperawatan paliatif. Teori ini dapat memberikan gambaran kerangka kerja bagi perawat untuk terhubung dengan pasien dalam mencapai tujuan akhir di fase terakhir kehidupan (Wu and Volker, 2012). Pengaplikasian teori ini dapat meringankan penderitaan pasien, dan membangun kepercayaan antara perawat dan pasien (Figueiredo de Sá França *et al.*, 2013). Oleh karena itu, teori ini menjadi salah satu alternatif yang dapat digunakan dalam penatalaksanaan keperawatan paliatif.

10.2.2 Konsep Teori

Teori Keperawatan Humanistik merupakan proses dinamis yang terjadi dalam konteks hidup manusia yang berinteraksi dengan orang lain serta hal-hal lainnya. Ruang lingkup dalam teori ini adalah pasien dan perawat dianggap sebagai manusia

yang unik secara keseluruhan. Dalam hal ini, pasien yang dimaksud adalah terdiri dari individu, keluarga, komunitas dan kelompok lainnya yang meminta bantuan dengan beberapa masalah yang berhubungan dengan kesehatannya (Kleiman, 2010).

Konsep inti dari teori ini adalah Dialog Keperawatan. Dialog Keperawatan adalah pasien dan perawat bersama, berkumpul, maupun berinteraksi. Perawat berperan sebagai orang yang memahami kondisi pasien untuk perbaikan dengan prinsip keterbukaan. Dalam teori ini, terjalin hubungan untuk membantu dengan cara mengenali dan mengekspresikan secara kemanusiaan dan menanggapi keunikan manusia. Teori ini terdiri dari lima fase yang saling berhubungan, yaitu;

1. Persiapan Perawat Yang Tahu Untuk Menjadi Tahu

Tahap ini merupakan proses awal persiapan diri perawat. Pada fase pertama ini, perawat mencoba membuka diri terhadap yang tidak diketahui dan kemungkinan pengetahuan yang berbeda. Perawat berupaya memahami dan mengidentifikasi pandangannya sendiri. Perawat dan pasien dianggap sebagai manusia yang unik dengan gestalnya masing-masing. Pada fase ini, ketika seorang perawat mengakui pandangannya, perawat tidak memaksakan apa yang dia ketahui. Dalam kondisi tersebut seorang perawat menahan pikiran, pengalaman dan keyakinannya. Menahan diri tersebut tidak serta merta menyangkal diri kita sebagai makhluk unik. Namun, menanggungkannya untuk sementara. Kondisi ini yang dimaksud keterbukaan, terbuka terhadap sesuatu yang baru atau yang berbeda dan ini diperlukan untuk dapat mengenal orang lain secara intuitif (Kleiman, 2010).

Pengalaman yang dipaparkan oleh Susan Kleiman dalam bukunya yaitu; seorang perawat melakukan tugas memposisikan dan melakukan tindakan *suction*. Selain

melakukan tindakan tersebut, perawat memosisikan ulang keranjang kecil yang berisi bunga diletakkan di samping tempat tidur pasien. Dalam hal ini, reposisi bunga tersebut tidak perlu dilakukan dalam prosedur tindakan. Akan tetapi, hal itu menunjukkan bahwa perawat mengenali pasien secara unik, dengan melakukan hal yang istimewa untuk membuat pasien tidak terlalu stres dan membuat senyaman mungkin. Tugas ini dilakukan secara kelembutan, martabat dan keterampilan klinis yang baik dengan membuat prosedurnya hampir tidak terlihat (Kleiman, 2010).

2. Perawat Mengenal Orang Lain Secara Intuitif

Tahap ini dilihat sebagai awal pengkajian dalam proses keperawatan, perawat mencoba memahami pasien secara intuitif. Intuitif merupakan kemampuan seseorang dalam mengenali atau melakukan sesuatu berdasarkan gerak hati tanpa penalaran rasional ataupun intelektualitas.

Ada dua istilah umum yang dilakukan pada tahap ini, yaitu; *intuitif* dan *bracketing*. Intuitif seperti yang dijelaskan sebelumnya yaitu kemampuan memahami berdasarkan naluri. Sedangkan *bracketing* adalah ketika mengidentifikasi sesuatu tanpa memberikan dugaan-dugaan pribadi terhadap suatu fenomena. Istilah ini pun yang digunakan seorang peneliti untuk mendapatkan suatu fenomenologi agar tercapai esensi fenomena tertentu dengan cara menunda putusan atau menahan diri dari keyakinan atau pendapat pribadi.

Ditahap ini, seorang perawat perlu menerapkan *intuitif* dan *bracketing* kepada pasien paliatif untuk mendapatkan wawasan atau pemahaman baru dari kesan dan pengalaman.

3. Perawat Mengenal Orang Lain Secara Ilmiah

Tahap ini merupakan analisis awal dalam proses keperawatan. Perawat mengenal pasien secara ilmiah memerlukan objektivitas. Pada tahap ini, seorang perawat menggabungkan untuk menyadari dirinya dan apa yang dia ambil, gabungkan, dan jadikan bagian dari dirinya. Ditahap inilah menurut Josephine Paterson dan Loretta Zderad “saat perawat merenungkan, menganalisis, memilah, membandingkan, membedakan, menghubungkan, menafsirkan, dan mengategorikan”.

4. Perawat Menyintesis Secara Komplementer

Pada tahap ini, perawat memeriksa data dan pengalaman berdasarkan pengetahuan ilmiah serta pengetahuan sebelumnya dengan membandingkan, mengontraskan dan menyintesis.

5. Suksesi Perawat dari Banyak Paradoks.

Tahap ini adalah fase proses dialektika dan kesimpulan akan tercapai. Ditahap ini, perawat mengambil semua informasi dan menerapkannya dalam praktik pengaturan klinis.

10.3 Teori Kenyamanan (*Comfort Theory*)

10.3.1 Riwayat dan Pengantar Singkat

Teori Kenyamanan berasal dari pakar teori keperawatan Katharine Kolcaba. Beliau berasal dari Cleveland, Ohio dan pendidikan awalnya dibidang keperawatan adalah diploma. Sebelum melanjutkan studi tahun 1987 dengan gelar RN dan melanjutkan MSN di Case Western Reserve University (CWRU) Frances Payne Bolton School Of Nursing dengan spesialisasi Gerontik, beliau menjadi perawat praktisi paruh waktu selama beberapa tahun di Keperawatan Medikal Bedah, *long-tern care*,

dan *homecare*. Saat melanjutkan studinya pun, beliau bekerja sebagai kepala ruangan di unit dimensi. Sehingga pengalaman tersebut menjadi dasar penemuan teori ini (Alligood, 2017).

Setelah menyelesaikan studi magister, beliau bergabung di Fakultas Keperawatan University of Akron dan mendapatkan sertifikat perawat ahli dari *American Nurses Association* (ANA) bidang keperawatan gerontik. Setelah itu, kembali melanjutkan studi doktoral bidang keperawatan di CWRU. Setelah beberapa tahun Kolcaba mengembangkan dan menyelesaikan teori kenyamanan (Alligood, 2017).

Teori ini menyediakan cara untuk meningkatkan kenyamanan pasien selama proses perawatan. Beberapa studi telah dilakukan untuk mengidentifikasi praktik keperawatan dengan teori kenyamanan dalam perawatan paliatif. Teori ini memberikan panduan praktik pada perawat dalam proses perawatan paliatif (Vo, 2020) dan dapat meningkatkan pemberian perawatan paliatif (Marchuk, 2016). Selain itu, penerapan teori ini bukan hanya berdampak langsung kepada pasien, melainkan juga berdampak positif bagi keluarganya (Washington *et al.*, 2021). Oleh karena itu, penerapan teori kenyamanan kepada pasien paliatif sangat dibutuhkan dalam menunjang proses perawatan untuk meningkatkan kenyamanan pasien maupun keluarganya.

10.3.2 Konsep Teori

Memberikan kenyamanan kepada pasien menjadi tujuan utama dalam proses perawatan. Kenyamanan diartikan sebagai sesuatu yang sifatnya positif dari kemajuan kondisi sebelumnya yang diperoleh dari bantuan perawat (Alligood, 2017).

Beberapa poin dari konsep inti dari teori kenyamanan yang dikutip dari Alligood (2017), yaitu;

1. Kebutuhan Perawatan Kesehatan

Kebutuhan perawatan kesehatan merupakan kebutuhan kenyamanan yang berasal dari situasi tekanan dalam proses perawatan yang tidak bisa dipenuhi secara biasanya. Kebutuhan tersebut berupa kebutuhan fisiologis, psikospiritual, sosiokultural, dan lingkungan.

2. Intervensi Untuk Rasa Nyaman

Intervensi untuk rasa nyaman merupakan implementasi keperawatan dan tujuan untuk memperoleh kebutuhan kenyamanan. Kegiatan tersebut cukup kompleks berupa fisiologis, sosial, budaya, ekonomi, psikologis, spiritual, lingkungan, dan intervensi fisik.

3. Variabel Penghambat

Variabel yang mengintervensi atau disebut variabel penghambat merupakan interaksi yang mempengaruhi persepsi pasien tentang kenyamanan, yaitu pengalaman sebelumnya, usia, sikap, status emosional, latar belakang budaya, sistem pendukung, prognosis, ekonomi, edukasi, serta keseluruhan elemen lainnya dari pengalaman pasien dan ini dapat memberikan pengaruh kepada perencanaan dan pencapaian intervensi keperawatan.

4. Peningkatan Kenyamanan

Kenyamanan merupakan kondisi yang dirasakan oleh penerima intervensi. Ini merupakan pengalaman yang holistik dan memberikan kekuatan ketika seseorang membutuhkannya yang terdiri dari jenis kenyamanan yaitu kelegaan (*relief*), ketenteraman (*ease*), dan transendensi (*transcendence*) dalam empat konteks dimana kenyamanan terjadi yaitu fisik, psikospiritual, sosiokultural, dan lingkungan.

- a. **Jenis kenyamanan;** 1) Kelegaan yaitu ketika seseorang memenuhi kebutuhan spesifiknya. 2) Ketenteraman yaitu keadaan puas dan tenang. 3) Transendensi yaitu ketika

seseorang berhasil melampaui masalah dan kesakitannya.

- b. Konteks kenyamanan terjadi;** 1) Fisik yaitu berkaitan dengan sensasi tubuh. 2) Psikospiritual yaitu berkaitan dengan kesadaran diri sendiri, harga diri, konsep diri, seksualitas, serta makna dalam hubungan seseorang dengan tatanan atau keberadaan yang lebih tinggi. 3) Lingkungan yaitu berkaitan dengan lingkungan eksternal, kondisi-kondisi, serta pengaruh disekitarnya. 4) Sosial yaitu berkaitan dengan hubungan-hubungan interpersonal, keluarga, serta sosial.

5. Perilaku Mencari Kesehatan

Perilaku pencarian layanan kesehatan adalah upaya untuk menggambarkan kategori hasil yang diinginkan oleh penerima atau pasien terkait pemahaman mereka tentang arti kesehatan.

6. Integrasi Institusional

Praktik dan kebijakan yang tepat dapat terwujud ketika ada integritas kelembagaan, yang berarti bahwa lembaga, perusahaan, komunitas, sekolah, rumah sakit, wilayah, negara bagian, dan negara memiliki kualitas yang menyeluruh, utuh, berkembang, etis, dan tulus.

7. Praktik Terbaik

Praktik terbaik merujuk pada intervensi yang dilakukan oleh tenaga kesehatan profesional berdasarkan pengetahuan ilmiah dan praktik terkini guna mencapai hasil terbaik bagi pasien dan keluarga mereka.

8. Kebijakan Terbaik

Kebijakan terbaik adalah ketika sebuah institusi atau kebijakan regional didasarkan pada adanya protokol medis dan prosedur yang mudah diakses, diperoleh, dan diterapkan.

10.4 Teori Perawatan Diri (*Self-Care Deficit*)

10.4.1 Riwayat dan Pengantar Singkat

Dorothea Elizabeth Orem adalah penemu teori keperawatan *Self-Care Deficit*. Beliau lahir tahun 1914 di Baltimore, Maryland. Diawal tahun 1930an menyelesaikan pendidikan diploma keperawatan di Providence Hospital School of Nursing di Washington DC. Tahun 1939 menyelesaikan pendidikan sarjana bidang keperawatan dan tahun 1946 menyelesaikan master bidang keperawatan di Catholic University of America (CUA) (Alligood, 2017).

Orem adalah seorang praktisi dan akademisi keperawatan. *Orem* pernah menjabat Dekan pada sekolah keperawatan dan professor pendidikan. Selain itu, *Orem* menerima sederet penghargaan dan gelar kehormatan diantaranya Doctor of Science dari Georgetown University tahun 1976, Honorary Doctor of Science dari Incarnate Word College tahun 1980, Doctor of Humane Letters dari Illinois Wesleyan University tahun 1988, Doctor of Nursing Honoris Causa University of Missouri tahun 1988, penghargaan ikatan alumni CUA untuk teori keperawatan tahun 1980 (Alligood, 2017).

Teori perawatan diri oleh *Orem* bertujuan untuk mempertahankan kemandirian dalam perawatan diri pasien. Dalam kaitannya dengan perawatan paliatif, konsep teori ini dapat membantu pasien dan keluarga dalam membuat keputusan berdasarkan informasi kebutuhan perawatannya dan memungkinkan untuk membuat pilihan dalam meningkatkan kualitas hidup pasien (Laferriere, 1995). Penggunaan teori ini meningkatkan kualitas proses perawatan dalam keperawatan paliatif (Desbiens, Gagnon and Fillion, 2012). Sehingga penerapan teori ini juga cukup relevan dalam pemberian perawatan paliatif.

10.4.2 Konsep Teori

Teori keperawatan defisit perawatan diri merupakan teori umum yang terdiri dari empat teori yang berhubungan atau terkait, yaitu; teori perawatan diri, teori ketergantungan, teori defisit perawatan diri, dan teori sistem perawatan (Alligood, 2017). Konsep utama dalam teori ini yaitu;

1. Perawatan Diri

Melibatkan tindakan praktis yang memungkinkan orang dewasa untuk memulai dan melakukan aktivitas dengan tanggung jawab pribadi, dalam rentang waktu tertentu, dengan tujuan menjaga hidup, menjaga kesehatan, mengembangkan diri, dan mencapai kesejahteraan. Ini dilakukan dengan memenuhi persyaratan yang dikenal untuk menciptakan kondisi fungsional dan pertumbuhan yang optimal.

2. Ketergantungan Perawatan

Hal ini merujuk pada pelayanan yang diberikan kepada individu yang, karena faktor usia atau kondisi yang terkait, tidak mampu melakukan tindakan perawatan diri yang diperlukan untuk mempertahankan kehidupan mereka.

3. Syarat Perawatan Diri

Ini merujuk pada pemahaman yang dirumuskan dan diungkapkan mengenai tindakan yang diketahui atau diyakini diperlukan dalam mengatur dan mengembangkan berbagai aspek dari fungsi dan perkembangan manusia. Pemahaman ini terus-menerus diperbarui atau diterapkan dalam kondisi dan situasi yang telah ditentukan.

4. Syarat Perawatan Diri Universal

Terdapat delapan syarat umum yang disarankan dalam perawatan diri yaitu; 1) pemeliharaan asupan udara, 2) pemeliharaan asupan makanan, 3) pemeliharaan asupan air, 4) perawatan eliminasi, 5) pemeliharaan aktivitas dan

istirahat, 6) pemeliharaan keseimbangan antara kesendirian dan interaksi sosial, 7) pencegahan bahaya, fungsi manusia, dan kesejahteraan, 8) promosi fungsi dan perkembangan manusia dalam kelompok-kelompok sosial sesuai potensi manusia, keterbatasan manusia untuk menjadi normal.

5. Syarat perawatan diri perkembangan

Persyaratan ini dibedakan dari persyaratan perawatan diri universal, yang meliputi: 1) menciptakan lingkungan yang mendukung perkembangan, 2) aktif terlibat dalam perkembangan pribadi, 3) mencegah atau mengatasi efek negatif dari kondisi manusia dan situasi kehidupan yang dapat memengaruhi perkembangan manusia.

6. Syarat perawatan diri penyimpangan kesehatan

Syarat perawatan diri ini adalah untuk pasien yang memiliki gangguan patologis seperti cacat dan disabilitas. Langkah-langkah perawatan dalam memenuhi syarat perawatan diri penyimpangan kesehatan yang ada harus dibuat komponen tindakan dari sebuah sistem individu perawatan diri atau ketergantungan perawatan.

7. Permintaan Perawatan Diri Terapeutik

Terdiri dari menggabungkan serangkaian tindakan yang harus dilakukan selama periode waktu tertentu guna memenuhi semua kebutuhan perawatan pribadi.

8. Permintaan Ketergantungan Perawatan

Menggabungkan serangkaian langkah perawatan pada saat tertentu atau selama periode waktu tertentu, guna memenuhi kebutuhan perawatan diri terapeutik yang diperlukan ketika agen perawatan diri tidak memadai atau tidak berfungsi dengan baik.

9. Agen Perawatan Diri

Agen perawatan diri merujuk pada kemampuan kompleks yang dimiliki oleh individu dewasa untuk menyadari dan memenuhi kebutuhan berkelanjutan mereka dengan melakukan tindakan yang disengaja dan bertujuan, guna mengatur fungsi dan pengembangan pribadi mereka

10. Agen ketergantungan perawatan

Ini merujuk pada kemampuan seseorang untuk mengetahui dan memenuhi permintaan perawatan diri terapeutik bagi individu yang bergantung atau membutuhkan bantuan, serta mengatur pengembangan dan pelaksanaan tindakan perawatan diri yang dibutuhkan oleh individu tersebut.

11. Defisit perawatan diri

Defisit perawatan diri terjadi ketika ada ketidakseimbangan antara tuntutan perawatan diri terapeutik yang diperlukan oleh individu dan kemampuan agen perawatan diri untuk memenuhinya. Dalam hal ini, individu yang membutuhkan perawatan diri terapeutik menghadapi hambatan dalam melakukan tindakan perawatan yang dibutuhkan. Ini dapat terjadi karena agen perawatan diri tidak berfungsi dengan baik atau tidak memadai dalam mengetahui dan memenuhi beberapa atau semua aspek dari permintaan perawatan diri terapeutik yang ada atau yang diharapkan.

12. Defisit ketergantungan perawatan

Ini adalah hubungan yang terjadi ketika agen perawatan yang bertanggung jawab pada individu yang membutuhkan perawatan tidak memiliki kemampuan yang cukup untuk memenuhi permintaan perawatan diri terapeutik dari individu tersebut.

13. Agen keperawatan

Ini melibatkan penguasaan keterampilan yang diperoleh oleh perawat melalui pelatihan, yang memungkinkan mereka untuk secara aktif memperjuangkan diri mereka sebagai perawat dan berkomunikasi dengan efektif dalam hubungan antarpribadi. Tujuannya adalah memberikan pengetahuan, bantuan, dan dukungan kepada individu yang terlibat dalam hubungan tersebut, sehingga kebutuhan perawatan diri terapeutik mereka dapat terpenuhi dan mereka dapat mengelola perkembangan atau implementasi tindakan perawatan diri mereka sendiri.

14. Desain keperawatan

Fungsi profesional yang dilakukan sebelum dan sesudah diagnosis dan resep keperawatan, memungkinkan perawat, berdasarkan penilaian praktis reflektif tentang kondisi yang ada, untuk menyintesis elemen situasional konkret ke dalam hubungan yang teratur dengan struktur unit operasional. Tujuan desain keperawatan adalah untuk memberikan panduan untuk mencapai hasil yang dibutuhkan dan diperkirakan dalam produksi keperawatan menuju pencapaian tujuan keperawatan; unit-unit ini secara bersama-sama merupakan pola yang memandu produksi keperawatan

15. Sistem keperawatan

Sistem keperawatan adalah serangkaian langkah praktis dan terencana yang dilakukan oleh perawat secara koordinatif dengan tindakan pasien mereka, dengan tujuan memahami dan memenuhi komponen permintaan perawatan diri terapeutik pasien serta melindungi dan mengatur implementasi atau pengembangan agen perawatan diri pasien.

16. Metode pertolongan

Perawat memanfaatkan berbagai metode, memilih dan menggabungkannya sesuai dengan kebutuhan tindakan pada individu yang sedang dirawat, dengan memperhatikan batasan tindakan kesehatan yang terkait. Metode-metode tersebut termasuk: 1) bertindak untuk atau melakukan tindakan atas nama orang lain, 2) memberikan panduan dan arahan, 3) memberikan dukungan fisik dan psikologis, 4) menciptakan dan menjaga lingkungan yang mendukung perkembangan pribadi, dan 5) memberikan pengajaran.

17. Faktor kondisi dasar

Faktor-faktor ini memengaruhi tingkat kebutuhan perawatan diri. Faktor-faktor ini mencakup usia, jenis kelamin, kondisi perkembangan, kondisi kesehatan, gaya hidup, faktor sistem perawatan kesehatan, faktor sistem keluarga, faktor sosial-budaya, ketersediaan sumber daya, dan faktor lingkungan eksternal.

10.5 Teori *Caring*

10.5.1 Riwayat dan Pengantar Singkat

Ada beberapa teori keperawatan terkait teori *caring*. Namun penulis merangkum teori *caring* menurut Jean Watson. Margaret Jean Harman Watson adalah nama lengkapnya berasal dari Virginia Barat. Tahun 1964 menyelesaikan pendidikan sarjana keperawatan di University of Colorado di Boulder. Tahun 1966 menyelesaikan program magister bidang keperawatan jiwa di University of Colorado di Denver, kemudian tahun 1973 menyelesaikan studi doktoralnya bidang psikologi pendidikan dan konseling di kampus Boulder (Alligood, 2017).

Setelah selesai program doktor, Watson bergabung di Fakultas Keperawatan di Health Science Centre University of Colorado di Denver. Kemudian pada tahun 1980 mendirikan

pusat kajian multidisiplin yang pertama yaitu “*human caring*” untuk kepentingan praktik dan pendidikan (Alligood, 2017).

Ada kebutuhan setiap perawat selama menjalankan praktik keperawatan paliatif yaitu membangun hubungan positif dengan pasien maupun keluarganya. Hal tersebut dapat diwujudkan dengan memanfaatkan teori caring Watson sekalipun kepada pasien yang putus asa dan menolak proses perawatan (Kao, Lin and Wu, 2009). Penggunaan teori ini dapat membangun kepercayaan dan hubungan yang baik selama prosesnya (Huang *et al.*, 2007). Sehingga, penerapan teori ini membantu pasien dalam menghadapi penyakitnya dengan harapan akhir hidup yang damai.

10.5.2 Konsep Toeri

“*We are the light in institutional darkness, and in this model we get to return to the light of our humanity*”. Kalimat ini adalah pernyataan dari *Jean Watson*. Hal tersebut menunjukkan bahwa seorang profesional atau perawat dalam memberikan asuhan harus menunjukkan caring, empati, kasih atau memberikan kehangatan kepada penerima asuhan.

Teori Watson adalah *Transpersonal Caring* yang diartikan sebagai hubungan manusia yang bersifat *caring*. Konsep utama teori ini meliputi 10 faktor karatif yang dikembangkan dan diterjemahkan dalam konsep proses *caritas* (Alligood, 2017).

1. Membentuk Sistem Nilai Humanistik

Pengenalan nilai-nilai humanistik dan altruistik dimulai sejak awal kehidupan, tetapi dapat sangat dipengaruhi oleh pendidik perawat. Faktor ini dapat diartikan sebagai rasa kepuasan melalui memberikan dan memperluas pengembangan pribadi. Dalam proses ini, terjadi praktik kasih-sayang, kedamaian, dan kesadaran caring yang melibatkan perawatan.

2. Membangkitkan Keyakinan-Harapan

Faktor ini, yang mengintegrasikan nilai-nilai humanistik dan altruistik, mendukung promosi asuhan keperawatan holistik dan kesehatan positif di antara populasi pasien. Hal ini juga menjelaskan peran perawat dalam membangun hubungan perawat-pasien yang efektif dan mendorong kesehatan dengan membantu pasien dalam mengadopsi perilaku yang berfokus pada kesehatan. Melalui kehadiran yang tulus dan membangun kepercayaan, perawat dapat memperkuat rasa percaya diri pasien.

3. Menanamkan Kepekaan Terhadap Diri dan Orang Lain

Pengenalan dan pengakuan terhadap perasaan membawa pada pengembangan diri yang lebih baik, baik bagi perawat maupun pasien. Ketika perawat mengakui kepekaan dan perasaan mereka sendiri, mereka menjadi lebih tulus, autentik, dan peka terhadap orang lain.

4. Mengembangkan Hubungan Membantu-Hubungan Rasa Percaya

Pembangunan hubungan saling percaya antara perawat dan pasien memiliki peran penting dalam perawatan transpersonal. Hubungan yang didasarkan pada saling percaya memfasilitasi penerimaan dan ekspresi perasaan positif dan negatif. Hal ini melibatkan keselarasan, empati, kehangatan yang tidak posesif, dan komunikasi yang efektif. Keselarasan melibatkan keberadaan yang nyata, kejujuran, keaslian, dan autentisitas. Empati adalah kemampuan untuk merasakan dan memahami persepsi dan perasaan orang lain, serta mengkomunikasikan pemahaman tersebut. Kehangatan tanpa memiliki kepemilikan ditunjukkan melalui penggunaan volume bicara yang moderat, sikap tubuh yang terbuka dan santai, serta ekspresi wajah yang sesuai dengan komunikasi lainnya. Komunikasi yang efektif mencakup respons kognitif, afektif, dan perilaku.

5. Meningkatkan dan Menerima Ungkapan Perasaan Positif dan Negatif

Berbagi perasaan merupakan pengalaman yang melibatkan pengambilan risiko bagi perawat dan pasien. Perawat perlu siap menerima berbagai jenis perasaan, baik yang positif maupun negatif. Perawat juga perlu menyadari bahwa pemahaman intelektual dan emosional terhadap suatu situasi dapat berbeda.

6. Menggunakan Metode Pemecahan Masalah Secara Sistematis untuk Pengambilan Keputusan

Penerapan proses keperawatan membawa pendekatan ilmiah dalam memecahkan masalah dalam asuhan keperawatan, menggantikan stereotipe perawat sebagai pelayan dokter. Proses keperawatan memiliki kemiripan dengan proses penelitian dalam hal keberlanjutan yang terorganisir dan sistematis.

7. Meningkatkan Pengajaran-Pembelajaran Interpersonal

Faktor ini merupakan konsep yang penting dalam bidang keperawatan yang memisahkan perawatan dari proses penyembuhan. Konsep ini memungkinkan pasien untuk mendapatkan informasi dan mengambil tanggung jawab atas kesehatan dan pemulihan mereka. Perawat berperan dalam memfasilitasi proses ini dengan menggunakan teknik pengajaran yang dirancang untuk membantu pasien memberikan perawatan diri, mengidentifikasi kebutuhan individu mereka, dan memberikan kesempatan bagi pertumbuhan pribadi.

8. Menyediakan Lingkungan Psikologis, Fisik, Sosial Budaya dan Spiritual yang Mendukung, Melindungi, dan Memperbaiki.

Sebagai perawat, penting untuk menyadari pengaruh lingkungan internal dan eksternal terhadap kesehatan dan penyakit individu. Konsep yang terkait dengan lingkungan

internal meliputi kesejahteraan mental, kesejahteraan spiritual, dan keyakinan sosiokultural seseorang. Selain faktor-faktor epidemiologis, faktor-faktor eksternal lainnya meliputi kenyamanan, privasi, keamanan, serta lingkungan yang bersih dan estetik.

9. Membantu Pemenuhan Kebutuhan Manusia

Perawat mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhan biologis, fisik, psikologis, sosial, dan individual pasien dan diri sendiri. Pasien perlu memenuhi kebutuhan pada tingkat yang lebih rendah sebelum mencoba memenuhi kebutuhan pada tingkat yang lebih tinggi. Misalnya, makanan, pengeluaran, dan ventilasi adalah contoh kebutuhan biologis dan fisik pada tingkat yang lebih rendah, sementara aktivitas, istirahat, dan seksualitas dianggap sebagai kebutuhan psikologis dan fisik pada tingkat yang lebih rendah. Kebutuhan psikososial pada tingkat yang lebih tinggi melibatkan pencapaian dan hubungan sosial. Sedangkan kebutuhan intrapersonal-interpersonal pada tingkat yang lebih tinggi adalah aktualisasi diri.

10. Mengizinkan Kekuatan Eksistensial-Fenomenologis

Dengan pendekatan karitatif, faktor ini melibatkan eksplorasi dan pengakuan terhadap dimensi spiritual, misterius, dan eksistensial dalam kehidupan dan kematian seseorang, melalui perawatan jiwa diri sendiri dan orang lain. Faktor ini dimasukkan untuk memberikan pengalaman yang dapat merangsang pemikiran dan memperoleh pemahaman tentang diri sendiri dan orang lain.

Menurut Watson, perawat memiliki tanggung jawab untuk melampaui 10 faktor karitatif dan memfasilitasi pertumbuhan pasien dalam hal promosi kesehatan melalui tindakan pencegahan kesehatan. Tujuan ini dicapai melalui pengajaran perubahan pribadi kepada pasien untuk meningkatkan kesehatan, memberikan dukungan yang sesuai dengan situasi, mengajarkan metode pemecahan

masalah, dan mengenali keterampilan koping serta adaptasi terhadap kehilangan.

10.6 Teori *Peaceful End-Of-Life Care* (PEOL)

10.6.1 Riwayat dan Pengantar Singkat

Teori ini digagas oleh *Cornelia M. Ruland* dan *Shirley M. Moore*. *Cornelia M. Ruland* menerima gelar doktor dalam keperawatan pada tahun 1998 dari Case Western Reserve University di Cleveland, Ohio. Ruland adalah Direktur Pusat Pengambilan Keputusan Bersama dan Riset Keperawatan di Rumah Sakit Universitas Rikshospitalet di Oslo, Norwegia, dan menjabat sebagai staf pengajar tambahan di Departemen Informatika Biomedis di Universitas Columbia di New York. Sedangkan *Shirley M. Moore* adalah Associate Dean untuk Riset dan Profesor, School of Nursing, Case Western Reserve University. Tahun 1969 menerima diploma keperawatan dari Youngstown Hospital Association School of Nursing dan tahun 1974 menerima gelar sarjana keperawatan dari Kent State University. Tahun 1990 memperoleh gelar master dalam keperawatan psikiatri dan kesehatan mental dan tahun 1993 untuk gelar doktor dalam ilmu keperawatan di Case Western Reserve University. *Shirley M. Moore* telah mengajar teori keperawatan dan ilmu keperawatan kepada mahasiswa keperawatan di berbagai tingkatan dan juga melakukan program penelitian dan pengembangan teori yang berkaitan dengan pemulihan setelah serangan jantung.

Memberikan perawatan yang baik menjadi suatu keharusan yang dilakukan oleh perawat. Salah satu pendekatan keperawatan yang dapat digunakan adalah teori *Peaceful End-Of-Life Care*. Konsep teori ini memberikan panduan bagi perawat dalam mengelola pasien terminal (Ngabonziza *et al.*, 2021). Sehingga, teori ini dapat memberikan sumbangan pengetahuan

yang berharga bagi perawat dan berkontribusi dalam proses perawatan paliatif.

10.6.2 Konsep Teori

Setiap pasien pada masa terminal dan keluarganya tentu mengharapkan akhir yang damai. Olehnya itu, setiap perawat harus memberikan perawatan yang terbaik pada pasien dengan menggunakan pendekatan terbaik. Ruland dan Moor mengemukakan teori ini dengan 5 konsep utama (Higgins and Hansen, 2014), yaitu;

1. Tidak Sedang Sakit

Terbebas dari penderitaan atau tanda-tanda kesengsaraan merupakan elemen penting dalam pengalaman akhir hidup banyak pasien. Nyeri dianggap sebagai pengalaman yang tidak menyenangkan baik secara sensorik maupun emosional yang terkait dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial.

2. Pengalaman Kenyamanan

Definisi kenyamanan secara inklusif adalah keadaan bebas dari ketidaknyamanan, kesejahteraan yang nyaman, dan rasa damai yang memuaskan, serta segala hal yang menjadikan kehidupan lebih mudah atau menyenangkan.

3. Pengalaman Martabat dan Rasa Hormat

Semua individu yang menderita penyakit serius seharusnya mendapatkan penghormatan dan penghargaan sebagai manusia. Konsep ini menggabungkan ide nilai-nilai personal, seperti yang tercermin dalam prinsip etika otonomi atau penghormatan terhadap martabat manusia, yang menyatakan bahwa setiap orang harus diperlakukan sebagai individu yang memiliki otonomi, dan individu dengan keterbatasan otonomi tetap berhak mendapatkan perlindungan.

4. Berada di Damai

Kondisi harmonis terdiri dari aspek fisik, mental, dan spiritual. Kedamaian adalah sensasi ketenangan, keseimbangan, dan kepuasan yang tidak terbebani oleh kekhawatiran, kegelisahan, atau ketakutan.

5. Kedekatan dengan Orang Lain yang Signifikan

Kedekatan adalah sensasi saling terhubung dengan orang lain yang memiliki perhatian. Ini melibatkan ikatan fisik atau emosional yang diekspresikan melalui relasi yang akrab dan penuh kasih.

DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, M. R. (2017) *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka*. Indonesia. Edited by A. Y. S. Hamid and K. Ibrahim. Elsevier (Singapore) Pte Ltd.
- Desbiens, J.-F., Gagnon, J. and Fillion, L. (2012) 'Development of a shared theory in palliative care to enhance nursing competence.', *Journal of advanced nursing*. England, 68(9), pp. 2113–2124. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05917.x.
- Figueiredo de Sá França, J. R. *et al.* (2013) 'The importance of communication in pediatric oncology palliative care: Focus on humanistic nursing theory', *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(3), pp. 780–786. doi: 10.1590/S0104-11692013000300018.
- Higgins, P. A. and Hansen, D. M. (2014) 'Peaceful End-of-Life Theory', in *Nursing Theorists and Their Work*. Eighth. St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby, pp. 701–709.
- Huang, M.-T. *et al.* (2007) '[An experience providing terminal care based on Watson's theory to a cancer patient who lived alone].', *Hu li za zhi The journal of nursing*. China (Republic : 1949-), 54(2), pp. 98–102.
- Kao, Y.-Y., Lin, J.-N. and Wu, P.-C. (2009) '[Caring for a terminal patient with nasopharyngeal carcinoma in the ICU who refuses treatment: a nurse's experience].', *Hu li za zhi The journal of nursing*. China (Republic : 1949-), 56(1), pp. 96–102.
- Kleiman, S. (2010) 'Josephine Paterson and Loretta Zderad's Humanistic Nursing Theory', in Parker, M. E. and Smith, M. C. (eds) *Nursing Theories And Nursing Practice*. 3rd edn. Philadelphia: F. A. Davis Company, pp. 337–350.
- Laferriere, R. H. (1995) 'Orem's theory in practice. Hospice nursing care.', *Home healthcare nurse*. United States, 13(5), pp. 50–54. doi: 10.1097/00004045-199509000-00007.

- Marchuk, A. (2016) 'End-of-life care in the neonatal intensive care unit: applying comfort theory.', *International journal of palliative nursing*. England, 22(7), pp. 317–323. doi: 10.12968/ijpn.2016.22.7.317.
- Menkes RI (2007) *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 812/Menkes/SK/VII/2007 Tentang Kebijakan Perawatan Paliatif*.
- Ngabonziza, S. *et al.* (2021) 'Peaceful End of Life Theory: A Critical Analysis of Its Use to Improve Nursing Practice', *Rwanda Journal of Medicine and Health Sciences*, 4(3), pp. 412–417. doi: 10.4314/rjmhs.v4i3.11.
- Sekse, R. J. T., Hunskår, I. and Ellingsen, S. (2018) 'The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis.', *Journal of clinical nursing*. England, 27(1–2), pp. e21–e38. doi: 10.1111/jocn.13912.
- Vo, T. (2020) 'A Practical Guide for Frontline Workers During COVID-19: Kolcaba's Comfort Theory.', *Journal of patient experience*. United States, 7(5), pp. 635–639. doi: 10.1177/2374373520968392.
- Wantonoro, W. *et al.* (2022) 'Palliative Care: A Concept Analysis Review.', *SAGE open nursing*. United States, 8, p. 23779608221117380. doi: 10.1177/23779608221117379.
- Washington, K. T. *et al.* (2021) 'Comfort Needs of Cancer Family Caregivers in Outpatient Palliative Care.', *Journal of hospice and palliative nursing: JHPN: the official journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*. United States, 23(3), pp. 221–228. doi: 10.1097/NJH.0000000000000744.
- Wu, H. L. and Volker, D. L. (2012) 'Humanistic Nursing Theory: Application to hospice and palliative care', *Journal of Advanced Nursing*, 68(2), pp. 471–479. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05770.x.
- Younas, A. and Quennell, S. (2019) 'Usefulness of nursing theory-guided practice: an integrative review.', *Scandinavian journal of caring sciences*. Sweden, 33(3), pp. 540–555.

BAB 11

END OF LIFE CARE

Oleh Lisa Rizky Amalia

Banyak pasien memutuskan untuk menghabiskan hari-hari terakhirnya di rumah, daripada di rumah sakit. Perawatan akhir hayat adalah perawatan suportif dan penuh kasih sayang yang meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga, hingga dan termasuk masa berkabung. Perawatan akhir hayat menangani masalah fisik, psikologis, dan spiritual orang yang sedang sekarat dan berfokus pada kenyamanan, penghormatan terhadap keputusan, dan dukungan untuk keluarga. Perawatan ini diberikan di mana pun individu tersebut tinggal, baik di rumah, di rumah sakit, panti jompo, hospis, atau fasilitas perawatan di rumah.

11.1 Pengertian

End of life care atau perawatan akhir hayat adalah ungkapan yang dipakai untuk menggambarkan dukungan dan perawatan medis yang diberikan kepada pasien dalam menghadapi akhir hayatnya.

End of life care adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan dukungan dan perawatan medis yang diberikan selama waktu menjelang kematian. Perawatan semacam ini tidak terjadi hanya pada saat-saat sebelum nafas berhenti dan jantung berhenti berdetak. Orang lanjut usia sering hidup dengan satu atau lebih penyakit kronis dan membutuhkan perawatan yang signifikan selama sehari-

hari, berminggu-minggu, dan bahkan berbulan-bulan sebelum meninggal.

Akhir kehidupan mungkin terlihat berbeda tergantung pada preferensi, kebutuhan, atau pilihan orang tersebut. Beberapa orang mungkin ingin berada di rumah saat mereka meninggal, sementara yang lain mungkin lebih memilih perawatan di rumah sakit atau fasilitas sampai akhir hayatnya. Banyak yang ingin dikelilingi oleh keluarga dan teman, tetapi beberapa orang ingin menjauhi orang yang mereka cintai agar tidak menambah kesedihan.

End of life care adalah perawatan yang diberikan untuk meningkatkan kemungkinan kematian yang damai bagi orang yang dicintai, mengikuti keinginan akhir hidupnya, dan memperlakukannya dengan hormat saat dia meninggal.

11.2 Tujuan End of Life Care

Tujuan perawatan *end of life* adalah meringankan penderitaan baik fisik, psikologis dan spiritual yang dialami oleh pasien dan keluarganya melalui pengkajian secara komprehensif dan meningkatkan rasa nyaman. Upaya yang dapat dilakukan misalnya dengan mengurangi penderitaan akibat rasa nyeri, diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien yang sekarat untuk bisa menghadapi kematian dengan tenang. Sedangkan bagi keluarga, 8 tindakan yang diberikan hanya berfokus pada protap teknis untuk mempertahankan hidup pasien. Tidak jarang, upaya penyelamatan yang dilakukan tidak berhasil, sehingga proses kematian yang semestinya lebih humanistik dan bermartabat tidak tercapai (Thurston et al., 2011).

Pada fase akhir hayat, baik pasien maupun keluarga mengalami penderitaan fisik dan psikis. Pasien mungkin saja mengalami rasa sakit yang hebat, kesulitan bernapas, delirium, perasaan yang tidak berdaya, putus asa, rapuh dan tidak menentu bahkan mengalami distress spiritual. Hal-hal tersebut tentu akan berdampak pada kesejahteraan, memperpanjang penderitaan pasien sehingga menjadi hambatan bagi pasien untuk melewati akhir hayat yang bermartabat (Prompahakul et al., 2011). Mendapat informasi yang kuat serta mendapat dukungan psikologis akan membuat mereka lebih terbuka dalam menerima rasa kehilangan. Perawatan pasien menjelang ajal (*end of life care*) di ruang intensif lebih banyak dilakukan oleh perawat dibandingkan dengan tenaga kesehatan lain (Rome et al., 2011). Perawat lebih banyak menghabiskan waktu bersama pasien dan keluarga yang akan menghadapi kematian dibandingkan tim kesehatan lain (Campbell, 2013).

11.3 Prinsip *End of Life Care*

End of Life Care merupakan upaya utama dalam pelayanan klinis bagi pasien dengan penyakit teminal. Adapun prinsip *end of life care* adalah sebagai berikut.

- Asuhan berfokus pada peningkatan *quality of life* (QOL), meliputi manajemen gejala akibat penyakit.
- Pendekatan personal, termasuk pengalaman masa lalu dan kondisi sekarang.
- Peduli terhadap seseorang dengan penyakit lanjut termasuk keluarga atau orang terdekatnya.
- Mengutamakan hak pasien dan pilihan untuk mendapat rencana perawatan lanjut, eksplorasi harapan dan keinginan pasien Menerapkan komunikasi terbuka

terhadap pasien atau keluarga kepada profesional kesehatan.

Lima prioritas utama dalam *end of life care* yaitu sebagai berikut (Leadership Alliance for Dying Care, 2014):

1. Mengenali kemungkinan bahwa seseorang akan meninggal dalam beberapa hari atau beberapa jam ke depan dan mengomunikasikannya dengan jelas; mempertimbangkan dan menangani penyebab yang dapat dibalik jika sesuai/memungkinkan; membuat keputusan dan bertindak sesuai dengan kebutuhan dan keinginan pasien; tinjau ulang secara teratur dan revisi rencana yang sesuai.
2. Berkomunikasi secara sensitif dengan orang yang sekarat dan orang-orang yang dekat dengannya.
3. Libatkan semua orang dalam membuat keputusan sejauh yang mereka inginkan.
4. Dukunglah keluarga dan orang lain yang penting bagi orang yang sekarat dengan mengeksplorasi, menghormati, dan memenuhi kebutuhan mereka jika memungkinkan. kebutuhan mereka jika memungkinkan.
5. Rencanakan perawatan individual termasuk perhatian terhadap nutrisi/hidrasi, observasi dan investigasi fisik, pengobatan rutin dan resep pengendalian gejala antisipatif, dan kebutuhan holistik yang bersifat psikologis dan emosional, sosial dan budaya, spiritual dan berbasis agama. Rencana tersebut harus mencakup keputusan-keputusan spesifik tentang:
 - resusitasi jantung paru
 - memfasilitasi tempat perawatan
 - mendukung asupan makanan dan cairan melalui mulut

- memulai, melanjutkan, atau menghentikan pemberian nutrisi dan/atau hidrasi yang dibantu secara klinis
- observasi dan investigasi
- meninjau pengobatan jangka panjang secara teratur; menghentikan pengobatan yang tidak lagi diperlukan dan mengalihkan pengobatan lainnya ke rute yang memastikan bahwa obat-obat tersebut terus memberikan manfaat
- persepsian obat antisipatif untuk semua lima gejala akhir kehidupan yang umum (yaitu nyeri, sesak napas, sekresi pernapasan, agitasi, mual/muntah) dan masalah lain yang spesifik untuk pasien (misalnya kejang, perdarahan).
- dokumentasikan semua rencana dan semua komunikasi tentang rencana tersebut dengan sangat rinci.
- tinjau pasien yang sekarat, orang-orang yang dekat dengannya, dan rencana perawatan terkait secara rutin dan sesuai kesepakatan setiap hari, minimal sekali sehari.

11.4 Aspek-Aspek *End of Life Care*

Secara umum, orang yang sekarat membutuhkan perawatan di empat bidang: kenyamanan fisik, kebutuhan mental dan emosional, kebutuhan rohani, Dan tugas-tugas praktis. Tentu saja, keluarga dari orang yang sekarat juga membutuhkan dukungan, dengan tugas-tugas praktis dan tekanan emosional (NIH National Institute on Aging, 2022).

11.4.1 Memberi Kenyamanan Fisik

Ketidaknyamanan selama proses sekarat bisa datang dari berbagai sumber. Tergantung pada penyebab ketidaknyamanan, ada hal-hal yang dapat Anda atau penyedia layanan kesehatan lakukan untuk membantu membuat orang yang sekarat lebih nyaman. Misalnya, orang tersebut mungkin merasa tidak nyaman karena:

- Nyeri
- Masalah pernapasan
- Iritasi kulit, termasuk gatal
- Masalah pencernaan
- Sensitivitas suhu
- Kelelahan

Nyeri. Perawatan harus berfokus pada menghilangkan rasa sakit tanpa mengkhawatirkan kemungkinan masalah ketergantungan atau penyalahgunaan obat jangka panjang. Berjuang dengan rasa sakit yang parah bisa menguras tenaga dan membuat orang yang sekarat itu marah atau kesal. Hal ini dapat mempersulit keluarga dan orang terkasih lainnya untuk berkomunikasi dengan orang tersebut dengan cara yang berarti. Pengasuh dan anggota keluarga lainnya dapat memainkan peran penting dalam mengatasi rasa sakit orang yang menjelang ajal. Tetapi untuk mengetahui seberapa besar rasa sakit yang dirasakan pasien bisa menjadi hal yang sulit. Sehingga keluarga harus memperhatikan petunjuk, seperti sulit tidur, menunjukkan agitasi yang meningkat, atau menangis. Jangan takut memberikan obat pereda nyeri sebanyak yang diresepkan oleh dokter.

Nyeri lebih mudah dicegah daripada diredakan, dan nyeri yang parah sulit diatasi. Cobalah untuk memastikan bahwa tingkat rasa sakit tidak melebihi obat pereda nyeri. Beri tahu profesional perawatan kesehatan jika rasa sakit tidak terkontrol karena obat-obatan dapat ditingkatkan atau diubah. Keluarga dapat berkonsultasi dengan spesialis medis paliatif berpengalaman untuk manajemen nyeri pada pasien yang sakit parah.

Morfin adalah opiat, obat kuat yang digunakan untuk mengobati rasa sakit yang serius. Morfin juga dapat diberikan untuk meredakan rasa sesak napas. Berhasil mengurangi rasa sakit dan mengatasi kekhawatiran tentang pernapasan dapat memberikan kenyamanan yang dibutuhkan seseorang yang hampir meninggal. Efek samping mungkin termasuk kebingungan, kantuk, atau halusinasi. Bicaralah dengan tim perawatan kesehatan orang tersebut jika Anda memiliki pertanyaan tentang efek samping morfin atau obat nyeri lainnya.

Masalah Pernapasan. Sesak napas (dispnea) atau perasaan sulit bernapas merupakan pengalaman yang biasa terjadi di akhir hayat. Untuk membantu memudahkan pernapasan orang tersayang, coba angkat kepala tempat tidur, buka jendela, gunakan pelembab udara, atau gunakan kipas angin untuk mengalirkan udara dalam ruangan. Terkadang, morfin atau obat pereda nyeri lainnya dapat membantu meredakan rasa sesak napas.

Ada kalanya orang yang sekarat memiliki pola pernapasan yang tidak normal, yang dikenal sebagai pernapasan Cheyne-Stokes. Pernapasan orang tersebut dapat bergantian antara napas dalam dan berat dan napas pendek atau bahkan tanpa napas. Beberapa orang yang sangat dekat dengan kematian mungkin bernapas dengan

berisik, terkadang disebut derik kematian. Dalam kebanyakan kasus, nafas yang berisik ini tidak membuat orang yang sekarat kesal, meskipun mungkin mengkhawatirkan keluarga dan teman. Anda dapat mencoba memutar orang tersebut untuk beristirahat di satu sisi atau mengangkat kepalanya. Obat resep juga dapat membantu.

Iritasi kulit. Masalah kulit bisa sangat tidak nyaman bagi seseorang saat sekarat. Jaga milik orang itu kulit bersih dan lembab. Oleskan losion bebas alkohol dengan lembut untuk meredakan gatal dan kekeringan. Kekeringan di beberapa bagian wajah, seperti bibir dan mata, bisa menjadi penyebab umum ketidaknyamanan menjelang kematian. Kiat-kiat ini dapat membantu:

- Oleskan balsem atau petroleum jelly ke bibir.
- Oleskan krim mata atau gel dengan lembut di sekitar mata.
- Coba letakkan kain lembab di atas mata tertutup orang tersebut.
- Jika bagian dalam mulut tampak kering, memberikan es batu (jika orang tersebut sadar) atau menyeka bagian dalam mulut orang tersebut dengan kain lembab, bola kapas, atau kapas yang dirawat secara khusus dapat membantu.

Duduk atau berbaring dalam satu posisi dapat memberikan tekanan konstan pada kulit sensitif, yang dapat menyebabkan luka baring yang menyakitkan (terkadang disebut luka tekan). Saat sakit tempat tidur pertama kali terbentuk, kulit menjadi berubah warna atau lebih gelap. Perhatikan baik-baik bintik-bintik yang berubah warna ini, terutama di tumit, pinggul, punggung bawah, dan belakang kepala.

Membalikkan orang di tempat tidur setiap beberapa jam dapat membantu mencegah luka dan kekakuan di tempat tidur. Coba letakkan bantal busa di bawah tumit atau siku orang tersebut untuk mengangkatnya dari tempat tidur dan mengurangi tekanan. Tanyakan kepada anggota tim perawatan kesehatan Anda apakah kasur khusus atau bantal kursi juga dapat membantu.

Masalah pencernaan. Mual, muntah, sembelit, dan kehilangan nafsu makan adalah masalah umum di akhir kehidupan. Menelan juga bisa menjadi masalah. Penyebab dan perawatan untuk gejala ini bervariasi, minta keluarga atau kerabat pasien untuk melaporkan gejala yang terlihat. Obat-obatan dapat mengontrol mual atau muntah atau meredakan sembelit, yang semuanya merupakan efek samping umum dari obat pereda nyeri yang kuat.

Jika pasien kehilangan nafsu makan, cobalah menawarkan makanan favoritnya dengan lembut dalam jumlah sedikit. Sajikan makanan yang sering dan lebih kecil daripada tiga kali lebih besar. Bantu memberi makan jika pasien ingin makan tetapi terlalu lelah atau lemah.

Kehilangan nafsu makan adalah bagian umum dan normal dari kematian. Perawat dan keluarga tidak perlu memaksa pasien untuk makan. Pergi tanpa makanan dan/atau air umumnya tidak menyakitkan, dan makan dan minum dapat menambah ketidaknyamanan orang yang menjelang ajal. Keputusan sadar untuk berhenti makan bisa menjadi bagian dari penerimaan seseorang bahwa kematian sudah dekat.

Sensitivitas **suhu**. Saat seseorang mendekati kematian, tangan, lengan, kaki, atau kaki mereka mungkin dingin saat disentuh. Beberapa bagian tubuh mungkin menjadi lebih gelap atau kebiruan. Orang yang sekarat mungkin tidak dapat memberi tahu bahwa mereka terlalu panas atau terlalu dingin, jadi perhatikan petunjuknya. Misalnya, seseorang yang terlalu hangat mungkin berulang kali mencoba melepas selimut. keluarga bisa melepas selimut dan meletakkan kain dingin di kepala pasien.

Membungkukkan bahu, menarik selimut, dan menggigil bisa menjadi tanda bahwa pasien merasa kedinginan. Pastikan tidak ada angin, pasang penghangat di samping *bedside*, dan tambahkan selimut lagi. Hindari selimut listrik karena bisa menjadi terlalu panas.

Kelelahan. Adalah gejala umum yang dapat terjadi mendekati akhir hidup. Umumnya pasien akan merasa lelah dan memiliki sedikit atau tidak ada energi. Lakukan hal-hal sederhana yang dapat membantu pasien. Misalnya, toilet samping tempat tidur dapat digunakan daripada berjalan ke kamar mandi. Menyediakan bangku agar pasien dapat duduk di kamar mandi, atau mandi spons di tempat tidur juga dapat membantu.

11.4.2 Mengelola Kebutuhan Mental dan Emosional

Perawatan akhir kehidupan juga dapat mencakup membantu pasien mengelola tekanan mental dan emosional di akhir hayat. Seseorang yang waspada menjelang akhir kehidupan mungkin bisa dimengerti merasakannya murung atau cemas. Penting untuk mengobati rasa sakit dan penderitaan emosional. Keluarga bisa memfasilitasi pasien untuk menghubungi konselor. Pengobatan juga dapat membantu jika terjadi depresi atau kecemasan parah.

Orang yang sekarat mungkin juga memiliki ketakutan dan kekhawatiran tertentu. Pasien mungkin takut akan hal yang tidak diketahui, atau khawatir tentang keluarga atau kerabat yang akan ditinggalkan. Beberapa pasien juga takut sendirian di akhir hayat. Perasaan ini bisa diperburuk oleh reaksi keluarga, teman, dan bahkan tim medis. Misalnya, keluarga dan teman mungkin tidak tahu bagaimana membantu atau apa yang harus dikatakan, sehingga mereka berhenti mengunjungi, atau mungkin menarik diri karena sudah berduka. Dokter mungkin merasa tidak berdaya dan menghindari pasien yang sekarat karena tidak dapat membantu mereka lebih jauh.

Beberapa orang mungkin mengalami kebingungan mental dan mungkin memiliki perilaku yang aneh atau tidak biasa, sehingga lebih sulit untuk berhubungan dengan orang yang mereka cintai. Hal ini dapat menambah rasa keterasingan orang yang sekarat. Berikut adalah beberapa tips yang dapat membantu mengelola kebutuhan mental dan emosional:

- **Berikan kontak fisik.** Cobalah berpegangan tangan atau pijat lembut.
- **Atur suasana hati yang nyaman.** Beberapa orang lebih suka saat-saat tenang dengan lebih sedikit orang. Gunakan pencahayaan lembut di dalam ruangan.
- **Mainkan musik dengan volume rendah.** Ini dapat membantu relaksasi dan mengurangi rasa sakit.
- **Libatkan orang yang sekarat.** Jika pasien masih dapat berkomunikasi, tanyakan apa yang mereka butuhkan.
- **Hadir.** Kehadiran keluarga dan orang terdekat adalah hadiah terbesar yang bisa diberikan kepada orang yang sedang sekarat. Ajak pasien bicara atau bacakan sesuatu. Meskipun pasien tidak dapat menjawab, umumnya orang dalam kondisi tidak sadar tetap bisa

mendengar orang yang berbicara di dekatnya. Jika pasien dapat berbicara, dengarkan dengan penuh perhatian apa yang mereka sampaikan.

11.4.3 Kebutuhan Spiritual pada Akhir Kehidupan

Bagi orang-orang yang menjelang akhir hayat, kebutuhan rohani mungkin sama pentingnya dengan kebutuhan fisik mereka. Kebutuhan spiritual dapat mencakup menemukan makna dalam hidup seseorang, mengakhiri perselisihan dengan orang lain, atau berdamai dengan keadaan hidup. Orang yang sekarat mungkin menemukan kenyamanan dalam menyelesaikan masalah yang tidak terselesaikan dengan teman atau keluarga. Kunjungan dari pekerja sosial atau konselor dapat membantu.

Banyak orang menemukan penghiburan dalam iman mereka. Orang lain mungkin bergumul dengan iman atau keyakinan spiritual mereka. Berdoa, membaca teks religi, atau mendengarkan musik religi dapat membantu. Orang tersebut juga dapat berbicara dengan seseorang dari komunitas agamanya, seperti menteri, pendeta, rabi, atau imam.

Keluarga dan teman-teman dapat berbicara dengan orang yang sekarat tentang pentingnya hubungan mereka. Misalnya, anak-anak dewasa mungkin menceritakan bagaimana ayah mereka telah memengaruhi jalan hidup mereka. Cucu dapat memberi tahu kakek mereka betapa berartinya dia bagi mereka. Teman dapat berbagi bagaimana mereka menghargai dukungan dan persahabatan selama bertahun-tahun. Keluarga dan teman yang tidak dapat hadir secara langsung dapat mengirimkan rekaman video atau

audio tentang apa yang ingin mereka katakan, atau surat untuk dibacakan dengan keras.

Berbagi kenangan indah adalah cara lain beberapa orang untuk menemukan kedamaian di dekat kematian. Hal ini dianggap bisa menghibur semua orang. Beberapa dokter berpendapat bahwa orang yang sekarat masih dapat mendengar meskipun mereka tidak sadar. Sebagai seorang tenaga kesehatan, perawat diharapkan selalu berkomunikasi pada pasien, baik dalam keadaan sadar maupun tidak. Saat masuk ke ruangan, kenalkan diri dengan orang tersebut.

Adakalanya pasien sekarat tampak bingung, tetapi tiba-tiba dapat berpikir jernih. Manfaatkan momen-momen ini tetapi pahami bahwa itu kemungkinan hanya sementara dan belum tentu merupakan tanda terjadi perubahan lebih baik. Kadang-kadang, orang yang sekarat muncul untuk melihat atau berbicara dengan seseorang yang tidak ada. Tahan godaan untuk menginterupsi atau mengoreksinya, atau mengatakan bahwa mereka sedang membayangkan sesuatu. Beri orang yang sekarat ruang untuk mengalami realitas mereka sendiri. Kadang-kadang orang yang sekarat akan melaporkan mimpi bertemu kerabat, teman, atau tokoh agama yang telah meninggal. Orang yang sekarat mungkin memiliki berbagai reaksi terhadap mimpi seperti itu, tetapi seringkali, mimpi itu cukup menghiburnya.

11.4.4 Memberikan Dukungan untuk Tugas-Tugas Praktis

Banyak pekerjaan praktis yang perlu dilakukan di akhir kehidupan baik untuk meringankan orang yang sedang sekarat maupun untuk mendukung pengasuh. Seseorang yang sekarat mungkin khawatir tentang siapa yang akan mengurus hal-hal ketika mereka pergi. Seorang anggota

keluarga atau teman dapat menawarkan jaminan yang mungkin dapat membantu memberikan meringankan beban pasien. Pasien dan keluarga juga dapat mengingatkan orang yang sekarat bahwa urusan pribadi mereka ada di tangan yang tepat.

Tugas sehari-hari juga dapat menjadi sumber kekhawatiran bagi seseorang yang sedang sekarat dan dapat membuat pengasuh kewalahan. Seorang anggota keluarga atau teman dapat memberi pengasuh istirahat yang sangat dibutuhkan dengan membantu pekerjaan kecil sehari-hari di sekitar rumah seperti mengambil surat, menulis pesan telepon, mencuci pakaian, memberi makan hewan peliharaan keluarga, atau menjemput obat dari apotik.

Pengasuh juga mungkin merasa kewalahan memberi tahu teman dekat dan keluarga. Anggota keluarga atau teman dapat membantu menyiapkan pesan suara keluar, blog, daftar email, halaman facebook pribadi, atau bahkan pohon telepon untuk membantu mengurangi jumlah panggilan yang harus dilakukan oleh pengasuh. Tercantum di bagian akhir artikel ini adalah beberapa organisasi yang membuat penyiapan sumber daya tersebut mudah dan aman.

11.5 Peran dan Fungsi Perawat

Peran dan fungsi perawat dalam menjalankan peran dan fungsi perawat dalam *palliative care*, perawat harus menghargai hak-hak pasien dalam menentukan pilihan, memberikan kenyamanan pasien dan pasien merasa bermartabat yang sudah tercermin didalam rencana asuhan keperawatan. Perawat memiliki tanggung jawab mendasar untuk mengontrol gejala dengan mengurangi penderitaan dan memberikan dukungan sesuai kebutuhan pasien. Peran

perawat sebagai pemberi layanan *palliative care* harus didasarkan pada kompetensi perawat yang sesuai kode etik keperawatan (Combs et al., 2014).

Peran perawat dalam perawatan pasien menjelang ajal (*end of life care*) yaitu memberikan perawatan yang berkesinambungan untuk membantu keluarga pasien mengambil keputusan terhadap terapi dan membantu pasien untuk mencapai kematian yang bermartabat, menyediakan waktu khusus bagi perawat untuk bisa berdiskusi dengan keluarga dalam mengidentifikasi kebutuhan pasien dan keluarga, memberi dukungan secara emosional, memberikan informasi yang adekuat, melakukan koordinasi dalam perawatan untuk memenuhi kebutuhan pasien dan kewenangan untuk bertindak atas nama pasien mereka (Silveira et al., 2015). Tugas perawat dalam perawatan pasien yang menjelang ajal yaitu memberikan perawatan yang nyaman, memberikan informasi dan advokasi pasien dan keluarganya, mendorong refleksi dan implikasi dari perawatan akhir hayat (Lewis, 2013).

11.6 Peran Keluarga Sebagai *Care Giver*

Keluarga dan teman-teman mungkin ingin memberikan bantuan kepada pengasuh utama sementara mereka berfokus pada orang tercinta yang sedang sekarat. Perlu diingat bahwa pengasuh mungkin tidak tahu persis apa yang dibutuhkan dan mungkin merasa kewalahan dengan menjawab pertanyaan. Jika pengasuh terbuka untuk menerima bantuan, berikut adalah beberapa pertanyaan yang mungkin Anda tanyakan:

- *Apa kabarmu? Apakah Anda membutuhkan seseorang untuk diajak bicara?*

- *Apakah Anda ingin keluar selama satu atau dua jam? Aku bisa tinggal di sini saat kau pergi.*
- *Siapa yang menawarkan untuk membantu Anda? Apakah Anda ingin saya bekerja dengan mereka untuk mengoordinasikan upaya kami?*
- *Dapatkah saya membantu... mungkin mengajak anjing jalan-jalan, menjawab telepon, pergi ke toko obat atau toko kelontong, atau menjaga anak-anak (misalnya)... untuk Anda?*

Memberikan kenyamanan dan perhatian bagi seseorang di akhir hayat dapat melelahkan secara fisik dan emosional. Jika Anda adalah pengasuh utama, mintalah pertolongan jika kamu membutuhkannya dan menerima bantuan ketika ditawarkan. Jangan ragu untuk menyarankan tugas tertentu kepada seseorang yang menawarkan bantuan. Teman dan keluarga biasanya sangat ingin melakukan sesuatu untuk Anda dan orang yang sedang sekarat, tetapi mereka mungkin tidak tahu apa yang harus dilakukan.

Pada akhirnya, pertimbangkan bahwa mungkin tidak ada kematian yang “sempurna”, jadi lakukan saja yang terbaik untuk orang yang Anda cintai. Rasa sakit yang mendalam karena kehilangan seseorang yang dekat dengan Anda dapat sedikit dilunakkan dengan mengetahui bahwa, ketika Anda dibutuhkan, Anda melakukan apa yang Anda bisa.

11.7 Hak-Hak Pasien *End Of Life Care*

Setiap tindakan yang diambil terhadap seseorang harus dijiwai dengan rasa hormat kepada mereka dan pengakuan atas hak-hak dan kebebasan mereka. Seseorang harus selalu diperlakukan dengan penuh pengertian, kasih sayang,

kesopanan, dan keadilan, serta dengan menghormati martabat, otonomi, keinginan, kebutuhan, dan keselamatan mereka. Selain itu, anggota tim perawatan yang bertanggung jawab terhadap pasien harus membangun dan memelihara komunikasi yang terbuka dan jujur dengan pasien.

1. Hak-hak menerima perawatan di akhir hayat

Seseorang memiliki hak untuk menerima perawatan dan pengobatan di akhir hayat yang diperlukan oleh kondisi kesehatannya dan diberikan akses ke perawatan yang berkualitas sesuai dengan kebutuhannya, terutama untuk mencegah dan meringankan penderitaannya.

Perawatan akhir hayat disediakan di lembaga-lembaga dalam jaringan layanan kesehatan dan sosial, di rumah perawatan paliatif, dan di rumah. Setiap institusi atau hospes perawatan paliatif harus memiliki kebijakan tentang perawatan akhir hayat yang menetapkan sifat dan luasnya perawatan yang disediakan di bawah atapnya. Penting bagi pasien dan orang-orang yang dekat dengan mereka untuk membaca kebijakan ini sebelum memilih tempat di mana mereka akan menerima perawatan. Selain itu, institusi dalam sistem kesehatan harus menyediakan kamar pribadi di hari-hari terakhir menjelang kematian bagi pasien yang berada di akhir hayatnya atau yang memenuhi syarat untuk mendapatkan bantuan medis dalam keadaan sekarat.

2. Hak mendapat bantuan medis dalam keadaan sekarat

Hanya orang yang sudah cukup umur dan mampu memberikan persetujuan perawatan yang dapat meminta untuk menerima bantuan medis dalam keadaan sekarat. Tidak ada orang lain yang dapat melakukannya untuk mereka. Selain itu, pasien akhir hayat harus memenuhi

semua kriteria yang ditetapkan dalam Undang-Undang tentang perawatan akhir hayat dan kriteria yang ditetapkan dalam KUHP untuk menerima perawatan ini.

Pada tahun 2019, keputusan Baudouin membatalkan persyaratan akhir hayat. Mulai tahun 2020, seseorang yang tidak berada di akhir hayatnya tetapi memenuhi semua kriteria yang ditetapkan dalam Undang-Undang mengenai perawatan akhir hayat dapat meminta bantuan medis dalam keadaan sekarat.

3. Hak menolak atau mencabut persetujuan perawatan

Setiap pasien, baik yang berada di akhir hayatnya maupun tidak, memiliki hak untuk menolak perawatan atau meminta agar perawatan dihentikan. Hal ini mencakup pilihan untuk diberi makan, diberi cairan buatan, atau menerima perawatan paliatif. Apa pun alasannya, seseorang berhak untuk menolak perawatan, bahkan jika hal ini berisiko memperpendek usia mereka. Hak pasien untuk mendapatkan perawatan di akhir hayatnya tidak dapat ditolak karena mereka sebelumnya menolak atau menarik persetujuan mereka untuk mendapatkan perawatan.

4. Hak untuk diwakili

Untuk menerima perawatan, setiap orang harus secara bebas memberikan persetujuan kepada tenaga kesehatan. Ketika seseorang menjadi tidak mampu memberikan persetujuan atas perawatan, mereka tidak dapat lagi mengambil keputusan terkait perawatan yang dibutuhkan oleh kondisi kesehatan mereka. Dalam hal ini, orang lain dapat memberikan persetujuan atas nama mereka. Orang tersebut dapat berupa perwakilan hukum mereka (wali, pengampu, atau kurator), kerabat dekat

(misalnya pasangan mereka), atau orang yang dapat menunjukkan bahwa mereka memiliki kepentingan tertentu terhadap mereka. Dalam semua keadaan, orang ini harus bertindak untuk kepentingan mereka dan, sejauh mungkin, mematuhi keinginan yang diungkapkan oleh pasien ketika mereka mampu melakukannya.

Orang yang meminta bantuan medis dalam keadaan sekarat tidak dapat meminta orang lain untuk mewakili mereka. Mereka harus dapat menyetujui semua tahap perawatan. Namun, per tanggal 11 Juni 2021, Undang-Undang tentang perawatan di akhir hayat mengizinkan orang-orang di akhir hayat yang memenuhi semua kriteria untuk menerima bantuan medis dalam keadaan sekarat untuk menerima bantuan ini meskipun mereka tidak mampu menyetujui perawatan pada saat bantuan diberikan. Namun demikian, orang-orang ini harus telah menyetujui untuk menerima perawatan ini secara tertulis di hadapan seorang ahli kesehatan dalam waktu 90 hari sebelum tanggal pemberian bantuan medis dalam keadaan sekarat.

Namun demikian, setiap penolakan untuk menerima bantuan medis dalam keadaan sekarat yang dinyatakan oleh pasien harus dihormati oleh dokter. Oleh karena itu, bantuan medis dalam keadaan sekarat tidak boleh diberikan.

5. Hak untuk menyatakan keinginan perawatan

Setiap orang, baik di akhir hayatnya maupun tidak, memiliki hak untuk menyatakan keinginannya untuk mendapatkan perawatan apabila ia tidak mampu memberikan persetujuan untuk mendapatkan perawatan. Mereka dapat melakukan hal ini dengan cara:

- secara lisan memberitahukan kepada orang-orang yang dekat dengan mereka tentang keinginan mereka untuk mendapatkan perawatan;
- menulis surat wasiat;
- menuliskan keinginan mereka di selembar kertas, memberi tanggal dan menandatangani;
- merekam video di mana mereka mengungkapkan keinginan mereka;
- membuat surat wasiat untuk mengantisipasi ketidakmampuan;

11.8 Faktor Penting Pelaksanaan EOLC

Pada pelaksanaan *end of life care*, keluarga dan tenaga kesehatan harus tetap memperhatikan keinginan pasien yang dapat dilakukan dengan cara berikut.

1. Meminta pasien mengungkapkan keinginannya dalam sebuah diskusi dengan dokter, kemudian mencatatnya dalam formulir tingkat intervensi medis;
2. Meminta pasien mengungkapkan keinginan mereka melalui arahan medis tingkat lanjut.
3. Orang-orang terdekat pasien dapat menyampaikan keluhannya terkait proses perawatan atau layanan yang diterima dalam jaringan layanan kesehatan dan sosial kepada Komisioner Keluhan dan Kualitas Layanan, atau mengenai perawatan atau layanan yang diterima dari dokter di luar jaringan layanan kesehatan dan sosial. Keluhan yang berkaitan dengan perawatan akhir hayat akan ditangani sebagai prioritas.

DAFTAR PUSTAKA

- Browning, A. M. (2013). Moral distress and psychological empowerment in critical care nurses caring for adults at end of life. *American Journal of Critical Care*, 22(2), 143–151. <https://doi.org/10.4037/ajcc2013437>
- Campbell, M. L. (2013). *Nurse to nurse: palliative care*. Salemba Medika.
- Combs, E., DiBiase, J. R., Freeman, N., Gibson, A. J., HuberBeddard, E., Hirtle, I., Hanvey, L., Lavoei, M., McQuinn, A. P., MacArthur, W., Rodney, P., Stenekes, S., Storch, J., Trueman, C. G., Tschantz, C., Woytkiw, T., & Wright, K. D. (2014). *Joint position statement: the palliative to care and the role of the nurse*. CNA, CHPCA, & CHPCA-NG.
- Leadership Alliance for Dying Care. (2014). *Leadership alliance for the care of dying people: engagement with patients, families, carers and professionals*. https://www.engage.england.nhs.uk/consultation/care-dying-ppl-engage/supporting_documents/lacdpengage.pdf
- Lewis, K. (2013). How nurses can help ease patient transitions to end of life care. *Nursing Older People*, 25(8), 22–26. <https://doi.org/DOI.10.7748/nop2013.10.25.8.22.e479>
- Margaret, L. C. (2013). *Nurse to nurse: palliative care*. Salemba Medika.

- Morton, P. G., Fontaine, D., Hudak, C. M., & Gallo, M. B. (2013). *Critical care nursing: a holistic approach* (Lippincott Williams & Wilkins Inc, Ed.; 8th ed.). United States of America.
- NIH National Institute on Aging. (2022, November 17). *Providing care and comfort at the end of life*. NIH National Institute on Aging (NIA). <https://www.nia.nih.gov/health/providing-comfort-end-life#:~:text=Generally%20speaking%2C%20people%20who%20are,spiritual%20needs%2C%20and%20practical%20tasks.>
- Prompahakul, C., Nilmanat, K., & Kongsuwan, W. (2011). Review: factors relating to nurses' caring behaviors for dying patients. In *Nurse Media Journal of Nursing* (Vol. 1, Issue 1). <https://doi.org/DOI:10.14710/nmjn.v1i1.744>
- Rome, R. B., Luminais, H. H., Bourgeois, D. A., & Blais, C. M. (2011). *The role of palliative care at the end of life* (4th ed., Vol. 11). The Ochsner Journal.
- Silveira, M. J., Kim, S. Y. H., & Langa, K. M. (2015). Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death. In *N Engl J Med* (Vol. 362). <http://hrsonline.isr.umich.edu>.
- Thurston, A. J., Wilson, D. M., & Hewitt, J. A. (2011). Current end-of-life care needs and care practices in acute care hospitals. *Nursing Research and Practice*, 2011, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2011/869302>

BAB 12

ASUHAN KEPERAWATAN PALIATIF

Oleh Dewi Nurviana Suharto

12.1 Pendahuluan

Perawatan paliatif pertama kali didirikan oleh seorang dokter bernama Cicely Mary Strode Saunders. Lahir pada tanggal 22 Juni 1918 di Inggris, pada usia 20 tahun Saunders menempuh pendidikan di Universitas Oxford untuk belajar politik, filsafat dan ekonomi. Ketika perang Dunia II meletus, ia meninggalkan Oxford untuk menempuh pendidikan perawat di Rumah Sakit St Thomas London, hingga akhirnya Saunders mengalami cedera punggung dan memaksanya berhenti menjadi perawat. Selanjutnya Saunders mengikuti pelatihan sebagai pekerja sosial medis. Pada tahun 1951 di usia 33 tahun Sauder memulai pendidikan kedokteran dan ia memperoleh gelar dokter pada tahun 1957, ia menjadi dokter moder pertama yang mengabdikan karirnya untuk pasien sekarat (African Palliative Care Association, 2023).

Pada tahun-tahun berikutnya, Saunders mulai bekerja di Rumah Sakit St Joseph di East End, London. Di sinilah ia merumuskan prinsip-prinsipnya untuk program hospis modern dan perawatan paliatif, mengembangkan pendekatan sistematis untuk menangani rasa sakit pada pasien yang sakit parah. Dengan meringankan rasa sakit fisik, ia beralasan, sebagian besar rasa sakit mental dan emosional pasien juga dapat diringankan. Dia juga membuat perbedaan

antara nyeri ringan, sedang, dan berat, dengan rekomendasi pengobatan yang berbeda untuk setiap tingkat. Selain itu, ia mengembangkan sistem pencatatan yang inovatif, menggunakan kartu-kartu untuk melacak 1.100 pasien yang dirawat (Crossroads Hospice, 2017).

Pendekatan Saunders memberikan perhatian penuh pada kebutuhan pasien dalam hal komponen fisik, sosial, emosional dan spiritual (yang disebutnya sebagai perspektif "*total pain*"). Idenya adalah untuk fokus pada perawatan pasien secara keseluruhan dan merangkul keluarga dan teman pasien sebagai bagian dari perawatan tersebut. Pendekatan Saunders membantu memandu pengembangan perawatan paliatif dan filosofi hospis modern (Crossroads Hospice, 2017)

Perawatan paliatif didefinisikan sebagai perawatan untuk meringankan nyeri dan gejala lainnya serta mendukung kualitas hidup pasien dan keluarga dengan penyakit kronis tahap lanjut (Isenberg *et al.*, 2016). Perawatan paliatif adalah pendekatan yang meningkatkan kualitas hidup pasien (dewasa dan anak-anak) dan keluarga mereka yang menghadapi masalah terkait dengan penyakit yang mengancam jiwa. Pendekatan ini mencegah dan mengurangi penderitaan melalui identifikasi dini, penilaian yang benar, pengobatan nyeri dan masalah lain, baik fisik, psikososial maupun spiritual (Schroeder and Lorenz, 2018). Mengatasi penderitaan melibatkan penanganan masalah di luar gejala fisik. Perawatan paliatif menggunakan pendekatan tim untuk mendukung pasien dan pengasuh mereka. Hal ini termasuk memenuhi kebutuhan praktis dan memberikan konseling duka cita. Perawatan ini menawarkan sistem dukungan untuk membantu pasien hidup seaktif mungkin sampai kematian.

Perawatan paliatif diperlukan untuk berbagai macam penyakit. Mayoritas orang dewasa yang membutuhkan asuhan paliatif memiliki penyakit kronis seperti penyakit kardiovaskular (38,5%), kanker (34%), penyakit pernapasan kronis (10,3%), AIDS (5,7%), dan diabetes (4,6%). Banyak kondisi lain yang mungkin memerlukan perawatan paliatif, termasuk gagal ginjal, penyakit hati kronis, multiple sclerosis, penyakit Parkinson, artritis rematoid, penyakit saraf, demensia, kelainan bawaan, dan TBC yang kebal obat (World Health Organization (WHO), 2020).

Setiap tahun diperkirakan 56,8 juta orang membutuhkan perawatan paliatif, sebagian besar dari mereka tinggal di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Untuk anak-anak, 98% dari mereka yang membutuhkan perawatan paliatif tinggal di negara berpenghasilan rendah dan menengah dengan hampir setengahnya tinggal di Afrika

12.2 Konsep Keperawatan Paliatif

Perawatan paliatif adalah jenis perawatan yang diinginkan untuk diri kita sendiri dan orang-orang yang kita cintai. Perawatan ini meringankan penderitaan fisik, psikologis dan spiritual yang disebabkan oleh penyakit berdampak membatasi hidup dari saat diagnosis hingga akhir hayat, dan bahkan dukungan duka bagi anggota keluarga (Alnajjar *et al.*, 2023).

12.2.1 Perawatan paliatif

Perawatan paliatif atau disebut juga *hospis care* merupakan jenis perawatan yang diberikan oleh perawat kepada pasien untuk membantu meringankan penderitaan

pasien dan keluarga melalui evaluasi kebutuhan fisik, psikologis dan spiritual. Perawat memberikan manajemen perawatan untuk mengurangi gejala akibat penyakit, mendidik keluarga tentang proses kematian dan memberikan dukungan dan kenyamanan kepada pasien (Pyke-Grimm *et al.*, 2021).

Keperawatan paliatif disebut juga dengan pendekatan keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dengan penyakit kronis atau diakhir dari keparahan penyakit yang mengancam kehidupan melalui identifikasi sedini mungkin kondisi pasien, menilai serta memberikan penanganan untuk mengurangi nyeri dan masalah-masalah lain baik fisik, psikososial dan spiritual (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2007).

Perawatan paliatif adalah suatu pendekatan yang ditujukan kepada pasien dengan penyakit yang mengancam jiwa untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarganya yang mengalami masalah yang berkaitan dengan penyakit yang diderita melalui perawatan dan pengurangan penderitaan melalui sentuhan awal dan penilaian serta pengobatan yang cermat terhadap rasa sakit dan masalah fisik, psikologis, dan spiritual (World Health Organization (WHO), 2020).

12.2.2 Tujuan Perawatan Paliatif

Perawatan paliatif merupakan suatu pendekatan yang bertujuan untuk mengurangi permasalahan pasien melalui pengurangan gejala penyakit, memperbaiki kualitas hidup, mempersiapkan pasien dari sisi psikologis dan spiritual, memberikan dukungan kepada keluarga pasien diakhir kehidupan pasien dengan penyakit yang dideritanya (M.

Brant, 2015). Tujuan perawatan paliatif menurut para ahli yaitu :

1. Memberikan bantuan untuk mengurangi rasa sakit dan penderitaan lainnya akibat gejala-gejala yang ditimbulkan oleh penyakit menjelang kematian seseorang
2. Menegaskan tentang proses kehidupan dan menganggap kematian sebagai hal yang normal
3. Tidak bermaksud untuk mempercepat atau menunda kematian
4. Mengintegrasikan perawatan psikologis dan spiritual dalam aspek perawatan pasien
5. Memfasilitasi sistem pendukung untuk membantu pasien hidup seaktif mungkin sampai mati
6. Memfasilitasi sistem pendukung untuk membantu keluarga mengatasi rasa kehilangan selama pasien sakit
7. Menggunakan pendekatan tim untuk memenuhi kebutuhan pasien dan keluarganya, termasuk berkabung dan konseling, jika diindikasikan
8. Meningkatkan kualitas hidup dan hal – hal positif yang mempengaruhi perjalanan penyakit
9. Dapat diterapkan pada awal perjalanan penyakit, bersamaan dengan terapi lain yang bertujuan untuk memperpanjang hidup, seperti kemoterapi atau terapi radiasi. Hal ini diperlukan untuk lebih memahami dan mengelola komplikasi klinis yang menyedihkan.

12.2.4 Penyakit dan Gejala yang sesuai dengan Perawatan Paliatif

Perawatan paliatif sesuai untuk penyakit apa pun yang menyebabkan rasa sakit dan ketidaknyamanan jangka panjang dan/atau untuk kondisi kronis yang menyebabkan gejala berkala (Macleod and Block, 2019). Beberapa contoh

penyakit yang umum dicari orang untuk perawatan paliatif meliputi :

1. Kanker
2. Penyakit Jantung (CHF)
3. Penyakit Pernapasan (PPOK)
4. Penyakit Gagal Ginjal
5. HIV/AIDS
6. Penyakit Hati Kronis
7. Multiple Sclerosis (MS)
8. Penyakit Alzheimer
9. Stroke (CVA)
10. Sklerosis Lateral Amyotrophic (ALS)

Sedangkan beberapa gejala yang umumnya sering dialami oleh pasien dengan penyakit kronis atau penyakit yang mengancam jiwa (Cross, 2019) yaitu :

1. Sesak Napas
2. Mual/Muntah
3. Diare
4. Konstipasi
5. Kehilangan Napsu makan
6. Kelelahan
7. Depresi
8. Kesulitan Tidur
9. Kecemasan
10. Tekanan emosional
11. Masalah spiritual

12.3 Asuhan Keperawatan Paliatif

Asuhan Keperawatan paliatif merupakan perawatan yang berpusat pada pasien dan keluarga yang mengoptimalkan kualitas hidup dengan mengantisipasi, mencegah, dan mengobati penderitaan. Perawatan paliatif

terjadi di seluruh rangkaian perawatan dan melibatkan tim interdisipliner yang secara kolaboratif memenuhi kebutuhan fisik, intelektual, emosional, sosial, dan spiritual serta memfasilitasi otonomi pasien, akses terhadap informasi, dan pilihan. Memberikan perawatan di akhir hayat serupa untuk pasien dengan berbagai macam diagnosis medis. Hal ini mencakup berbagai dimensi perawatan, termasuk aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual:

1. Fisik: Kemampuan fungsional, kekuatan/kelelahan, tidur/istirahat, mual, nafsu makan, konstipasi, dan nyeri
2. Psikologis: Kecemasan, depresi, kenikmatan/kesenangan, rasa sakit, kesusahan, kebahagiaan, ketakutan, dan kognisi/perhatian
3. Sosial: Beban keuangan, beban pengasuh, peran/hubungan, kasih sayang, dan penampilan
4. Spiritual: Harapan, penderitaan, makna rasa sakit, religiusitas, dan transendensi.

12.3.1 Pengkajian

1. Pengkajian Fisik

Banyak pasien dengan penyakit serius yang membatasi hidup memiliki gejala umum yang dapat dinilai, dicegah, dan dikelola oleh perawat untuk mengoptimalkan kualitas hidup mereka. Gejala-gejala ini meliputi nyeri, dispnea, batuk, anoreksia dan cachexia, konstipasi, diare, mual dan muntah, depresi, kecemasan, perubahan kognitif, kelelahan, cedera akibat tekanan, kejang, dan gangguan tidur. Manajemen gejala yang baik dapat meningkatkan kualitas hidup dan fungsi pada semua kondisi penyakit kronis. Perawat memainkan peran penting dalam mengenali gejala-gejala ini dan mengomunikasikannya kepada tim interdisipliner untuk manajemen yang optimal. Rencana perawatan harus

selalu didasarkan pada tujuan pasien dan definisi mereka tentang kualitas hidup.

1. Nyeri

Nyeri sering didefinisikan sebagai "apa pun yang dikatakan oleh pasien yang mengalaminya, ada kapan pun ia mengatakannya." Ketika pasien tidak dapat melaporkan rasa sakitnya secara verbal, penting untuk menilai indikator non verbal dan perilaku nyeri. Tujuannya adalah untuk menyeimbangkan keinginan pasien untuk menghilangkan rasa nyeri, bersama dengan keinginan pasien untuk mengelola efek samping dan rasa nyeri yang berlebihan (Nelson-Marten and English, 2015).

Meminta pasien untuk menilai tingkat keparahan nyeri mereka pada skala dari 0 sampai 10, dengan "0" berarti tidak ada nyeri dan "10" berarti nyeri terburuk yang dapat dibayangkan adalah pertanyaan umum yang digunakan untuk menyaring pasien yang mengalami nyeri. Namun, menurut persyaratan *The Joint Commission* yang dijelaskan sebelumnya, pertanyaan ini dapat digunakan untuk menyaring pasien yang mengalami nyeri, tetapi diperlukan penilaian nyeri yang menyeluruh. Selain itu, tujuan fungsi kenyamanan pasien harus dinilai. Sasaran fungsi kenyamanan memberikan dasar bagi rencana perawatan nyeri individual pasien dan digunakan untuk mengevaluasi efektivitas intervensi.

Memonik "PQRSTU," "OLDCARTES," atau "COLDSPA" sangat membantu dalam mengingat serangkaian pertanyaan standar yang digunakan untuk mengumpulkan data tambahan mengenai rasa sakit pasien. untuk pertanyaan-pertanyaan yang terkait dengan pengkajian "PQRSTU". Ketika

mewawancarai pasien mengenai rasa nyeri, gunakan pertanyaan terbuka agar pasien dapat menguraikan informasi yang dapat meningkatkan pemahaman perawat mengenai kekhawatiran pasien. Jika jawaban pasien tidak selaras, lanjutkan dengan mengajukan pertanyaan terfokus untuk memperjelas informasi. Sebagai contoh, jika pasien menyatakan bahwa "rasa sakitnya dapat ditoleransi" tetapi juga menilai rasa sakitnya sebagai "7" pada skala nyeri 0-10, jawaban-jawaban ini tidak selaras, dan perawat harus terus menggunakan pertanyaan lanjutan dengan menggunakan kerangka kerja PQIRSTU. Setelah ditanya lebih lanjut, pasien menjelaskan bahwa mereka menilai rasa sakit sebagai "7" pada lututnya saat berpartisipasi dalam latihan terapi fisik, tetapi saat ini merasa rasa sakitnya dapat ditoleransi saat beristirahat di tempat tidur. Informasi tambahan ini membantu perawat untuk menyesuaikan intervensi untuk pengobatan yang efektif dengan mengurangi potensi pemberian obat yang berlebihan dengan efek samping yang terkait.

P	Provocative Palliative
Q	Quality Quantity
R	Region Radiation
S	Severity
T	Timing Treatment
U	Understanding

Gambar 12.1. PQIRSTU Assessment

PQRSTU	Pertanyaan yang relevan dengan nyeri
Provocation/Palliation (Provokasi/	Apa yang membuat rasa nyeri anda memberat/memburuk ? Apa yang membuat rasa nyeri anda membaik ?
Quality (Kualitas)	Seperti apa nyeri yang anda rasakan ? Note : Perawat dapat memberikan gambaran kualitas nyeri seperti : menusuk dan terbakar
Region (Area)	Dimana tepatnya anda merasakan nyeri ? apakah nyeri berpindah-pindah atau menjalar ke tempat lain ? Note : Perintahkan pasien untuk menunjuk lokasi nyeri
Severity (Skala)	Bagaimana Anda menilai rasa sakit Anda pada skala 0 hingga 10, dengan "0" berarti tidak ada rasa sakit dan "10" berarti rasa sakit terburuk
Timing/Treatment (Waktu/pengobatan)	Kapan rasa sakit itu dimulai? Apa yang sedang Anda lakukan saat rasa nyeri mulai muncul? Apakah rasa sakitnya konstan atau datang dan pergi? Jika rasa sakitnya terputus-putus, kapan rasa sakit itu terjadi? Berapa lama rasa sakit itu berlangsung? Apakah Anda sudah mengonsumsi sesuatu untuk membantu meredakan nyeri?
Understanding (Memahami)	Menurut Anda, apa yang menyebabkan nyeri yang anda rasakan ?

Selain menggunakan PQRSTU, perawat juga dapat menggunakan OLDCARATES dan COLDDSPA sebagai alternatif untuk mengkaji nyeri yang dirasakan oleh pasien (Macleod and Block, 2019).

Onset	: Kapan rasa nyeri dimulai? Berapa lama berlangsung?
Location	: Di mana letak rasa sakitnya?
Duration	: Sudah berapa lama rasa sakit itu berlangsung? Berapa lama sebuah episode berlangsung?
Characteristics	: Seperti apa rasa sakitnya? Dapatkah rasa nyeri digambarkan dengan istilah seperti menusuk, menggerogoti, tajam, tumpul, sakit, menusuk, atau menghancurkan?
Aggravating factors	: Apa yang menyebabkan rasa sakit? Apa yang membuat rasa sakit semakin parah? Apakah ada pemicu seperti gerakan, posisi tubuh, aktivitas, makan, atau lingkungan?
Radiating	: Apakah nyeri menjalar ke area atau tubuh lain, atau apakah nyeri tetap di satu tempat?
Treatment	: Apa yang telah dilakukan untuk meredakan nyeri dan apakah itu membantu? Contohnya termasuk pengobatan, perubahan posisi, istirahat, dan penggunaan panas atau dingin.
Effect	: Apa efek nyeri terhadap partisipasi Anda dalam aktivitas kehidupan sehari-hari?

Severity : Beri nilai nyeri Anda dari 0 sampai 10.

Sedangkan COLDSPA yaitu

C : Character

O : Onset

L : Location

D : Duration

S : Severity

P : Pattern

A : Association Factors

Apa pun pengkajian nyeri yang digunakan untuk mengkaji dan mengidentifikasi nyeri, tujuannya adalah untuk mendapatkan data pengkajian yang komprehensif yang memungkinkan perawat membuat rencana asuhan keperawatan yang disesuaikan secara efektif memenuhi kebutuhan pasien akan kenyamanan.

2. Dyspnea

Sesak napas adalah pengalaman subyektif dari ketidaknyamanan bernapas dan merupakan gejala yang paling banyak dilaporkan oleh pasien dengan penyakit yang mengancam jiwa. Menilai dyspnea dapat menjadi tantangan karena laju pernapasan dan status oksigenasi pasien tidak selalu berkorelasi dengan gejala sesak napas (Wisconsin Technical College System (WTCS), 2022). Komponen yang perlu dilakukan oleh perawat saat menilai dyspnea yaitu :

- a. Minta pasien untuk menilai tingkat keparahan sesak napas mereka pada skala 0-10
- b. Kaji kemampuan mereka untuk berbicara dalam kalimat, frasa, atau kata-kata

- c. Menilai kecemasan pasien
 - d. Mengamati laju dan upaya pernapasan
 - e. Mengukur status oksigenasi (misalnya, oksimetri nadi atau ABG)
 - f. Auskultasi bunyi paru
 - g. Kaji adanya nyeri dada atau nyeri lainnya
 - h. Kaji faktor-faktor yang meningkatkan atau memperburuk sesak napas
 - i. Mengevaluasi dampak dispnea terhadap status fungsional dan kualitas hidup.
3. Batuk

Batuk dapat membuat pasien frustrasi dan melemahkan, menyebabkan rasa sakit, kelelahan, muntah, dan insomnia (Moran, Bailey and Doody, 2021). Batuk sering terjadi pada penyakit lanjut seperti penyakit paru obstruktif kronik (PPOK), gagal jantung (CHF), kanker, dan AIDS. Obat-obatan yang dapat digunakan untuk mengendalikan batuk adalah opioid, dekstrometorfan, dan benzonat. Guaifenesin dapat digunakan untuk mengencerkan sekresi yang kental, dan antikolinergik (seperti skopolamin) dapat digunakan untuk sekresi bervolume tinggi.

4. Anoreksia dan Cachexia

Anoreksia (kehilangan nafsu makan atau kehilangan keinginan untuk makan) dan cachexia (penyusutan otot dan jaringan adiposa karena kurangnya nutrisi) umumnya ditemukan pada penyakit lanjut. Penurunan berat badan terjadi pada kedua kondisi tersebut dan berhubungan dengan penurunan kelangsungan hidup. Namun, perawatan nutrisi yang agresif tidak meningkatkan kelangsungan hidup atau kualitas hidup dan justru dapat menimbulkan

ketidaknyamanan yang lebih besar bagi pasien (Singer *et al.*, 2016).

Penilaian anoreksia dan cachexia berfokus pada pemahaman pengalaman dan kekhawatiran pasien, serta menentukan penyebab yang berpotensi reversibel. Intervensi untuk anoreksia dan cachexia harus bersifat individual untuk setiap pasien dengan tujuan makanan kesukaan bagi mereka yang berada di akhir hayat. Pasien harus didorong untuk makan makanan favorit mereka, serta memilih makanan yang tinggi kalori dan mudah dikunyah. Makan dalam porsi kecil dan sering dengan penyajian makanan yang menyenangkan adalah penting. Anggota keluarga harus menyadari bahwa bau yang terkait dengan masakan dapat menghambat makan. Dalam beberapa kasus, nutrisi enteral sangat membantu bagi pasien yang terus memiliki nafsu makan tetapi tidak dapat menelan (OrrPounders, 2016).

5. Konstipasi

Konstipasi adalah gejala yang sering terjadi pada banyak pasien di akhir masa hidup karena berbagai faktor, seperti rendahnya asupan makanan dan cairan, penggunaan opioid, kemoterapi, dan gangguan mobilitas. Konstipasi didefinisikan sebagai buang air besar kurang dari tiga kali per minggu. Pasien mungkin mengalami gejala-gejala yang terkait seperti tekanan pada rektum, kram perut, kembung, distensi, dan mencejan. Tujuannya adalah untuk menentukan apa yang dianggap normal bagi setiap pasien dan untuk buang air besar setidaknya setiap 72 jam, apa pun asupannya (Anita, 2016).

6. Diare

Diare didefinisikan sebagai buang air besar lebih dari tiga kali dalam 24 jam. Diare dapat menjadi masalah bagi pasien yang menerima kemoterapi, radiasi panggul, atau pengobatan AIDS. Diare dapat menyebabkan dehidrasi, kerusakan kulit, dan ketidakseimbangan elektrolit dan secara langsung memengaruhi kualitas hidup pasien. Penanganan awal diare termasuk meningkatkan hidrasi dengan air atau cairan yang meningkatkan status elektrolit. Cairan intravena mungkin diperlukan berdasarkan stadium penyakit pasien dan tujuan perawatan (Pyke-Grimm *et al.*, 2021).

7. Nausea dan Vomiting

Mual sering terjadi pada pasien dengan penyakit stadium lanjut dan merupakan efek samping yang ditakuti dari banyak pengobatan kanker. Penilaian mual dan muntah harus mencakup riwayat pasien, efektivitas pengobatan sebelumnya, riwayat pengobatan, frekuensi dan intensitas episode mual dan muntah, dan aktivitas yang memicu atau mengurangi mual dan muntah. Intervensi nonfarmakologis untuk mual termasuk makan makanan dan cairan pada suhu kamar, menghindari bau yang menyengat, menghindari makanan dalam jumlah besar, menggunakan teknik relaksasi, dan mendengarkan terapi musik (Alnajjar *et al.*, 2023).

8. Kelelahan

Kelelahan disebut sebagai kondisi yang paling banyak dikeluhkan oleh pasien yang menerima perawatan paliatif. Kelelahan didefinisikan sebagai rasa lelah atau letih secara fisik, emosional, dan/atau kognitif yang tidak sebanding dengan aktivitas dan mengganggu fungsi sehari-hari. Penyebab utama kelelahan adalah

perubahan metabolisme yang berkaitan dengan penyakit kronis, tetapi juga dapat disebabkan oleh anemia, infeksi, kualitas tidur yang buruk, nyeri kronis, dan efek samping obat. Intervensi nonfarmakologis meliputi teknik konservasi energi.

9. Pengkajian Psikologis (Kecemasan & Depresi)

Pengkajian psikologis mencakup pasien, anggota keluarga, dan orang lain yang signifikan. Pengkajian dimulai saat pasien didiagnosis dengan penyakit akut, kronis, atau terminal dan/atau saat pasien dirawat di rumah sakit, fasilitas perawatan, atau fasilitas panti jompo. Gejala berkaitan dengan psikologis dapat dimanifestasikan oleh gejala fisik, emosional, dan kognitif. Gejala fisik dapat terjadi, seperti merasa sakit, sakit kepala, gemetar, nyeri otot, kelelahan, insomnia, kehilangan nafsu makan, atau penurunan atau kenaikan berat badan. Gejala kognitif dapat terjadi, seperti kurangnya konsentrasi, kebingungan, dan halusinasi. Gejala emosional, seperti kecemasan, rasa bersalah, kemarahan, ketakutan, kesedihan, ketidakberdayaan, atau perasaan lega dapat terjadi. Gejala-gejala kesedihan dan kehilangan ini dapat dimanifestasikan dengan berbagai cara dan dapat bervariasi dari hari ke hari. Manifestasi kesedihan adalah unik bagi setiap individu dan dapat dipengaruhi oleh usia, budaya, sumber daya, dan pengalaman kehilangan sebelumnya. Selain itu, ketika pasien menghadapi kesedihan dan kehilangan, penting bagi perawat untuk menyadari bahwa dukungan sering kali dibutuhkan oleh anggota keluarga pasien.

10. Pengkajian Sosial

Ancaman terhadap konsep diri yang terjadi karena menurunnya fungsi mental dan fisik pasien juga dapat mengancam interaksi sosial pasien. Meskipun pasien penyakit terminal sering menginginkan dan membutuhkan untuk dikunjungi, namun pasien mungkin juga mengalami ketakutan bahwa kemunduran mental dan fisiknya akan membuat orang-orang yang menjenguknya menjadi kaget dan merasa tidak enak. Perawat perlu melakukan pengkajian dan memahami kondisi pasien berkaitan dengan sosial pasien. Perlunya menjaga privasi pasien jika pasien tidak ingin dikunjungi selain keluarga dekat pasien. Kondisi yang mengancam nyawa seperti resiko infeksi akibat fungsi imunitas pasien menurun, perlu dilakukan isolasi dan pembatasan kunjungan untuk menjaga kondisi pasien tetap stabil.

11. Spiritual

Spiritual dapat dikaji berkaitan dengan harapan hidup pasien tentang kondisinya, harapan pasien terhadap penyakitnya untuk jangka Panjang atau menjelang kematiannya. Perlunya mendatangkan rohaniawan sebagai dukungan spiritual untuk pasien diakhir kehidupannya. Dukung dan bantu pasien untuk memenuhi kebutuhan spiritualnya sesuai dengan kemampuan pasien. Pengkajian spiritual dapat dilakukan dengan menggunakan model pengkajian FICA yaitu :

F (*Faith or beliefs*) Iman atau keyakinan: Apa keyakinan spiritual Anda? Apakah Anda menganggap diri Anda spiritual? Hal-hal apa yang Anda yakini yang memberi makna pada hidup Anda?

- I (*Importance and influence*) -Penting dan pengaruh: Apakah iman/spiritualitas penting bagi Anda? Bagaimana penyakit dan/atau rawat inap Anda memengaruhi praktik/keyakinan pribadi Anda?
- C (*Community*)-Komunitas: Apakah Anda terhubung dengan pusat keagamaan di masyarakat? Apakah pusat tersebut memberikan dukungan/kenyamanan bagi Anda pada saat-saat stres? Apakah ada orang/kelompok/pemimpin yang mendukung/membantu Anda dalam hal kerohanian?
- A (*Address*) -Alamat: Dukungan apa yang dapat kami berikan untuk mendukung keyakinan/praktik spiritual Anda? (Dameron, 2005).

12. Pemeriksaan Fisik

Mengkaji keadaan umum pasien seperti tingkat kesadaran, vital sign, pemeriksaan fisik head to toe dan pemeriksaan spesifik berkaitan penyakit paliatif yang diderita pasien seperti : pengkajian luka, asites, edema anasarca, pressure ulcer, edema ekstremitas, kesulitan bergerak, kelumpuhan, encephalopati dan gejala lain yang berkaitan dengan penyakit (Alnajar *et al.*, 2023)

13. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang untuk mendukung data subjektif dan data objektif dari hasil pengkajian seperti : pemeriksaan darah lengkap, gambaran foto thoraks, USG, MRI, CT-Scan, Biopsi, bone scan, pemeriksaan sum-sum tulang dan pemeriksaan lain yang menunjang kondisi pasien.

12.3.2 Diagnosis Keperawatan

1. Nyeri akut dan kronis. Nyeri dapat dikaitkan dengan kondisi penyakit, pada pasien kanker nyeri dapat bersifat kronik dan menetap sedangkan pada pasien dengan penyakit jantung nyeri dapat bersifat akut dan menghilang setelah pengobatan
2. Defisit nutrisi berhubungan dengan kaheksia, anoreksia, gangguan menelan, efek kemoterapi pada pasien kanker
3. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif seperti perdarahan dan diare
4. Risiko ketidakseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan diare, vomiting, volume cairan yang berlebihan, volume cairan tidak mencukupi
5. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan penurunan hb, edema, kelelahan.
6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan ansietas, kelelahan, nyeri, agitasi, iritabilitas dan kegelisahan.
7. Konstipasi berhubungan dengan nyeri perut, perubahan pola BAB, vomiting, tekanan pada rectal, hypoactive bowel sound, dan feces yang keras
8. Diare berhubungan dengan nyeri perut, bunyi usus yang hiperaktif, feces cair, BAB lebih dari 3 kali dalam 24 jam, infeksi dan efek pengobatan.
9. Retensi urine berhubungan dengan distensi bladder, sensasi penuh pada kandung kemih
10. Distress spiritual berhubungan dengan menolak kondisi penyakit, ketidakmampuan untuk beribadah, merasa diri tidak suci karena adanya luka
11. Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan, vonis mengalami penyakit terminal, tidak adanya dukungan keluarga, perasaan takut mati, ketakutan akan keparahan penyakit dan efek dari pengobatan.

12. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan kanker paru, edema paru dan infeksi paru.
13. Berduka berhubungan dengan penyakit terminal yang diderita, menghadapi kematian, perubahan fungsi, perubahan konsep diri, perasaan takut kehilangan.

12.3.3 Intervensi Keperawatan

Perawatan paliatif membutuhkan perawatan multidisiplin untuk mengelola rasa sakit dan gejala lainnya, membantu keputusan medis yang sulit, dan memberikan dukungan tambahan kepada pasien, serta anggota keluarga. Perawat memiliki kesempatan untuk mempertahankan harapan bagi pasien dan anggota keluarga dengan memberikan asuhan paliatif fisik, psikososial, dan spiritual yang sangat baik. Intervensi keperawatan dimulai segera setelah diagnosis medis awal dan berlanjut di sepanjang rangkaian perawatan hingga akhir hayat. Ketika pasien mendekati perawatan paliatif, intervensi keperawatan meliputi hal-hal berikut ini :

- a. Menggali tujuan perawatan pasien
- b. Mendengarkan pasien dan anggota keluarganya
- c. Berkomunikasi dengan anggota tim interdisipliner dan mengadvokasi keinginan pasien
- d. Mengelola gejala-gejala di akhir masa hidup
- e. Mendorong untuk mengenang Kembali masa-masa Bahagia sebelum pasien sakit
- f. Memfasilitasi partisipasi dalam ritual keagamaan dan praktik spiritual
- g. Menghadirkan rohaniwan, dan memberikan dukungan spiritual lainnya.

12.3.4 Implementasi Keperawatan

Untuk permasalahan nyeri pasien harus dilibatkan dalam rencana perawatan untuk mengatasi nyeri. Ketika memberikan obat analgesik, asuhan keperawatan holistik sangat penting. Penting untuk mempertimbangkan apakah pasien mengalami efek samping yang dapat memengaruhi keinginan pasien untuk mengonsumsi obat pereda nyeri tambahan. Sangat penting bagi perawat untuk memverifikasi jumlah obat yang diterima pasien dalam 24 jam terakhir dan apakah ada batas dosis yang telah dipenuhi untuk memastikan keselamatan pasien. Sebelum pemberian obat, pertimbangkan rute pemberian obat yang terbaik untuk pasien pada saat ini. Misalnya, jika pasien mual dan muntah, maka rute oral mungkin tidak efektif. Di sisi lain, jika rasa sakit pasien membaik saat menerima obat intravena selama proses pemulihan, maka pasien dapat mulai mengonsumsi obat nyeri oral sebagai persiapan untuk pulang ke rumah.

Untuk permasalahan spiritual implementasi yang dapat diberikan pada pasien yaitu :

Take Cues From the patient : Ketika membicarakan kesehatan spiritual dengan pasien, pahami bahwa hal ini mungkin merupakan topik yang sulit untuk didiskusikan. Selain itu, perhatikan juga isyarat nonverbal pasien. Mereka mungkin mengatakan satu hal, tetapi bahasa tubuh mereka mengatakan sesuatu yang berbeda. Tunjukkan dengan lembut kontradiksi tersebut dan mintalah klarifikasi. Sebagai contoh, seorang pasien mungkin mengatakan bahwa mereka tidak menyalahkan Tuhan atas penyakit mereka, tetapi mulai menangis saat mengatakannya. Dengan menjawab, "Saya perhatikan Anda menjadi menangis ketika Anda mengatakan itu. apa yang menyebabkan air mata," pintu terbuka bagi

mereka untuk berbagi lebih banyak pikiran dan perasaan mereka.

Tanyakan kepada pasien bagaimana Anda dapat mendukung mereka secara spiritual: Cara penting untuk membantu pasien dengan kesehatan spiritual mereka adalah dengan menanyakan apa yang mereka butuhkan untuk merasa didukung dalam iman mereka dan kemudian mencoba mengakomodasi permintaan mereka, jika memungkinkan. Sebagai contoh, mungkin mereka ingin berbicara dengan rohaniwan mereka, meluangkan waktu untuk bermeditasi atau berdoa tanpa gangguan, atau pergi ke tempat ibadah yang ada di rumah sakit. Jelaskan bahwa kesehatan spiritual membantu proses penyembuhan.

Dengarkan ketakutan dan kekhawatiran pasien tanpa menambahkan cerita Anda sendiri : Dalam upaya berempati dengan pasien yang sedang menceritakan kisahnya, mudah bagi perawat untuk mulai menambahkan contoh-contoh pribadi dari kehidupannya sendiri. Meskipun hal ini terlihat membantu, namun biasanya hanya akan mengalihkan perhatian dan mengalihkan fokus dari pasien ke perawat. Fokuslah pada ketakutan dan kekhawatiran pasien. Sebutkan dan validasi emosi yang didengar jika memungkinkan. Kadang-kadang pasien tidak menyadari apa yang mereka rasakan sampai ditunjukkan kepada mereka.

Intervensi untuk meningkatkan koping dapat diterapkan untuk pasien dan keluarga yang mengalami segala jenis kehilangan yang nyata, yang diantisipasi, atau yang dirasakan. Implementasi meliputi hal-hal berikut ini (National Cancer Institute, 2022) :

1. Membantu pasien dalam mengidentifikasi tujuan jangka pendek dan jangka panjang.

2. Membantu pasien dalam memeriksa sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan.
3. Bantu pasien dalam memecah langkah-langkah yang kompleks menjadi langkah-langkah kecil yang dapat dikelola.
4. Mendorong hubungan dengan orang lain yang memiliki minat dan tujuan yang sama.
5. Membantu pasien untuk memecahkan masalah dengan cara yang konstruktif.
6. Bantu pasien mengidentifikasi informasi yang paling ingin mereka dapatkan.
7. Berikan informasi faktual mengenai diagnosis medis, pengobatan, dan prognosis.
8. Berikan pilihan yang realistis kepada pasien mengenai aspek-aspek perawatan tertentu.
9. Doronglah sikap harapan yang realistis sebagai cara untuk mengatasi keputusan.
10. Berusahalah untuk memahami perspektif pasien mengenai situasi yang penuh tekanan.
11. Cegah pengambilan keputusan saat pasien berada di bawah tekanan berat.
12. Doronglah pasien untuk mengungkapkan perasaan, persepsi, dan ketakutannya secara verbal.
13. Dorong keterlibatan keluarga, jika diperlukan.
14. Bantu pasien untuk mengidentifikasi strategi positif untuk menghadapi keterbatasan dan mengelola perubahan gaya hidup atau peran yang diperlukan.
15. Menginstruksikan pasien tentang penggunaan teknik relaksasi.

Jika pasien mengalami defisit nutrisi, lakukan intervensi keperawatan sebelum waktu makan untuk meningkatkan nafsu makan. Misalnya, jika pasien mengalami gejala nyeri atau mual, berikan obat sebelum waktu makan untuk mengatasi gejala tersebut. Jangan melakukan prosedur

yang dapat memengaruhi nafsu makan pasien, seperti penggantian balutan luka, segera sebelum waktu makan. Kelola lingkungan sebelum makanan tiba dan singkirkan bau atau pemandangan yang tidak sedap. Misalnya, kosongkan tempat sampah dari perban atau produk inkontinensia yang digunakan. Jika pasien sedang berada di luar ruangan saat nampan makanan tiba dan makanan menjadi dingin, panaskan kembali makanan tersebut atau pesanlah nampan makanan yang baru.

Saat membantu pasien makan, bantu mereka mencuci tangan dan menggunakan kamar kecil jika perlu. Bantu mereka untuk duduk di kursi atau duduk dalam posisi Fowler tinggi di tempat tidur. Letakkan nampan makanan di atas meja di atas tempat tidur dan buka wadah sesuai kebutuhan. Dorong pasien untuk makan sendiri sebanyak mungkin untuk meningkatkan kemandirian. Jika pasien memiliki gangguan penglihatan, jelaskan lokasi makanan dengan menggunakan metode jam. Misalnya, "Sayuran Anda ada di jam 9, kentang di jam 12, dan daging di jam 3." Saat menyuapi pasien, tanyakan kepada mereka makanan apa yang ingin mereka makan terlebih dahulu. Biarkan mereka makan dengan kecepatan mereka sendiri dengan jeda di antara suapan untuk mengunyah dan menelan secara menyeluruh. Jika ada tanda-tanda kesulitan menelan, seperti batuk atau tersedak, hentikan makanan dan beri tahu penyedia layanan kesehatan jika ada kesulitan menelan.

12.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah langkah terakhir dari proses keperawatan. Standar ini didefinisikan sebagai, "Perawat melakukan evaluasi kemajuan pencapaian tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan." Baik status pasien

maupun efektivitas asuhan keperawatan harus terus dievaluasi dan rencana asuhan dimodifikasi sesuai kebutuhan.

Evaluasi berfokus pada efektivitas intervensi keperawatan dengan meninjau hasil yang diharapkan untuk menentukan apakah hasil tersebut telah tercapai pada jangka waktu yang telah ditentukan. Selama fase evaluasi, perawat menggunakan pemikiran kritis untuk menganalisis data pengkajian ulang dan menentukan apakah hasil yang diharapkan pasien telah terpenuhi, sebagian terpenuhi, atau tidak terpenuhi sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan. Jika hasil yang diharapkan tidak tercapai atau hanya sebagian tercapai, maka rencana perawatan harus direvisi. Pengkajian ulang harus dilakukan setiap kali perawat berinteraksi dengan pasien, mendiskusikan rencana asuhan dengan anggota tim interprofesi lainnya, atau meninjau hasil laboratorium atau tes diagnostik yang terbaru. Rencana asuhan keperawatan harus diperbarui ketika ada tujuan dengan prioritas yang lebih tinggi. Hasil evaluasi harus didokumentasikan dalam rekam medis pasien.

Idealnya, ketika intervensi yang direncanakan diimplementasikan, pasien akan merespons secara positif dan hasil yang diharapkan tercapai. Namun, ketika intervensi tidak membantu pasien mencapai hasil yang diharapkan, rencana asuhan keperawatan harus direvisi agar lebih efektif dalam memenuhi kebutuhan pasien. Pertanyaan-pertanyaan berikut ini dapat digunakan sebagai panduan saat merevisi rencana asuhan keperawatan :

1. Apakah ada hal yang tidak diantisipasi terjadi?
2. Apakah kondisi pasien berubah?
3. Apakah hasil yang diharapkan dan kerangka waktunya realistis?

4. Apakah diagnosis keperawatan akurat untuk pasien saat ini?
5. Apakah intervensi yang direncanakan difokuskan secara tepat untuk mendukung pencapaian hasil?
6. Hambatan apa yang dialami saat intervensi dilaksanakan?
7. Apakah data pengkajian yang sedang berlangsung menunjukkan adanya kebutuhan untuk merevisi diagnosis, kriteria hasil, intervensi yang direncanakan, atau strategi implementasi?
8. Apakah diperlukan intervensi yang berbeda?

DAFTAR PUSTAKA

- African Palliative Care Association (2023) *The history of palliative care, African Palliative Care Association*. Available at: <https://www.africanpalliativecare.org/awareness/the-history-of-palliative-care/>.
- Alnajar, M.K. *et al.* (2023) 'The need of patients living with cancer for palliative care', *International Journal of Palliative Nursing*, 29(5), pp. 236–245. Available at: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2023.29.5.236>.
- Anita, A. (2016) 'Perawatan Paliatif dan Kualitas Hidup Penderita Kanker', *Jurnal Kesehatan*, 7(3), p. 508. Available at: <https://doi.org/10.26630/jk.v7i3.237>.
- Cross, L.A. (2019) 'Compassion Fatigue in Palliative Care Nursing', *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 21(1), pp. 21–28. Available at: <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000477>.
- Crossroads Hospice (2017) *Remembering Dame Cicely Saunders: Founder of Hospice, Crossroads Hospice*. Available at: <https://www.crossroadshospice.com/hospice-palliative-care-blog/2017/july/13/remembering-dame-cicely-saunders-founder-of-hospice/> (Accessed: 16 June 2023).
- Dameron, C.M. (2005) 'Tools for Spiritual Care', *Journal of Christian Nursing*, 22(1), pp. 14–16.
- Isenberg, S. *et al.* (2016) 'Assessment tools for palliative care.', in *Journal of Clinical Oncology*, pp. 1–43. Available at: https://doi.org/10.1200/jco.2016.34.26_suppl.66.

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2007) *Kebijakan Perawatan Paliatif, Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*. Available at: https://doi.org/10.1007/978-0-387-73341-8_7.
- M. Brant, J. (2015) 'Palliative Care Nursing: Looking Back, Looking Forward', *Journal of Palliative Care & Medicine*, s5. Available at: <https://doi.org/10.4172/2165-7386.1000S5e001>.
- Macleod, R.D. and Block, L. Van den (2019) *Textbook of PalliativeCare*. Switzerland: Springer Nature Switzerland.
- Moran, S., Bailey, M. and Doody, O. (2021) 'An integrative review to identify how nurses practicing in inpatient specialist palliative care units uphold the values of nursing', *BMC Palliative Care*, 20(1), p. 111. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00810-6>.
- National Cancer Institute (2022) *Grief, Bereavement, and Coping With Loss (PDQ®)–Health Professional Version*. Available at: <https://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/caregivers/planning/bereavement-hp-pdq#section/all> (Accessed: 4 June 2023).
- Nelson-Marten, P. and English, N. (2015) 'A Palliative Care Certificate Program: A Nursing Education Model for Developed and Developing Countries', *Journal of Palliative Care & Medicine*, s5. Available at: <https://doi.org/10.4172/2165-7386.1000S5010>.
- OrrPounders, M. (2016) 'Blindsided: A Palliative Care Chaplain Reflects on Humanness', *Journal of Palliative Care & Medicine*, 06(04). Available at: <https://doi.org/10.4172/2165-7386.1000271>.

- Pyke-Grimm, K.A. *et al.* (2021) 'Providing Palliative and Hospice Care to Children, Adolescents and Young Adults with Cancer', *Seminars in Oncology Nursing*, 37(3), p. 151166. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2021.151166>.
- Schroeder, K. and Lorenz, K. (2018) 'Nursing and the future of palliative care', *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 5(1), pp. 4–8. Available at: https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_43_17.
- Singer, A.E. *et al.* (2016) 'Populations and Interventions for Palliative and End-of-Life Care: A Systematic Review', *Journal of Palliative Medicine*, 19(9), pp. 995–1008. Available at: <https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0367>.
- Wisconsin Technical College System (WTCS) (2022) *Palliative Care Management, Wisconsin Technical College System (WTCS)*. Available at: <https://wtcs.pressbooks.pub/nursingfundamentals/chapter/17-4-palliative-care-management/> (Accessed: 16 June 2023).
- World Health Organization (WHO) (2020) *Palliative care, World Health Organization (WHO)*. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> (Accessed: 16 June 2023).

BIODATA PENULIS



Ns. Restu Iriani, S.Kep., M.Kep.
Dosen Akper Berkala Widya Husada

Restu Iriani, Lahir di Sukabumi pada tanggal 27 Januari 1983. Merupakan Wakil Direktur I Bidang Akademik di Akper Berkala Widya Husada. Ia Menempuh pendidikan Magister Keperawatan dengan peminatan Keperawatan Anak di Universitas Muhammadiyah Jakarta tahun 2017. Sejak menyelesaikan kuliah, penulis lebih tertarik dalam penelitian dan pengabdian Masyarakat di bidang keperawatan Anak serta menulis artikel terkait dengan Tumbuh kembang Anak.

Bagi penulis stimulasi Tumbuh kembang anak menjadi poin penting karena akan menentukan kualitas generasi muda indonesia di masa akan datang. Selain itu penulis juga konsen di bidang onkologi anak terkait dengan terapi komplomenter salah satu penelitian yang dilakukan adalah pengaruh Akupresur dan Hipnoterapi terhadap kejadian Mual muntah pada anak kanker yang menjalani kemoterapi.

Jika ada yang ingin melakukan korespondensi dapat langsung ke Email ntoemaniez@yahoo.com

BIODATA PENULIS



Dwi Febryanto, S.Kep.,Ns., M.Kep

Dosen Program Studi Keperawatan
STIKes St. Elisabeth Semarang

Penulis lahir di Sumba Timur tanggal 26 Februari 1992. Penulis adalah seorang Dosen pada Program Studi Ilmu Keperawatan, STIKes St. Elisabeth Semarang. Penulis menyelesaikan pendidikan DIII Keperawatan pada Prodi Keperawatan Waingapu Poltekkes Kemenkes Kupang dan menyelesaikan program Sarjana Keperawatan serta Profesi Ners di STIKes Bethesda Yakkum Yogyakarta pada Tahun 2014. Penulis menempuh Study Magister Keperawatan di Universitas Diponegoro Semarang pada Tahun 2018. Saat ini penulis menekuni bidang pendidikan, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat.

BIODATA PENULIS



Ns. Prystia Riana Putri, S.Kep., M.Kep.

Dosen Program Studi Sarjana Terapan Keperawatan
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Banten

Penulis lahir di Palembang, tanggal 14 Agustus 1994. Penulis adalah dosen pada Program Studi Sarjana Terapan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Banten. Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan di STIK Bina Husada Palembang, Profesi Ners di STIKep PPNI Jawa Barat, dan S2 Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas di Universitas Diponegoro Semarang.

BIODATA PENULIS



Ns. Dewi Rahmawati, S.Kep., M.Kep

Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Faletahan

Penulis lahir di Majalengka tanggal 13 Agustus 1990. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Ilmu Keperawatan di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Faletahan. Menyelesaikan Pendidikan S1 pada Jurusan Ilmu Keperawatan Universitas Faletahan. Melanjutkan S2 pada Jurusan Magister Keperawatan Medikal Bedah Universitas Indonesia. Penulis aktif dalam Tridarma Perguruan Tinggi (Penelitian dan Publikasi Ilmiah dalam bidang Urologi dan Imunitas khususnya HIV/AIDS). Penulis juga menekuni bidang menulis dalam pembuatan modul, monograf dan buku bahan ajar untuk Mata Kuliah Keperawatan Medikal Bedah dan Keperawatan HIV/AIDS serta Keperawatan Palatif.

BIODATA PENULIS



Suko Pranowo, M.Kep., Ns.

Dosen Program Studi S1 Keperawatan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Al-Irsyad Cilacap

Penulis lahir di Kebumen tanggal 20 Oktober 1974. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Al-Irsyad Cilacap. Menyelesaikan pendidikan S1 di PSIK UNPAD Bandung tahun 2005 dan melanjutkan S2 di FIK UI hingga 2016. Penulis saat ini aktif sebagai dosen dengan fokus keilmuan Keperawatan Medikal Bedah, Keperawatan Paliatif dan Menjelang Ajal, serta Keperawatan Islami. Sebagai Dosen dengan tugas tambahan Bagian Akreditasi dan Pengembangan Standar Mutu Institusi.

Email : supra74sukopranowo@gmail.com

BIODATA PENULIS



Dr. Ns. Ady Purwoto,S.Kep.,M.Kep.,S.H.,M.H.

Universitas IBN Khaldun Bogor

Dr. Ady Purwoto lahir di Tegal Jawa Tengah. Putra Tunggal dari pasangan Bapak K.DJojo Soemarto dan Ibu Sariah Ia Menempuh pendidikan tinggi di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mahardika Cirebon untuk jenjang S1 Keperawatan dan Profesi Ners, Institut Ilmu Kesehatan Strada Indonesia Kediri untuk jenjang S2 Keperawatan, Universitas Terbuka dan Universitas Wiraswasta Indonesia Jakarta untuk jenjang S1 Hukum, Universitas Swadaya Gunung Jati Cirebon untuk jenjang S2 Hukum dan Universitas Islam Sultan Agung Semarang Untuk jenjang S3 Hukum. Saat ini ia bekerja sebagai dosen tetap di Universitas Ibn Khaldun Bogor sebagai Dosen Hukum Dan Akademi Keperawatan Berkala Widya Husada Jakarta Sebagai Dosen Keperawatan. Artikel yang ia tulis telah diterbitkan oleh berbagai jurnal nasional dan Internasional bereputasi.

Email : adypurwoto21@gmail.com

.

BIODATA PENULIS



Dr. Nyimas Heny Purwati, M.Kep., Ns., Sp. Kep.An.

Dosen Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah
Jakarta

Penulis lahir di Jakarta tanggal 01 Maret 1970. Penulis adalah dosen tetap pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta sejak tahun 1993. Menyelesaikan Pendidikan Sarjana Keperawatan (S. Kep.) pada tahun 2003 dan Ners pada tahun 2004 di Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta. Selanjutnya menyelesaikan Magister Keperawatan pada tahun 2010 dan Spesialis Keperawatan Anak pada tahun 2011 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Program Doktor Keperawatan diselesaikan pada tahun 2020 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Penulis adalah pengampu Mata Kuliah Keperawatan Anak. Telah mengikuti beberapa pelatihan dibidang Keperawatan dan sebagai nara sumber diberbagai kegiatan seminar/webinar, pelatihan dan workshop terkait Keperawatan Anak. Saat ini menjabat sebagai Ketua Program Studi Magister Keperawatan FIK UMJ dan diberi amanah sebagai ketua IPANI Provinsi DKI Jakarta Periode 2022-2027.

BIODATA PENULIS



Ns. Anas Kiki Anugrah, S. Kep., M. Kep.

Dosen Program Studi Sarjana Terapan Keperawatan
Anestesiologi
Fakultas Ilmu Vokasi

Penulis lahir di Padang tanggal 06 Agustus 1996. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Program Studi Sarjana Terapan Keperawatan Anestesiologi, Universitas Medika Suherman. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Ilmu Keperawatan dan melanjutkan S2 pada Jurusan Ilmu Keperawatan Medikal Bedah. Penulis menekuni bidang Menulis saat aktif mengikuti organisasi kampus. Sejak saat itu saya mulai tertarik dalam hal menulis. Saya yakin dengan ketekunan dan semangat, saya akan mampu menghasilkan ide atau gagasan untuk menuliskan karya-karya hebat untuk membangun nusa & bangsa. Atas do'a orang tua dan masukan dari teman-teman dosen saya mampu menyelesaikan penulis buku ini.

BIODATA PENULIS



Dr. Wira Daramatasia, M.Biomed
Dosen Program Studi Pendidikan Ners
STIKES Widyagama Husada Malang

Penulis lahir pada tanggal 23 Oktober 1975 di Pasuruan. Penulis adalah seorang dokter yang lulus pada tahun 2003 di Fakultas Kedokteran Universitas Wijaya Kusuma. Pada tahun 2003 menjadi dosen tetap di Departemen Anatomi Fakultas Kedokteran UWK. Pada tahun 2012, penulis menyelesaikan studi magister ilmu biomedik di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Penulis saat ini beraktifitas sebagai dosen profesional di STIKES Widyagama Husada Malang dan Praktisi di Klinik Widya Husada. Beberapa kegiatan penelitian yang dilaksanakan didanai oleh Kemendikbudristek, Internal perguruan tinggi serta mandiri. Beberapa judul penelitian penulis terkait Stigma pada HIV/AIDS : Hubungan Stigma Diri Dengan Kepatuhan Minum Obat ARV Pada Orang Dengan HIV/AIDS, *Perceived Stigma* Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Pada Kelompok Dukungan Sebaya,

BIODATA PENULIS



Aco Mursid, S.Kep.,Ns.,M.Kep.

Dosen Program Studi Profesi Ners
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Sulawesi Barat

Penulis lahir di Desa Buku, Kabupaten Polewali Mandar pada tanggal 02 Juli 1990. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Sulawesi Barat. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Ilmu Keperawatan tahun 2012 dan Pendidikan Profesi Ners tahun 2013 di Stikes Marendeng Majene, kemudian menyelesaikan program S2 tahun 2021 pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.

BIODATA PENULIS



Lisa Rizky Amalia, S.Kep., Ns., M.Kep.

Dosen Program Studi Sarjana Terapan Keperawatan
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Semarang

Penulis lahir di Palembang, tanggal 12 Mei 1997. Penulis adalah dosen pada Program Studi Sarjana Terapan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Semarang. Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Ngudi Waluyo, dan S2 Keperawatan Peminatan Keperawatan Medikal Bedah di Universitas Gadjah Mada.

BIODATA PENULIS



Dewi Nurviana Suharto, M.Kep.Ns.Sp.Kep.MB

Dosen Program Studi DIII Keperawatan Poso
Poltekkes Kemenkes Palu

Penulis lahir di Poso tanggal 10 November 1985. Penulis merupakan anak pertama dari 4 berdsaudara. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi DIII Keperawatan Poso Poltekkes Kemenkes Palu. Menyelesaikan pendidikan S1 pada PSIK FK UNHAS Makassar pada tahun 2007 dan melanjutkan S2 Keperawatan, Spesialis Keperawatan Medikal Bedah kekhususan onkologi nursing pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Jakarta pada tahun 2017. Penulis merupakan pengampuh mata kuliah Keperawatan Medikal, keperawatan gawat darurat dan Metodologi Keperawatan.