

## ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN GANGGUAN SISTEM IMUNOLOGI (HIV/AIDS) DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAFAS

Kurniawati<sup>1</sup>

Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Pesantren Tinggi Darul Ulum Jombang

e-mail: [fik@unipdu.ac.id](mailto:fik@unipdu.ac.id)

### ABSTRACT

*AIDS defined by the Center for Disease Control and Prevention as HIV infection with indicator of accompanist disease such as (1) opportunistic infections; (2) cancer; (3) the shrinking syndrome; (4) neurologic disease; and (5) recurrent pneumonia; or HIV infection and CD4 <200 (Valentine, 2007). AIDS is the biggest community health problem in the world. Almost in every country this disease was alive and including in Indonesia (Irianto, 2014). Human immunodeficiency virus was selectively infected and destroys the cell which contain CD4-lymphocyte T4 (helper / inducer) and macrophage / monocyte cell system. The impact of HIV/AIDS was complicated and the nurses are important to help and solve this problem among HIV/AIDS patients. The aims of this paper was to know the nursing care of HIV / AIDS patients with ineffective of airway breathing at Cempaka Pavilion of RSUD Jombang. In this paper, the researcher was gave nursing care to HIV/AIDS patient who had ineffective of airway breathing. The methodology of this study used the nursing process stages of the case with ineffective airway breathing. After giving the nursing care among HIV / AIDS patients, the conclusions of this study are ineffective of airway breathing, inadequate of nutrition, damage of oral mucous membrane, ineffectiveness coping, and intolerance of activities. The success of the treatment depends on the cooperation between patient, family and nurse.*

**Keywords:** *Immunological System, airway*

### 1. PENDAHULUAN

Penyakit HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah suatu kondisi klinis oleh infeksi virus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*). Pada kebanyakan kasus infeksi HIV menyebabkan *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS). Penyakit AIDS merupakan masalah kesehatan masyarakat terbesar di dunia dewasa ini. Penyakit ini terdapat hampir di semua negara di dunia tanpa kecuali termasuk Indonesia (Irianto, 2014).

Jumlah kasus HIV/AIDS di Indonesia

terus meningkat sejak ditemukan pertama kali pada tahun 1987. Dasar laporan Kementerian Kesehatan RI, sampai akhir Juni 2013 jumlah komulatif kasus HIV/AIDS di Indonesia telah mencapai angka 152.267, dengan rincian HIV positif sebanyak 108.600 kasus dan AIDS 43.677 kasus (Faqih, 2013).

*Human immunodeficiency virus*, secara selektif menginfeksi dan menghancurkan sel-sel yang mengandung antigen CD4-limfosit T4 (helper/inducer) dan sel-sel dari system makrofag/monosit. Setelah masuk ke dalam sel genom penjamu. Sepanjang perjalanan penyakit infeksi HIV, terjadi replikasi konstan

virus, diiringi oleh penurunan progresif system imun, seperti diperlihatkan oleh berkurangnya sel-sel CD4 di darah perifer. Selain itu, sel-sel otak-mikroglia, astrosit dan mungkin neuron dapat terinfeksi oleh HIV dan bahkan tanpa adanya infeksi sekunder, dapat timbul gejala-gejala neuropsikiatrik (Glasier dan Gebbie, 2006).

Pencegahan HIV/AIDS bisa dilakukan dengan cara: mengusahakan berhubungan seks dengan satu orang saja, lakukan hubungan seks yang lebih aman: dimana kuman-kuman dalam air mani laki-laki jangan sampai masuk ke vagina, anus, atau mulut; hindari menusuk atau memotong kulit dengan jarum atau alat apapun yang tidak disucihamakan dulu setelah dipakai orang lain; hindari transfusi darah kecuali dalam kondisi darurat; jangan memakai silet/pisau cukur atau sikat gigi bersama orang lain; jangan menyentuh darah/luka orang lain tanpa alat pelindung (Burns, 2009).

Masalah yang muncul pada HIV/AIDS sangat kompleks, peran perawat diperlukan guna membantu menyelesaikan masalah yang dihadapi pasien. Asuhan keperawatan bagi penderita penyakit AIDS merupakan tantangan yang besar bagi perawat karena setiap sistem organ berpotensi untuk menjadi sasaran infeksi ataupun kanker, disamping itu penyakit ini akan dipersulit oleh komplikasi masalah emosional, sosial dan etika. Rencana keperawatan bagi penderita AIDS harus disusun secara

individual untuk memenuhi kebutuhan masing-masing pasien (Smeltzer dan Bare, 2002). Berdasarkan uraian di atas, maka penulis ingin mengetahui lebih lanjut masalah-masalah keperawatan yang timbul dan dapat menerapkan proses asuhan keperawatan pada pasien dengan HIV/AIDS.

## 2. KAJIAN LITERATUR

HIV adalah singkatan dari *Human Immunodeficiency Virus* yaitu virus yang melemahkan system kekebalan tubuh. AIDS adalah singkatan dari *Acquired Immune Deficiency Syndrom* yang berarti kumpulan gejala penyakit akibat menurunnya kekebalan tubuh yang bersifat diperoleh (bukan bawaan) (Kusmiran, 2011).

Huda (2013) menjelaskan bahwa penyebab kelainan pada AIDS adalah suatu agen viral yang disebut HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) dari kelompok virus yang dikenal retrovirus yang disebut *Lympadenopathy Associated Virus (LAV)* atau *Human T-Cell Leukemia Virus (HTL-III)* yang juga disebut *Human T-Cell Lympotropic Virus* (retrovirus). Ditularkan melalui:

1. Hubungan seksual (anal, oral, vaginal) yang tidak terlindungi (tanpa kondom) dengan orang yang telah terinfeksi HIV.
2. Jarum suntik/tindik/tato yang tidak steril dan dipakai bergantian.
3. Mendapatkan transfusi darah yang mengandung virus HIV.

4. Ibu penderita HIV positif kepada bayinya ketika dalam kandungan, saat melahirkan atau melalui air susu ibu (ASI).

Huda (2013) menjelaskan bahwa manifestasi klinis HIV/AIDS adalah: Tanpa gejala :

Fase klinik 1

Ringan : Fase klinik 2

Lanjut : Fase klinik 3

Parah : Fase klinik 4

Fase Klinik HIV:

1). Fase Klinik 1

Tanpa gejala, limfadenopati (gangguan kelenjar/ pembuluh limfe) menetap dan menyeluruh.

2). Fase Klinik 2

Penurunan BB (<10%) tanpa sebab. Infeksi saluran pernafasan atas (sinusitis, tonsillitis, otitis media, pharyngitis) berulang. Herpes zoster, infeksi sudut bibir, ulkus mulut berulang, popular pruritic eruptions, seborrhoic dermatitis, infeksi jamur pada kuku.

3). Fase Klinik 3

Penurunan BB (>10%) tanpa sebab diare kronik tanpa sebab sampai >1 bulan. Demam menetap (intermiten atau tetap >1 bulan). Kandidiasis oral menetap. TB pulmonal (baru), plak putih pada mulut, infeksi bakteri berat misalnya:

pneumonia, empyema (nanah dirongga tubuh terutama pleura, abses pada otot skelet, infeksi sendi atau tulang), meningitis, bakteremia, gangguan inflamasi berat pada

pelvic, acute necrotizing ulcerative stomatitis, gingivitis atau periodontitis anemia yang menyebabkan tidak diketahui (<8 g/dl), neutropenia (<0,5X10<sup>9</sup>/l) dan atau trombositopenia (<50X10<sup>9</sup>/l).

4). Fase Klinik 4

Gejala menjadi kurus (HIV *wasting syndrome*), pneumocystis pneumonia (pneumonia karena pneumocystis carinii), pneumonia bakteri berulang, infeksi herpes simplex kronik (orolabial, genital atau anorektal >1 bulan). Oesophageal candidiasis, TBC ekstrapulmonal, Cytomegalivirus, Taksoplasma di SSP, HIV encephalopathy, meningitis, infection progressive multivocal leukoencephalopathy, lymphoma, invasive cervical carcinoma.

### 3. METODE

Desain dalam penelitian ini menggunakan studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Data penelitian dikumpulkan dengan menggunakan metode wawancara dengan subjek penelitian, menggunakan catatan rekam medis, pengukuran tanda-tanda vital, dan observasi umum keadaan klien.

Analisis data yang dilakukan pada studi kasus ketidakefektifan bersihan jalan nafas pada klien HIV/AIDS di Paviliun Cempaka RSUD Jombang yaitu melakukan

pengkajian asuhan keperawatan pada klien kemudian menganalisis kesenjangan dengan teori proses asuhan keperawatan mulai pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

#### **4. HASIL**

Pasien Tn.C berusia 25 tahun, berjenis kelamin laki-laki, beragama Islam, lulusan SMP, yang sekarang bekerja sebagai pedagang es degan, mempunyai istri bernama Ny.K yang berumur 29 tahun, lulusan SMA, beragama Islam, bekerja sebagai pedagang, namun Ny.K berdagang batagor. Pasien datang ke RSUD Jombang diantar oleh keluarganya untuk mendapatkan perawatan yang lebih intensif karena pada tanggal 9 Juni 2015 pukul 06:00 WIB pasien panas. Kemudian pukul 09:00 WIB semakin panas dan menggigil.

Pasien pernah MRS 1 bulan yang lalu di Unipdu Medika Jombang dengan tipes. Kemudian pasien di rujuk ke RSUD Jombang untuk mendapatkan perawatan yang lebih intensif. Pasien di rawat di Paviliun Cempaka. Pasien didiagnosa HIV positif tetapi pasien dan keluarga tidak menerima. Istri pasien juga menjelaskan semenjak pacaran sebelum menikah dengan pasien, telah melakukan hubungan seksual di luar pernikahan dan oral seks. Hal itu dilakukan tidak hanya sekali dua kali dalam berpacaran.

Pasien dan keluarga menganggap bahwa sakitnya ini karena disantet oleh orang lain. Karena pasien merasa kakak-kakak pasien tidak suka dengannya dan pasien menganggap kakak-kakaknya iri karena pasien adalah anak yang paling disayangi oleh orang tuanya.

Informasi yang didapatkan bahwa pasien dulunya memang pernah berganti-ganti pasangan, bekerja sebagai sopir di Aceh dan pemasang CCTV di berbagai daerah yaitu Jawa Tengah, Sulawesi, Kalimantan, Bali. Apabila pasien ditanya tentang masalah pekerjaannya sebagai sopir dan pemasang CCTV pasien tidak mau menjawab.

Hasil pengkajian didapatkan pasien batuk terus menerus dan mengeluarkan sekret berwarna kuning kental dan tenggorokannya sakit jika dibuat untuk menelan. BB 70 kg (tiga bulan yang lalu) dan sekarang BB 40kg. Terdapat kandidiasis oral, plak putih pada mulut, mukosa bibir kering, gigi kuning dan kotor. Konjungtiva pasien pucat. Terdapat bercak-bercak coklat di tangan kanan dan kiri. Ada suara tambahan ronchi di paru-paru kanan. Keluarga juga menjelaskan terdapat bisul di pantat kanan dan kiri. Pasien mendapatkan terapi infus RL 500cc /24jam, injeksi ceftriaxone 2x1 gr, levofloxacin 1x500 mg, cotrimoxazole 1x2 tablet dan kandistatin oral drop.

Rangkaian dari hasil pengkajian telah didapatkan masalah keperawatan sebagai

berikut:

1. Ketidakefektifan koping kemungkinan penyebabnya karena kronisitas kondisi dan perawatan diri yang kompleks. Data subyektif: pasien mengatakan bahwa dirinya disantet orang lain. Data obyektif: pasien belum bisa menerima sakitnya sekarang, hubungan pasien dan keluarga tidak baik karena pasien selalu ingin dituruti oleh keluarganya, jika keinginannya tidak sesuai dengan apa yang diharapkan pasien, pasien selalu marah-marah dan membentak keluarga, apabila pasien ditanya tentang masa lalu pekerjaannya sebagai sopir dan pemasang CCTV pasien tidak mau menjawab, terkadang pasien tidak percaya dengan perawat atau petugas lainnya.
2. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh kemungkinan penyebabnya karena kesulitan untuk menelan. Data subyektif: pasien mengatakan tenggorokannya sakit jika di buat menelan. Data obyektif: kandidiasis oral, plak putih pada mulut, mukosa bibir kering, gigi kuning dan kotor, makan 2x / hari, porsi sedikit (3-5 sendok), makanan dari RSUD Jombang, minum 3-4x / hari, air putih, susu putih, BB SMRS: 70kg(tiga bulan yang lalu), BB MRS: 40kg.
3. Kerusakan membran mukosa oral kemungkinan penyebabnya karena defisit imunologis dan timbulnya lesi penyebab patogen. Data subyektif: pasien mengatakan mulutnya sariawan setelah makan mie pedas

dengan cabe 10. Data obyektif: kandidiasis oral, plak putih pada mulut, mukosa bibir kering, gigi kuning dan kotor.

4. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas kemungkinan penyebabnya karena peningkatan produksi sputum. Data subyektif: pasien mengatakan batuk terus menerus dan mengeluarkan riak berwarna kuning. Data obyektif: pasien batuk terus-menerus dan mengeluarkan sekret berwarna kuning kental, nadi:80x / menit, RR: 25 x / menit, terdapat ronchi di paru-paru kanan.

5. Intoleransi aktivitas kemungkinan penyebabnya karena gangguan sistem transport oksigen sekunder akibat anemi. Data subyektif: pasien mengatakan badannya lemas. Data obyektif: pasien makan disuapi oleh istrinya, pasien pergi ke kamar mandi dibantu oleh ibu dan istrinya, pasien terbaring lemah di tempat tidur, pasien diseka oleh istrinya saat MRS, pasien dibantu istrinya saat ganti baju, HB 8,4g / dl.

Berdasarkan intervensi yang sudah direncanakan, maka implementasi untuk mencapai tujuan sebagai berikut:

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi sputum ditandai dengan pasien batuk terus menerus dan mengeluarkan sekret berwarna kuning kental, nadi :80x / menit, RR: 25 x / menit, terdapat ronchi di paru-paru kanan.

**Tindakan keperawatan:** 1) membina hubungan saling percaya, 2) mengkaji

frekuensi atau kedalaman pernafasan dan gerakan dada, 3) mengobservasi suara paru, mencatat area penurunan atau tak ada aliran udara dan bunyi nafas adventisius, mis krekels, mengi ,4) menjelaskan dan ajarkan latihan nafas dalam sering dan batuk efektif,5) menganjurkan pemberian minum air hangat, dari pada dingin, 6) berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian cairan RL 500cc / 24 jam, levofloxacin 1x500mg, cotrimoxazole 1x2 tablet, dan ceftriaxone 2x1gr.

2. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kesulitan untuk menelan ditandai dengan kandidiasis oral, plak putih pada mulut, mukosa bibir kering, gigi kuning dan kotor, makan 2x / hari, porsi sedikit (3-5 sendok), makanan dari RSUD Jombang, minum 3-4x / hari, air putih, susu putih, BB SMRS: 70kg(tiga bulan yang lalu), BB MRS: 40kg.

**Tindakan keperawatan:** 1) mengkaji kesulitan untuk menelan dan merasakan, 2) mengobservasi bising usus, 3) memberikan fase istirahat sebelum makan. menghindari prosedur yang melelahkan saat mendekati waktu makan, 4) menjelaskan pentingnya nutrisi pada keluarga dan pasien, 5) berkolaborasi dengan tim ahli gizi dalam pemberian diet TKTP, 6) menentukan jumlah dan tipe makanan yang disukai dan dapat ditoleransi pasien, 7) memberikan *oral hygiene* sebelum dan sesudah makan, 8) menganjurkan makanan porsi kecil tapi

sering dan camilan berkalori tinggi.

3. Kerusakan membran mukosa oral berhubungan dengan defisit imunologis dan timbulnya lesi penyebab patogen ditandai dengan kandidiasis oral, plak putih pada mulut, mukosa bibir kering, gigi kuning dan kotor.

**Tindakan keperawatan:** 1) mengkaji membran mukosa atau mencatat seluruh lesi oral. Memperhatikan keluhan nyeri, bengkak, sulit mengunyah atau menelan, 2) mengobservasi keadaan membran mukosa, 3) mendorong pasien untuk tidak merokok, 4) menjelaskan pemberian diet yang tidak mengandung garam, pedas, menghindari gesekan, dan makanan atau minuman asam, 5) berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian candidatin sesuai indikasi dan instruksi dokter, 6) memberikan perawatan oral sesegera mungkin setelah makan.

4. Ketidakefektifan coping berhubungan dengan kronisitas kondisi dan perawatan diri yang kompleks ditandai dengan pasien belum bisa menerima sakitnya sekarang, hubungan pasien dan keluarga tidak baik karena pasien selalu ingin dituruti oleh keluarganya, jika keinginannya tidak sesuai dengan apa yang diharapkan pasien, pasien selalu marah-marah dan membentak keluarga, apabila pasien ditanya tentang masa lalu pekerjaannya sebagai sopir dan pemasang CCTV pasien tidak mau menjawab, terkadang pasien tidak percaya dengan perawat atau petugas lainnya.

**Tindakan keperawatan:** 1) mengkaji sistem sosial serta adanya dukungan, persepsi tentang kehilangan dan stresor, 2) mengevaluasi kemampuan pasien untuk memahami kejadian dan situasi secara realistis, 3) mengobservasi tanda- tanda vital, 4) membantu pasien menggunakan rasa humor untuk mengatasi rasa stigma dari penyakit, 5) menjelaskan pentingnya partisipasi dalam kelompok pendukung, 6) berkolaborasi dengan praktisi perawat tentang pengetahuan HIV.

5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan gangguan sistem transport oksigen sekunder akibat anemi ditandai dengan pasien makan disuapi oleh istrinya, pasien pergi ke kamar mandi dibantu oleh ibu dan istrinya, pasien terbaring lemah di tempat tidur, pasien diseka oleh istrinya saat MRS, pasien dibantu istrinya saat ganti baju.

**Tindakan keperawatan:** 1) mengkaji pola tidur dan mencatat perubahan dalam proses berperilaku, 2) mengobservasi respon psikologis terhadap aktivitas, misal perubahan tekanan darah, frekuensi pernafasan, 3) memberikan lingkungan yang nyaman dan tenang, 4) menjelaskan pentingnya istirahat bagi pasien kepada keluarga dan pasien, 5) mendorong pasien untuk melakukan apapun yang mungkin, mis., perawatan diri, duduk dikursi, berjalan, pergi makan siang.

Evaluasi sumatif dari asuhan keperawatan ini adalah:

**Diagnosa 1:** Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi sputum ditandai dengan pasien batuk terus menerus dan mengeluarkan sekret berwarna kuning kental, nadi :80x / menit, RR: 25 x / menit, terdapat ronchi di paru-paru kanan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x24 jam, masalah teratasi, pasien mengatakan kadang-kadang saja batuk, tidak keluar sekret, tidak ada suara tambahan ronchi ataupun wheezing.

**Diagnosa 2:** perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kesulitan untuk menelan ditandai dengan kandidiasis oral, plak putih pada mulut, mukosa bibir kering, gigi kuning dan kotor, makan 2x / hari, porsi sedikit (3-5 sendok), makanan dari RSUD Jombang, minum 3-4x / hari, air putih, susu putih, BB SMRS: 70kg(tiga bulan yang lalu), BB MRS: 40kg. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x24 jam, masalah teratasi, pasien mengatakan tenggorokannya sudah tidak sakit lagi jika di buat menelan, bising usus kurang lebih 15x / mnt, pasien istirahat sebelum makan, pasien makan satu porsi makan makanan dari RSUD, pasien berkumur dengan air hangat setelah makan, pasien tidak mau gosok gigi, walaupun dengan gosok gigi lembut.

**Diagnosa 3:** kerusakan membran mukosa oral berhubungan dengan defisit imunologis dan timbulnya lesi penyebab pathogen

ditandai dengan kandidiasis oral, plak putih pada mulut, mukosa bibir kering, gigi kuning dan kotor. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x24 jam, masalah teratasi sebagian, pasien masih terdapat kandidiasis oral, plak putih pada mulut, mukosa bibir lembab, gigi kuning dan bersih.

**Diagnosa 4:** ketidakefektifan coping berhubungan dengan kronisitas kondisi dan perawatan diri yang kompleks ditandai dengan pasien belum bisa menerima sakitnya sekarang, hubungan pasien dan keluarga tidak baik karena pasien selalu ingin dituruti oleh keluarganya, jika keinginannya tidak sesuai dengan apa yang diharapkan pasien, pasien selalu marah-marah dan membentak keluarga, apabila pasien ditanya tentang masa lalu pekerjaannya sebagai sopir dan pemasangan CCTV pasien tidak mau menjawab, terkadang pasien tidak percaya dengan perawat atau petugas lainnya. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x24 jam, masalah belum teratasi, pasien masih mengatakan bahwa dirinya sakit karena di santet, TD :120 / 60mmHg, nadi :94x / menit, suhu: 37<sup>0</sup>C, RR:24 x / menit, pasien marah karena di anggap sakit hiv.

**Diagnosa 5:** intoleransi aktivitas berhubungan dengan gangguan sistem transport oksigen sekunder akibat anemi ditandai dengan pasien makan disuapi oleh istrinya, pasien pergi ke kamar mandi dibantu oleh ibu dan istrinya, pasien

terbaring lemah di tempat tidur, pasien diseka oleh istrinya saat MRS, pasien dibantu istrinya saat ganti baju. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x24 jam, masalah teratasi, pasien mengatakan sudah mampu melakukan kegiatan sendiri, TD :120 / 60mmHg, nadi :94 x / menit, suhu: 37<sup>0</sup>C, RR:24x/menit, pasien merasa lingkungannya nyaman, pasien mampu duduk, makan sendiri, ganti baju sendiri.

## 5. PEMBAHASAN

### Pengkajian

Hasil pengkajian pada pasien yang menderita HIV / AIDS berjenis kelamin laki-laki dan berumur 25 tahun. Distribusi menurut jenis kelamin penderita AIDS di Afrika dan AS atau Eropa menunjukkan perbedaan yang jelas sesuai dengan cara penularan yang dominan di negara-negara tersebut. Saat ini distribusi penderita pria dan wanita di Afrika hampir sama (1:1), sedangkan di AS atau Eropa bervariasi antara 10 sampai 25 kali lebih banyak penderita pria. Dan kelompok terbesar adalah golongan umur 30-39 tahun, disusul dengan golongan umur 40-49 tahun dan 20-29 tahun. Mereka ini termasuk kelompok umur yang memang aktif seksual (Irianto, 2014).

Informasi yang didapatkan bahwa pasien dulunya memang pernah berganti-ganti pasangan. Menurut Huda (2013) bahwa HIV dapat disebabkan dengan berhubungan seksual (anal, oral, vaginal)

yang tidak terlindungi (tanpa kondom) dengan orang yang telah terinfeksi HIV. Dari hal tersebut penulis dapat menyebutkan bahwa HIV memang dapat ditularkan melalui berhubungan seksual. Selain itu juga bisa disebabkan karena jarum suntik/tindik/tato yang tidak steril dan dipakai bergantian, mendapatkan transfusi darah yang mengandung virus HIV, ibu penderita HIV positif kepada bayinya ketika dalam kandungan.

Hasil pengkajian didapatkan kandidiasis oral, terdapat plak putih pada mulut, *seborrheic dermatitis*, pasien mengatakan 3 bulan yang lalu BB nya 70 kg dan sekarang 40 kg, hasil laboratorium pada tanggal 10-06-2015 HB 8,4 g / dl, dan dari hasil foto thorak menunjukkan adanya pneumonia di paru-paru kanan. Manifestasi klinis pada HIV fase klinik 2 yaitu penurunan BB (<10%) tanpa sebab. Infeksi saluran pernafasan atas (sinusitis, tonsillitis, otitis media, pharyngitis) berulang. Herpes zoster, infeksi sudut bibir, ulkus mulut berulang, *popular pruritic eruptions*, *seborrheic dermatitis*, infeksi jamur pada kuku. Dan fase klinik 3 yaitu penurunan BB (>10%) tanpa sebab, diare kronik tanpa sebab sampai >1 bulan. Demam menetap (intermiten atau tetap >1 bulan). Kandidiasis oral menetap. TB pulmonal (baru), plak putih pada mulut, infeksi bakteri berat misalnya: pneumonia, empiema (nanah dirongga tubuh terutama pleura, abses pada otot

skelet, infeksi sendi atau tulang), meningitis, bakteremia, gangguan inflamasi berat pada pelvic, *acute necrotizing ulcerative stomatitis*, *gingivitis* atau periodontitis anemia yang menyebabkan tidak diketahui (<8 g/dl), neutropenia (<  $0,5 \times 10^9$  /l) dan trombositopenia (<  $50 \times 10^9$  /l) (Huda, 2013). Maka pasien HIV tidak mengalami semua manifestasi klinis pada fase klinik 2 dan fase klinik 3, hal ini disebabkan karena setiap individu memiliki perbedaan antara yang satu dengan yang lainnya.

#### Diagnosa Keperawatan

Data pengkajian yang diperoleh di analisis untuk menentukan masalah yang muncul.

Berikut ini adalah diagnosa yang terjadi pada klien:

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi sputum. Diagnosa ini terjadi karena pasien mengalami batuk terus menerus dan mengeluarkan sekret berwarna kuning kental, nadi :80x / menit, RR: 25 x / menit, terdapat ronchi di paru-paru kanan. Menurut Smeltzer dan Bare (2002) bahwa infeksi yang paling sering ditemukan di antara penderita AIDS adalah pneumoni yang merupakan penyakit oportunistik pertama yang dideskripsikan berkaitan dengan AIDS. Pneumonia ini merupakan manifestasi pendahuluan penyakit AIDS pada 60% pasien. Menurut penulis diagnosa

ketidakefektifan bersihan jalan nafas ini perlu diangkat karena pasien mengalami pneumonia sehingga terjadi penumpukan sekret.

2. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kesulitan untuk menelan. Diagnosa ini terjadi karena pasien mengalami kandidiasis oral, plak putih pada mulut, mukosa bibir kering, gigi kuning dan kotor, makan 2x / hari, porsi sedikit (3-5 sendok), makanan dari RSUD Jombang, minum 3-4x / hari, air putih, susu putih, BB SMRS:70kg (tiga bulan yang lalu), BB MRS: 40kg. Manifestasi gastrointestinal penyakit AIDS mencakup hilangnya selera makan, mual, vomitus, kandidiasis oral serta esophagus dan diare kronis (Smeltzer dan Bare, 2002). Diagnosa perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh perlu diangkat karena terdapat beberapa gejala yang sesuai sebagai data penunjang. Tetapi pasien ini tidak mengalami mual dan vomitus.

3. Kerusakan membran mukosa oral berhubungan dengan defisit imunologis dan timbulnya lesi penyebab patogen. Diagnosa ini terjadi karena pasien mengalami kandidiasis oral, plak putih pada mulut, mukosa bibir kering, gigi kuning dan kotor. Kandidiasis oral adalah suatu infeksi jamur, hampir terdapat secara universal pada semua penderita AIDS serta keadaan yang berhubungan dengan AIDS. Kandidiasis oral ditandai oleh bercak-bercak putih seperti krim dalam rongga mulut.

Tanda gejala yang menyertai mencakup keluhan menelan yang sulit serta nyeri (Smeltzer dan Bare, 2002). Sesuai data yang telah didapatkan maka diagnosa ini perlu diangkat.

4. Ketidakefektifan koping berhubungan dengan kronisitas kondisi dan perawatan diri yang kompleks. Diagnosa ini terjadi karena pasien belum bisa menerima sakitnya sekarang, pasien selalu mengatakan bahwa dirinya di santet oleh orang lain, keluarga mengatakan terdapat bisul di pantat kanan dan kiri hal ini karena di santet, hubungan pasien dan keluarga tidak baik karena pasien selalu ingin dituruti oleh keluarganya. Jika keinginannya tidak sesuai dengan apa yang diharapkan pasien, pasien selalu marah-marah dan membentak keluarga. Menurut Price dan Wilson (2012) bahwa hasil positif palsu dapat menimbulkan dampak psikologis yang besar. Diagnosa ini perlu diangkat karena sesuai dengan beberapa gejala yang sama pada data penunjang.

5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan gangguan sistem transport oksigen sekunder akibat anemi. Diagnosa ini terjadi karena pasien makan disuapi oleh istrinya, pasien pergi ke kamar mandi dibantu oleh ibu dan istrinya, pasien terbaring lemah di tempat tidur, pasien diseka oleh istrinya saat MRS, pasien dibantu istrinya saat ganti baju, HB 8,4g / dl. Menurut Smeltzer dan Bare (2002) bahwa pasien mungkin tidak mampu mempertahankan tingkat aktivitas

yang lazim karena gangguan sistem transport oksigen sekunder akibat anemi dan keadaan mudah lemah. Sesuai data penunjang diagnosa intoleransi aktivitas ini perlu diangkat.

### **Pelaksanaan Keperawatan**

Implementasi secara umum dilakukan berdasarkan intervensi yang telah dibuat sebelumnya. Tetapi pada saat pengkajian tidak bisa dilaksanakan secara berurutan. Hal ini tergantung dari respon dan kondisi pasien, sarana dan prasarana dirumah sakit. Semua intervensi telah dilakukan meliputi membina hubungan saling percaya, mengkaji frekuensi atau kedalaman pernafasan dan gerakan dada, mengobservasi suara paru, mencatat area penurunan atau tak ada aliran udara dan bunyi nafas adventisius, mis krekels, mengi, menjelaskan dan ajarkan latihan nafas dalam sering dan batuk efektif, menganjurkan pemberian minum air hangat, dari pada dingin, berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian cairan RL 500cc / 24 jam, levofloxacin 1x500mg, cotrimoxazole 1x2 tablet, dan ceftriaxone 2x1gr. Semua intervensi dapat dilaksanakan karena melihat dari kondisi pasien yaitu ketidakefektifan bersihan jalan nafas karena pasien batuk terus menerus dan mengeluarkan sekret berwarna kuning kental.

### **Evaluasi Keperawatan**

Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi sputum ditandai dengan pasien batuk terus

menerus dan mengeluarkan sekret berwarna kuning kental, nadi :80x / menit, RR: 25 x / menit, terdapat ronchi di paru-paru kanan. Evaluasi pada diagnosa tersebut sudah sesuai dengan tujuan yaitu dalam waktu 5x24 jam masalah teratasi. Hal ini dapat dibuktikan secara subyektif pasien mengatakan kadang-kadang saja batuk. Secara obyektif tidak keluar sekret, tidak ada suara tambahan ronchi atau pun wheezing. Karena sebelum tindakan didapatkan hasil pengkajian pasien mengalami batuk terus menerus dan mengeluarkan sekret berwarna kuning kental, nadi:80x/menit, RR: 25 x/menit, terdapat ronchi di paru-paru kanan.

### **6. KESIMPULAN**

Berdasarkan pembahasan yang telah diuraikan dalam bab 4 tentang perbandingan antara teori dengan kasus pada klien dengan HIV / AIDS di RSUD Jombang, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian yang didapatkan dari pasien HIV / AIDS di lapangan sudah sesuai dengan teori. Namun tidak semua yang ada pada teori terdapat pada kasus nyata pada klien. Hal tersebut ditunjang dengan beberapa pengkajian fisik yang sesuai dengan teori.
2. Diagnosa keperawatan yang ada pada teori tidak semuanya dapat ditemukan pada kasus nyata dan juga terdapat diagnosa tambahan pada kasus nyata karena tergantung pada kondisi dan persepsi pasien.
3. Intervensi keperawatan yang ada pada

teori dapat dilaksanakan semua pada kasus nyata. Namun ada intervensi tambahan untuk menyesuaikan dengan kondisi pasien.

4. Implementasi pada kasus HIV / AIDS sudah dilakukan semua dan keberhasilan dari pengobatan tergantung dari kerjasama antara keluarga dan perawat terutama pasien. Dan yang perlu diperhatikan lagi untuk pasien HIV / AIDS dalam pemeriksaan laboratorium perlu adanya persetujuan dari pasien. Sehingga tidak menimbulkan dampak psikologis yang besar.

5. Evaluasi dari masalah yang dialami pasien secara umum dapat teratasi sesuai dengan rencana yang ditetapkan. Namun pasien masih belum bisa menerima bahwa telah terdiagnosis HIV positif.

## REFERENSI

- Aditama, Y Tjandra. (2007). *Pedoman Nasional Terapi Antiretroviral Panduan Tatalaksana Klinis Dan Remaja. Edisi 2*. Jakarta: DEPKES RI
- Andrews, Gilly. (2009). *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Wanita. Edisi 2*. Jakarta: EGC
- Burns A, August . (2009). *Perempuan dan AIDS*. Yogyakarta: INSISTPress
- Djuanda, Adhi. (2007). *Ilmu penyakit kulit dan kelamin. Edisi 5*. Jakarta: fakultas kedokteran universitas Indonesia
- Doenges, E Marilynn. (1999). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien. Edisi 3*. Jakarta: EGC
- \_\_\_\_\_. (2012). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien. Edisi 3*. Jakarta: EGC
- Faqih, Miftah, dkk. (2013). *Panduan Penanggulangan AIDS Perspektif Nahdlatul Ulama*. Jakarta: Pengurus pusat lembaga kesehatan nahdlatul ulama
- Glasié, Anna dan Gebbie, Alisa. (2006). *Keluarga Berencana Dan Kesehatan Reproduksi*. Jakarta: EGC
- Heffner, Linda J dan Schust, Danny J. (2008). *At a Glance Sistem Reproduksi Edisi Kedua*. Jakarta: Erlangga Medical Series
- Huda Nurarif, Amin dan Kusuma Hardhi. (2013). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA NIC-NOC. Edisi Revisi. Jilid 1*. Yogyakarta: Mediacion Publising
- Hutapea, Ronald. (2011). *AIDS dan PMS dan Perkosaan. Edisi Revisi 2011*. Jakarta: Rineka Cipta
- Irianto, Koes. (2014). *Epidemiologi Penyakit Menular Dan Tidak Menular Panduan Klinis*. Bandung: ALFABET
- Kusmiran, Eny. (2011). *Kesehatan Reproduksi Remaja Dan Wanita*. Jakarta. Salemba medika
- Manuaba, Ida Ayu Chandranita. (2009). *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*. Jakarta: EGC
- Nursalam. (2007). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta: Salemba Medika
- \_\_\_\_\_. (2008). *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi*,

*Tesis, Dan Instrument Penelitian  
Keperawatan.* Jakarta: Salemba  
Medika

Price, Sylvia Anderson dan Wilson,  
Lorraine M. (2012). *Patofisiologi Konsep  
Klinis Proses-Proses Penyakit. Edisi 6.  
Volume 1.* Jakarta: EGC

Prodi DIII Keperawatan. (2014). *Buku  
Penyusunan Studi Kasus . Prodi  
DIII Keperawatan, Unipdu. Jombang:*  
Tidak Dipublikasikan

Smeltzer dan Bare. (2002). *Keperawatan  
Medikal Bedah. Edisi 8 Vol 3.* Jakarta: EGC

Suwijono. (2005). *Pendalaman Materi  
Membantu Remaja Memahami Dirinya.*  
Jombang: Badan Keluarga Berencana  
Kabupaten Jombang

Valentine L, Brashers. (2007). *Aplikasi  
Klinis Patofisiologi: Pemeriksaan Dan  
Manajemen edisi 2.* Jakarta: EGC

Vitanata, Muhammad. (2014). *Seminar  
Kesehatan Nasional Penatalaksanaan  
Terkini HIV-AIDS.* Jombang: FK  
Unair-RSU dr Soetomo

Yoga, Egi Komara, dkk. (2007). *Standart  
Perawatan Pasien: Perencanaan  
Kolaboratif dan Intervensi Keperawatan.*  
Jakarta: EGC