



## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Dasar HIV/AIDS dan Pengobatan

##### 2.1.1 Definisi

Orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) adalah individu yang terinfeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV), yaitu virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh dengan merusak sel darah putih, terutama limfosit CD4, sehingga menyebabkan penurunan daya tahan tubuh (Kementerian Kesehatan RI, 2014). HIV termasuk golongan retrovirus, yaitu virus yang memperbanyak diri dengan memasukkan materi genetiknya ke dalam sel inang (Nursalam, 2009).

Secara virologi, HIV merupakan virus sitopatik yang tergolong dalam famili *Retroviridae*, subfamili *Lentivirinae*, dan genus *Lentivirus*. Terdapat dua tipe utama HIV yang dapat menyebabkan AIDS, yaitu HIV-1 dan HIV-2 (Nursalam, 2009). Virus ini dapat ditemukan dalam berbagai cairan tubuh seperti darah, cairan semen, cairan vagina, cairan serviks, ASI, serta beberapa cairan tubuh lainnya. Namun, jalur penularan yang paling efektif adalah melalui darah, cairan semen, cairan vagina/serviks, dan ASI (Nasronudin, 2007).

Infeksi HIV terjadi ketika virus berikatan dengan reseptor spesifik pada permukaan sel inang, yaitu molekul CD4. Reseptor ini banyak terdapat pada limfosit T helper serta jaringan limfoid seperti kelenjar getah bening dan timus. Protein gp120 pada selubung virus memiliki afinitas tinggi terhadap CD4 sehingga memungkinkan virus masuk dan merusak sel tersebut (Nasronudin, 2007; Nursalam, 2009).

AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) merupakan sekumpulan gejala klinis yang muncul akibat kerusakan sistem imun yang berat karena infeksi HIV. Penurunan imunitas ini menyebabkan penderita rentan terhadap infeksi oportunistik dan beberapa jenis keganasan (Kemenkes RI, 2014; Hesti, 2011). Secara klinis, kondisi AIDS umumnya ditandai dengan jumlah CD4 kurang dari 200 sel/mm<sup>3</sup> (Mansjoer, 2000).



Gejala klinis HIV/AIDS dibedakan menjadi gejala mayor dan minor. Gejala mayor meliputi penurunan berat badan lebih dari 10% dalam satu bulan, diare kronis lebih dari satu bulan, demam berkepanjangan, gangguan neurologis, dan ensefalopati. Sementara gejala minor antara lain batuk kronis, dermatitis menyeluruh, herpes zoster berulang, kandidiasis orofaringeal, herpes simpleks kronis, limfadenopati generalisata, infeksi jamur genital berulang, serta retinitis akibat sitomegalovirus (Mansjoer, 2000; Nasronudin, 2007).

### 2.1.2 Riwayat Penyakit

Beberapa aspek penting dalam riwayat penyakit HIV/AIDS antara lain:

- a) Agen penyebab: Penyakit ini disebabkan oleh Human Immunodeficiency Virus (HIV) (Kemenkes RI, 2014).
- b) Reservoir: Manusia merupakan satu-satunya reservoir utama infeksi HIV (Nasronudin, 2007).
- c) Faktor host: Tidak terdapat karakteristik biologis khusus, tetapi prevalensi lebih tinggi ditemukan pada usia produktif dan kelompok dengan perilaku berisiko tinggi seperti pekerja seks dan laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki (Nursalam, 2009).
- d) Masa inkubasi: Masa inkubasi HIV bervariasi. Waktu dari paparan hingga terbentuknya antibodi biasanya berkisar antara 1–3 bulan. Perjalanan infeksi menuju AIDS dapat berlangsung 1 sampai 15 tahun atau lebih. Pada anak, progresi penyakit umumnya lebih cepat dibandingkan orang dewasa (Mandal, 2008; Kathy, 2009). Pada bayi, virus dapat terdeteksi sejak awal kehidupan dan infeksi oportunistik dapat muncul sejak usia dua bulan (Mandal, 2008).
- e) Faktor lingkungan: Faktor sosial seperti gaya hidup berisiko, mobilitas tinggi, serta lingkungan hiburan malam turut berperan dalam penyebaran HIV (Nursalam, 2009).

### 2.1.3 Proses Infeksi HIV

Setelah masuk ke dalam tubuh, HIV akan menuju jaringan limfoid dan menginfeksi sel dendritik. Pada fase awal dapat muncul sindrom retroviral akut yang menyerupai influenza, disertai viremia tinggi dan pembesaran kelenjar getah bening. Gejala ini biasanya mereda dalam waktu 1–3 minggu (Mansjoer, 2000).

Sistem imun kemudian menekan jumlah virus hingga tercapai keseimbangan antara replikasi virus dan respons imun, yang disebut viral set point. Nilai ini memengaruhi kecepatan perkembangan penyakit (Daili, 2009).

Serokonversi, yaitu perubahan antibodi HIV dari negatif menjadi positif, umumnya terjadi dalam 1–3 bulan setelah infeksi. Selanjutnya penderita



memasuki fase tanpa gejala, meskipun replikasi virus tetap berlangsung dan jumlah CD4 terus menurun. Rata-rata penurunan CD4 berkisar 30–60 sel/tahun pada awal infeksi, dan meningkat menjadi 50–100 sel/tahun pada fase lanjut. Tanpa terapi, perjalanan infeksi menuju AIDS rata-rata berlangsung 8–10 tahun (Mansjoer, 2000).

CDC mengklasifikasikan infeksi HIV pada orang dewasa menjadi infeksi akut, infeksi asimtomatik, limfadenopati generalisata persisten, serta berbagai kondisi terkait seperti gejala konstitusional, gangguan neurologis, infeksi oportunistik sekunder, dan keganasan (Daili, 2009).

Tahapan klinis infeksi HIV meliputi:

- Infeksi akut: gejala mirip flu seperti demam, nyeri sendi, malaise, ruam, gangguan saraf, dan gangguan gastrointestinal (Daili, 2009; Mansjoer, 2000).
- Fase asimtomatik: tidak ada gejala klinis meskipun virus tetap aktif; fase ini dapat berlangsung 5–10 tahun (Nursalam, 2009).
- Fase simptomatik dini (AIDS Related Complex/ARC): muncul infeksi seperti kandidiasis, herpes zoster, pneumonia bakteri, TB paru, disertai gejala umum seperti demam lama, penurunan berat badan, diare kronis, dan keringat malam (Mansjoer, 2000; Daili, 2009).

#### 2.1.4 Transmisi HIV dan AIDS

Penularan HIV dapat terjadi melalui beberapa mekanisme berikut:

- a) Hubungan seksual: Penularan melalui hubungan seksual vaginal, anal, maupun oral tanpa pengaman dengan penderita HIV. Virus terdapat dalam cairan semen, vagina, dan serviks (Nursalam, 2009; Nasronudin, 2007).
- b) Paparan darah: Terjadi melalui penggunaan jarum suntik bersama pada pengguna narkoba suntik atau transfusi darah yang tidak melalui skrining HIV (Nasronudin, 2007).
- c) Penularan vertikal (ibu ke anak): Penularan dapat terjadi selama kehamilan, persalinan, maupun melalui ASI. Risiko penularan meningkat tanpa intervensi pencegahan (Nasronudin, 2007; Nursalam, 2009).
- d) Alat kesehatan tidak steril: Penggunaan alat medis yang terkontaminasi darah atau cairan tubuh penderita HIV tanpa sterilisasi dapat menjadi media penularan (Nursalam, 2009).
- e) Paparan pada tenaga kesehatan: Tenaga kesehatan berisiko tertular melalui luka tusuk jarum atau paparan darah ke mukosa dan kulit yang tidak utuh, meskipun risiko penularannya relatif rendah (Nasronudin, 2007).

Tabel 2.1

**Faktor-faktor yang berhubungan dengan risiko peningkatan transmisi (Mandal, 2006), sebagai berikut:**

Transmisi	Faktor yang meningkatkan risiko
Umum pada setiap orang	Viral load tinggi
	Adanya AIDS
	Serokonversi
	Hitung CD4 rendah
Ibu ke anak	Pecah ketuban lama
	Persalinan pervaginam
	Menyusui
	Tidak ada profilaksis HIV
Seksual	Terjadi bersama dengan PMS lain
	Anal seks yang reseptif vs insertif
	Tidak di sirkumsisi
	Peningkatan jumlah pasangan seksual
Penggunaan obat suntik	Menggunakan alat secara bersama-sama dan penggunaan berulang
	Suntikan IV vs subkutan
Pekerjaan	Trauma dalam
	Darah yang terlihat dalam peralatan
	Penempatan alat arteri atau vena sebelumnya

#### 2.1.5 Faktor Risiko Terinfeksi HIV dan AIDS

Faktor risiko epidemiologis infeksi HIV terutama berkaitan dengan perilaku berisiko tinggi. Bentuk perilaku tersebut meliputi hubungan seksual tanpa penggunaan kondom, terutama dengan pasangan yang status HIV-nya tidak diketahui, praktik berganti-ganti pasangan seksual, serta hubungan seksual anal yang memiliki risiko penularan lebih besar. Penggunaan narkotika suntik dengan pemakaian jarum secara bergantian tanpa proses sterilisasi yang adekuat juga menjadi salah satu faktor risiko utama (Nasronudin, 2007).

Selain itu, riwayat penyakit infeksi menular seksual (IMS) meningkatkan kerentanan seseorang terhadap infeksi HIV karena adanya luka atau peradangan pada organ reproduksi. Riwayat menerima transfusi darah berulang tanpa skrining HIV, tindakan yang menimbulkan perlukaan kulit seperti tato, tindik, maupun sirkumsisi dengan alat yang tidak steril juga termasuk faktor yang dapat meningkatkan risiko penularan HIV (Nasronudin, 2007).



### 2.1.6 Pencegahan Penularan HIV dan AIDS

Hingga saat ini belum tersedia vaksin maupun terapi yang mampu menyembuhkan infeksi HIV secara tuntas. Oleh karena itu, upaya utama dalam pengendalian HIV/AIDS adalah melalui pencegahan, terutama dengan perubahan perilaku berisiko (Hasanudin, 2013).

Keberhasilan pencegahan penularan HIV dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain tingkat pengetahuan, sikap individu terhadap HIV/AIDS, serta dukungan lingkungan keluarga (Hasanudin, 2013). Prinsip dasar pencegahan adalah memutus mata rantai penularan sesuai dengan jalur transmisi HIV (Wartono, 1999), yaitu:

- a. Pencegahan penularan melalui hubungan seksual (seks aman dan penggunaan kondom)
- b. Pencegahan penularan melalui darah, yang meliputi keamanan transfusi darah, Penggunaan alat suntik serta alat medis lain yang steril
- c. Pencegahan penularan dari ibu ke anak selama kehamilan, persalinan, dan menyusui

Program penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia dikembangkan melalui empat pilar utama yang mengarah pada target *Zero New Infection, Zero AIDS-related Death, dan Zero Discrimination* (Kemenkes RI, 2011), yaitu:

- a. **Pencegahan (Prevention)** : Mencakup pencegahan transmisi seksual, pencegahan pada pengguna narkoba suntik, program di lembaga pemasyarakatan, serta pencegahan penularan dari ibu ke bayi (*Prevention of Mother to Child Transmission/PMTCT*).
- b. **Perawatan, Dukungan, dan Pengobatan (PDP)** : Meliputi penguatan layanan kesehatan, pencegahan dan terapi infeksi oportunistik, pemberian terapi antiretroviral (ARV), serta dukungan psikososial bagi ODHA. Program ini bertujuan menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat HIV (Kemenkes RI, 2011).
- c. **Mitigasi dampak** : Berupa dukungan sosial, psikologis, dan ekonomi bagi ODHA serta keluarganya.
- d. **Penciptaan lingkungan yang kondusif** : Dilakukan melalui penguatan kebijakan, manajemen program, serta pengurangan stigma dan diskriminasi terhadap ODHA (Kemenkes RI, 2011).

### 2.1.7 Pengobatan Antiretroviral (ARV)

Antiretroviral (ARV) adalah kelompok obat yang bekerja menghambat replikasi HIV di dalam tubuh. Terapi ARV merupakan pendekatan paling efektif yang tersedia saat ini untuk mengendalikan infeksi HIV secara klinis (Spiritia, 2008).

Terapi ARV tidak membunuh virus secara total, tetapi mampu menekan jumlah virus sehingga memperlambat perkembangan penyakit. Dengan menurunnya replikasi virus, kerusakan sistem imun dapat diperlambat dan kualitas hidup pasien dapat dipertahankan lebih lama (Spiritia, 2008).



### 2.1.8 Penggolongan ARV

Berdasarkan mekanisme kerjanya, obat ARV dibagi menjadi beberapa golongan (Depkes RI, 2006):

- a. Fusion Inhibitor (Penghambat fusi) : Obat golongan ini bekerja dengan menghambat masuknya virus ke dalam sel target melalui ikatan dengan glikoprotein selubung virus (gp41). Contoh obat dalam golongan ini adalah enfuvirtid.
- b. Reverse Transcriptase Inhibitor (RTI): Golongan ini menghambat kerja enzim reverse transcriptase yang diperlukan HIV untuk mengubah RNA menjadi DNA.
  1. Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NRTI) : Obat ini mengalami proses fosforilasi di dalam sel dan kemudian bersaing dengan nukleotida alami, sehingga menghambat pembentukan DNA virus serta menghentikan pemanjangan rantai DNA.
  2. Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitor (NtRTI) : Memiliki mekanisme kerja serupa dengan NRTI, tetapi hanya memerlukan dua tahap fosforilasi intraseluler.

### 2.1.9 Tujuan Terapi ARV

Terapi ARV kombinasi bertujuan menekan replikasi HIV secara maksimal dan berkelanjutan, sehingga meningkatkan harapan hidup ODHA. Keberhasilan terapi sangat bergantung pada kepatuhan minum obat, karena ketidakpatuhan dapat menyebabkan kegagalan terapi dan resistensi obat (Jurnal Nursing, 2011).

Selain itu, terapi ARV juga bertujuan untuk:

- Mengurangi penularan HIV di masyarakat
- Memulihkan atau mempertahankan fungsi sistem imun (meningkatkan/stabilisasi CD4)
- Menurunkan kejadian infeksi oportunistik
- Menekan angka kesakitan dan kematian akibat HIV (Depkes RI, 2006)

### 2.1.10 Manfaat Terapi ARV

Manfaat terapi ARV antara lain (Depkes RI, 2006):

- a. Menurunkan angka morbiditas dan mortalitas
- b. Mempertahankan produktivitas ODHA
- c. Memulihkan sistem imun sehingga kebutuhan profilaksis infeksi oportunistik berkurang
- d. Menurunkan risiko penularan karena viral load menjadi sangat rendah atau tidak terdeteksi
- e. Mengurangi biaya perawatan rumah sakit
- f. Mendorong individu untuk melakukan tes HIV dan membuka status secara sukarela



### 2.1.11 Pertimbangan dan Waktu Memulai Terapi ARV

Pemberian ARV harus mempertimbangkan kesiapan pasien untuk menjalani terapi jangka panjang, potensi efek samping, kemungkinan resistensi obat, serta akses terhadap layanan kesehatan. Terapi ARV bekerja menekan jumlah virus secara signifikan bila diberikan dalam kombinasi dan diminum secara teratur (Zubari Djoerban, 2006).

ARV direkomendasikan pada pasien dengan gejala klinis AIDS tanpa melihat jumlah CD4. Pada pasien tanpa gejala, terapi dianjurkan bila jumlah CD4 <200 sel/mm<sup>3</sup>, dan dapat dipertimbangkan pada CD4 200–350 sel/mm<sup>3</sup>. Pada pasien dengan CD4 >350 sel/mm<sup>3</sup>, keputusan terapi mempertimbangkan viral load dan kondisi klinis secara keseluruhan (Zubari Djoerban, 2006).

Tidak semua obat ARV yang ada beredar di Indonesia. Adapun beberapa obat ARV yang beredar di Indonesia :

**Tabel 2.2**  
**Obat ARV yang Beredar di Indonesia**  
**(Nama Dagang, Golongan, Sediaan, dan Dosis per Hari)**

<b>Nama Dagang</b>	<b>Nama Generik</b>	<b>Golongan</b>	<b>Sediaan</b>	<b>Dosis (Per Hari)</b>
<b>Duviral</b>			Tablet, kandungan: zidovudin 300 mg, lamivudin 150 mg	2x1 tablet
<b>Stavir Zerit</b>	Staviudin	NsRTI	Kapsul : 30 mg. 40 mg	>60 kg : 2x40mg <60 kg : 2x40mg
<b>Heviral 3TC</b>	Lamivudin (3TC)	NsRTI	Tablet 150 mg Lar.oral 10 mg/ml	2x150 mg <50kg ; 2/kg, 2x/hari
<b>Viramune Neviral</b>	Nevirapin (NVP)	NsRTI	Tablet 200 mg	1x200 mg selama 14 hari dilanjutkan 2x200 mg
<b>Retrovir Adovi</b>	Zidovudin (ZDV,	NsRTI	Kapsul 100 mg	2x30 mg, atau 2x250 (dosis alternative)
<b>Videx</b>	<u>AZT</u> Didanosis (ddl)	NsRTI	Tablet Kunyah : 100 mg	>60 kg : 2x200 mg, atau 1x40 mg <60 kg : 2x125 mg atau 1x250 mg
<b>Stocrin</b>	Efavirens (EFV, EFZ)	NNRTI	Kapsul 250 mg	1x 600 mg, malam
<b>Nelvex</b>	Nelfinavir (NFV)	PI	Tablet 250 mg	2x250 mg





#### 2.1.12 Resistensi HIV terhadap Terapi ARV

HIV dapat mengalami resistensi terhadap obat antiretroviral apabila kadar obat dalam darah tidak cukup tinggi untuk menekan replikasi virus secara optimal. Dalam kondisi tersebut, virus yang memiliki kemampuan untuk tetap berkembang meskipun ada paparan obat akan bertahan dan mendominasi dibandingkan virus yang masih sensitif. Akibatnya, populasi HIV baru dalam tubuh akan didominasi oleh strain yang telah resisten terhadap obat tertentu (Spiritia, 2006).

Resistensi HIV terjadi akibat adanya mutasi atau perubahan pada materi genetik virus, yang menyebabkan HIV mampu tetap bereplikasi walaupun pasien sedang menjalani terapi ARV. Pada proses replikasi, idealnya virus yang dihasilkan identik dengan virus sebelumnya. Namun, sering terjadi kesalahan kecil dalam proses tersebut yang disebut mutasi. Mutasi ini lebih sering terjadi pada HIV karena laju replikasinya sangat cepat dan virus ini tidak memiliki mekanisme perbaikan kesalahan genetik yang memadai (Spiritia, 2007).

Perubahan genetik tersebut dapat membuat HIV kebal terhadap efek obat ARV tertentu. Faktor yang memicu terjadinya mutasi antara lain tekanan lingkungan, paparan zat toksik, serta penggunaan obat secara berulang. Namun, penyebab tersering resistensi adalah ketidakpatuhan pasien dalam mengonsumsi ARV atau terhentinya terapi (Spiritia, 2007).

Penghentian terapi dapat terjadi karena pasien merasa kondisi tubuhnya sudah membaik sehingga menganggap pengobatan tidak lagi diperlukan, atau karena ketersediaan obat yang terputus. Walaupun sebagian besar replikasi HIV dapat ditekan oleh ARV, tetap ada kemungkinan sebagian virus bermutasi. Jika strain yang resisten berkembang biak, maka efektivitas obat akan menurun secara signifikan (Spiritia, 2007).

Di negara maju, resistensi HIV dapat menyulitkan pemilihan kombinasi ARV yang efektif karena banyaknya pilihan terapi. Meskipun terapi ARV memungkinkan ODHA hidup lebih lama, masa hidup yang lebih panjang juga memberi peluang lebih besar bagi virus untuk bermutasi. Oleh karena itu, resistensi HIV menjadi tantangan penting dalam keberhasilan terapi jangka panjang.





Di Indonesia dan negara berkembang lainnya, pendekatan kesehatan masyarakat yang dianjurkan WHO menyarankan bahwa bila terapi lini pertama dinilai gagal (bukan karena ketidakpatuhan), maka rejimen akan diganti ke terapi lini kedua dengan mengganti seluruh kombinasi obat sebelumnya. Sementara di negara maju, dokter dapat melakukan tes resistensi HIV untuk menentukan obat mana yang masih efektif terhadap virus yang telah bermutasi (Spiritia, 2007).

Terdapat dua jenis pemeriksaan resistensi HIV, yaitu:

1. Genotypic Testing : Pemeriksaan ini menganalisis materi genetik HIV dalam darah pasien untuk mendeteksi adanya mutasi tertentu. Dengan mengetahui jenis mutasi yang terjadi, dokter dapat memperkirakan obat ARV mana yang sudah tidak efektif dan obat mana yang masih dapat digunakan. Tes ini relatif lebih cepat dan lebih terjangkau dibandingkan tes fenotipik (Spiritia, 2007).
2. Phenotypic Testing: Pemeriksaan ini menilai secara langsung sensitivitas virus terhadap berbagai konsentrasi obat ARV di laboratorium. Metode ini lebih kompleks, memerlukan waktu lebih lama, serta biaya lebih tinggi, sehingga penggunaannya terbatas (Spiritia, 2007).

Saat ini juga ditemukan kasus di mana seseorang yang baru terdiagnosis HIV ternyata telah terinfeksi oleh virus yang sudah resisten terhadap obat tertentu. Kondisi ini menimbulkan tantangan dalam pemilihan terapi awal, karena kombinasi ARV standar mungkin tidak lagi efektif. Padahal, keberhasilan terapi pada tahap awal infeksi sangat berpengaruh terhadap perjalanan penyakit dan prognosis jangka panjang (Spiritia, 2007).

Keberhasilan terapi ARV dapat dilihat dari perbaikan kondisi klinis pasien, termasuk menurunnya kejadian infeksi oportunistik. Jumlah sel CD4<sup>+</sup> merupakan indikator imunologis penting dalam memantau respons terapi. Penurunan CD4<sup>+</sup> berhubungan dengan progresivitas penyakit, sedangkan pasien yang memulai terapi dengan kadar CD4<sup>+</sup> sangat rendah umumnya menunjukkan perbaikan yang lebih lambat. Jumlah CD4<sup>+</sup> di bawah 100 sel/mm<sup>3</sup> menunjukkan risiko tinggi terjadinya penyakit HIV yang progresif serta kegagalan imunologis.

## 2.2 Konsep Dasar Keluarga, Model Family Centered Nursing, dan Dukungan Keluarga

### 2.2.1 Definisi Keluarga

Keluarga adalah unit sosial yang terdiri dari dua orang atau lebih yang hidup bersama, memiliki ikatan emosional, aturan yang disepakati, serta pembagian peran di antara anggotanya. Setiap individu dalam keluarga merupakan bagian integral dari sistem keluarga dan memiliki ruang untuk mengekspresikan diri (Friedman, 2010).

Menurut Burgess (1963) dalam Friedman (2010), keluarga merupakan sekelompok individu yang terikat melalui hubungan perkawinan, darah, atau adopsi, yang hidup bersama dalam satu rumah tangga, saling berinteraksi, dan menjalankan peran sosial seperti suami, istri, orang tua, dan anak.

Berdasarkan berbagai definisi tersebut, keluarga dapat dipahami sebagai sekumpulan individu yang terikat oleh hubungan legal maupun emosional, saling berinteraksi, serta menjalankan fungsi dan peran sosial untuk mencapai tujuan bersama dalam kehidupan.

### 2.2.2 Konsep Family Centered Nursing

#### 1. Definisi Family Centered Nursing

Teori *Family Centered Nursing* dikemukakan oleh Friedman (2003), yang menyatakan bahwa pendekatan ini menekankan kemampuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang berfokus pada keluarga sebagai satu kesatuan, sehingga keluarga menjadi mandiri dalam mengatasi masalah kesehatannya.

Konsep *Family Centered Care* juga didefinisikan oleh *Institute for Patient and Family-Centered Care* (2010) sebagai pendekatan dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pelayanan kesehatan yang didasarkan pada kemitraan antara tenaga kesehatan, pasien, dan keluarga. Pendekatan ini menekankan kolaborasi aktif pada semua kelompok usia dan di berbagai tatanan pelayanan kesehatan.

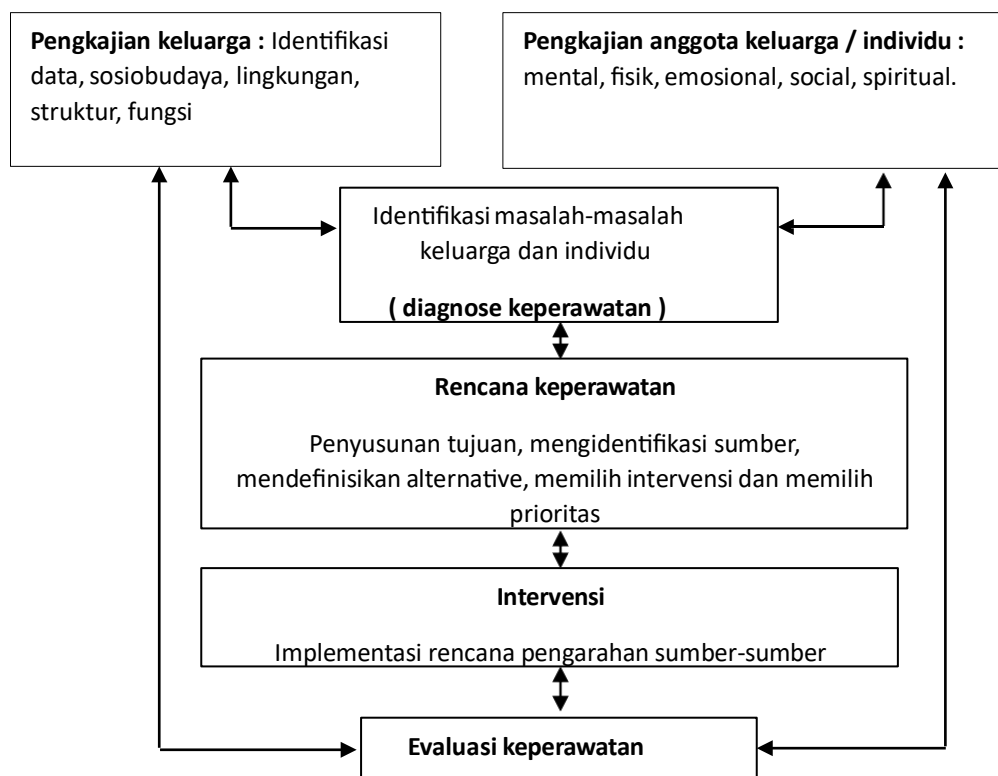
Menurut Stower (1992) dalam Fiane (2012), *Family Centered Care* merupakan pendekatan holistik yang tidak hanya berfokus pada pasien sebagai individu dengan kebutuhan biologis, psikologis, sosial, dan spiritual, tetapi juga



melibatkan keluarga sebagai bagian yang konstan dan tidak terpisahkan dari kehidupan pasien, termasuk pada pasien dengan HIV/AIDS.

Friedman juga menegaskan bahwa proses keperawatan keluarga memiliki cakupan lebih luas dibandingkan keperawatan individu. Perawat memandang keluarga sebagai unit pelayanan, tetapi tetap memberikan perhatian pada kebutuhan masing-masing anggota keluarga. Oleh karena itu, proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, intervensi, hingga evaluasi dilakukan pada dua tingkat, yaitu individu dan keluarga.

Berikut disajikan secara singkat model konseptual family centered nursing menurut (Friedman, 1998) :



Gambar 2.1: Model Konsep *family centered nursing* (Friedman, 1998).





## 2. Konsep Family Centered Nursing pada Pasien HIV/AIDS

Pendekatan *Family Centered Nursing* pada ODHA berlandaskan beberapa prinsip utama:

- a. **Martabat dan penghormatan:** Perawat perlu mendengarkan serta menghargai pandangan, pilihan, nilai, keyakinan, dan latar belakang budaya pasien serta keluarganya. Seluruh aspek tersebut menjadi dasar dalam penyusunan rencana asuhan keperawatan bagi ODHA.
- b. **Berbagi informasi:** Perawat berkewajiban menyampaikan informasi secara jujur, jelas, dan tidak bias kepada pasien serta keluarga. Informasi yang lengkap dan akurat memungkinkan keluarga berperan aktif dalam pengambilan keputusan terkait perawatan ODHA.
- c. **Partisipasi:** Pasien dan keluarga didorong untuk terlibat dalam proses perawatan serta pengambilan keputusan sesuai tingkat kesiapan dan kesepakatan bersama.
- d. **Kolaborasi:** Perawat bekerja sama dengan pasien dan keluarga dalam perencanaan kebijakan, pengembangan program, implementasi, hingga evaluasi pelayanan kesehatan bagi ODHA.

## 3. Alasan Penerapan Family Centered Nursing pada ODHA

Pendekatan ini diterapkan karena beberapa pertimbangan berikut:

- a. Menekankan sistem informasi dan dukungan dibanding hanya fokus pada penyembuhan
- b. Berorientasi pada kekuatan dan sumber daya keluarga
- c. Mengakui kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan HIV/AIDS
- d. Mendorong pemberdayaan keluarga dibandingkan ketergantungan
- e. Meningkatkan keterbukaan dan pertukaran informasi antara pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan
- f. Mendorong pelayanan yang fleksibel dan adaptif terhadap kebutuhan keluarga

## 4. Elemen Family Centered Nursing pada ODHA

Menurut Fretes (2012), elemen penting dalam *family centered nursing* meliputi:

- a. Perawat menyadari bahwa keluarga merupakan bagian yang konstan dalam kehidupan pasien, sementara sistem pelayanan kesehatan dapat berubah.

- b. Perawat menghargai peran keluarga sebagai pengelola utama kesehatan anggota keluarga. Keluarga dilibatkan dalam pengambilan keputusan, perawatan, pendidikan kesehatan, serta advokasi hak pasien. Dalam proses ini, perawat berperan sebagai pendamping dan pemberi saran, tetapi keputusan tetap berada pada keluarga.

### 2.2.3 Definisi Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga merupakan proses yang berlangsung sepanjang siklus kehidupan, dengan bentuk dan intensitas yang dapat berubah sesuai tahap perkembangan keluarga. Dukungan ini dapat bersifat internal (dari pasangan atau saudara kandung) maupun eksternal (dari kerabat atau lingkungan sosial).

Gottlieb (1983) dalam Zainudin (2002) mendefinisikan dukungan keluarga sebagai bantuan nyata, informasi, maupun ekspresi emosional yang diberikan oleh orang terdekat sehingga individu merasa diperhatikan, dihargai, dan didukung secara psikologis.

Friedman (2010) menyatakan bahwa dukungan keluarga memungkinkan keluarga berfungsi secara adaptif dalam menghadapi masalah kesehatan. Keluarga bertindak sebagai sistem pendukung utama yang siap memberikan bantuan ketika dibutuhkan (Friedman, 1998).

Dukungan keluarga juga berperan dalam perubahan perilaku kesehatan. Individu lebih termotivasi untuk berubah apabila memperoleh dukungan dari orang yang dianggap penting (Eagly & Chaiken, 1993). Lingkungan keluarga bahkan disebut sebagai faktor dominan dalam pembentukan perilaku kesehatan (Notoatmodjo, 2007). Prinsip penguatan perilaku juga ditegaskan dalam teori Bandura (1986) yang menyebutkan pentingnya pemberian penghargaan terhadap perilaku positif.





#### 2.2.4 Tipe Keluarga

Tipe keluarga dapat memengaruhi bentuk dukungan yang diberikan. Secara umum, tipe keluarga dibagi menjadi:

1. **Keluarga inti (nuclear family)** – terdiri dari ayah, ibu, dan anak
2. **Keluarga besar (extended family)** – keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang memiliki hubungan darah (Suprajitno, 2004)

Allender & Spradley (2001) dalam Achjar (2010) menambahkan beberapa bentuk keluarga tradisional lain seperti keluarga dyad (suami istri tanpa anak), *single parent*, dan keluarga usia lanjut. Menurut Friedman (1998), individu yang tinggal dalam keluarga besar cenderung memperoleh dukungan sosial lebih luas dibandingkan keluarga inti.

#### 2.2.5 Fungsi Dukungan Keluarga

Menurut Caplan (1964) dalam Friedman (1998), dukungan keluarga memiliki beberapa fungsi:

1. **Dukungan informasional** – berupa nasihat, saran, dan informasi
2. **Dukungan penilaian** – berupa penghargaan, perhatian, dan umpan balik
3. **Dukungan instrumental** – bantuan nyata dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari
4. **Dukungan emosional** – kasih sayang, empati, dan rasa aman

Friedman (2010) juga menjelaskan fungsi keluarga meliputi fungsi afektif, sosialisasi, reproduksi, ekonomi, dan perawatan kesehatan. Dalam fungsi kesehatan, keluarga memiliki lima tugas utama, yaitu mengenali masalah kesehatan, mengambil keputusan, merawat anggota yang sakit, menciptakan lingkungan sehat, dan memanfaatkan fasilitas kesehatan.

### 2.3 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Pengobatan

#### 2.3.1 Pengertian Kepatuhan

Kepatuhan mengacu pada perilaku individu dalam mengikuti anjuran medis yang diberikan oleh tenaga kesehatan. Istilah ini berkaitan dengan kedisiplinan pasien dalam menjalani terapi sesuai aturan (Kemenkes RI, 2011).



Sarafino dalam Smet (1994) menyatakan bahwa kepatuhan adalah tingkat kesesuaian perilaku pasien dengan rekomendasi pengobatan. Kaplan (2007) menambahkan bahwa kepatuhan menunjukkan sejauh mana pasien mengikuti instruksi klinis. Dalam konteks terapi ARV, kepatuhan berarti mengonsumsi obat dengan dosis, waktu, dan cara yang benar secara konsisten (Spiritia, 2002).

### 2.3.2 Variabel yang Mempengaruhi Kepatuhan

Menurut Muliawan (2008), faktor yang memengaruhi kepatuhan meliputi:

- a. Faktor demografi (usia, jenis kelamin, pendidikan, sosial ekonomi)
- b. Karakteristik penyakit (tingkat keparahan, gejala)
- c. Kompleksitas program terapi dan efek samping
- d. Faktor psikososial (sikap terhadap tenaga kesehatan, keyakinan, budaya, biaya)

### 2.3.3 Cara Mengukur Kepatuhan

Beberapa metode pengukuran kepatuhan antara lain (Brannon & Feist, 1997):

1. Laporan petugas kesehatan
2. Laporan diri pasien (*self-report*)
3. Laporan dari orang yang memantau pasien
4. Penghitungan sisa obat
5. Pemeriksaan bukti biokimia (darah/urin)

### 2.3.4 Jenis Ketidakpatuhan

Ketidakpatuhan dibagi menjadi:

1. **Disengaja (intentional)** – misalnya karena biaya, ketidakpercayaan terhadap obat, atau sikap apatis
2. **Tidak disengaja (unintentional)** – misalnya lupa minum obat atau salah memahami instruksi

### 2.3.5 Faktor yang Mempengaruhi Ketidakpatuhan

Menurut Niven (2002), faktor penyebab ketidakpatuhan meliputi:

1. Kesalahan memahami instruksi
2. Kualitas interaksi dengan tenaga kesehatan
3. Kurangnya dukungan sosial dan keluarga
4. Keyakinan, sikap, dan kepribadian pasien

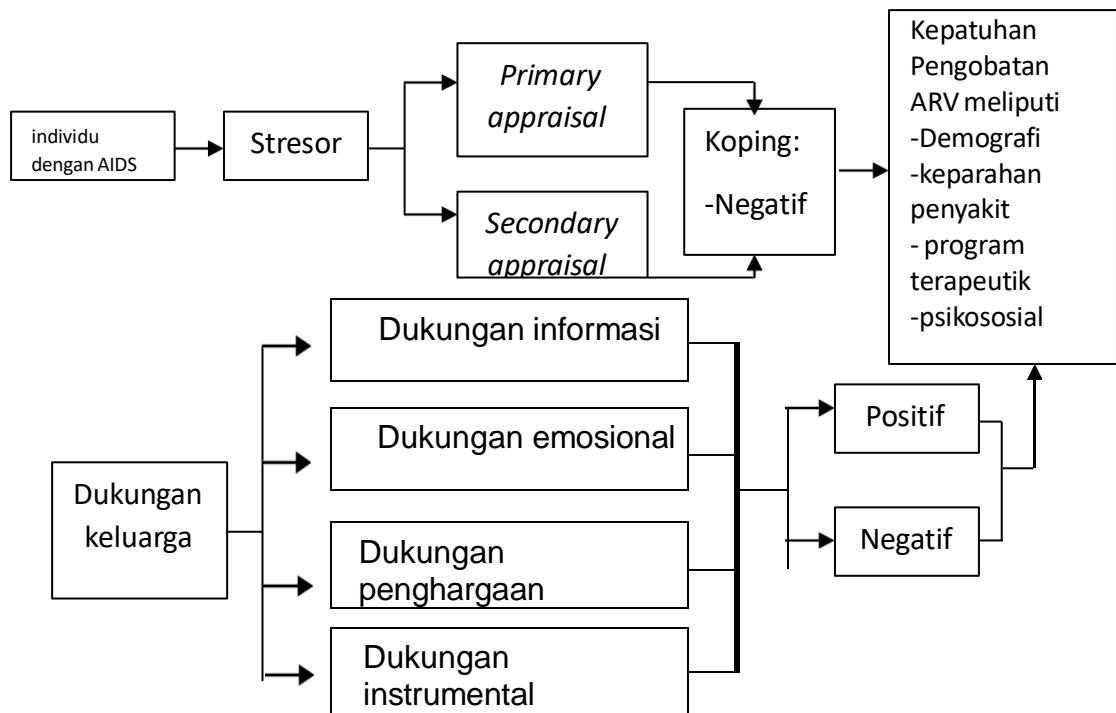
Model *Health Belief Model* juga digunakan untuk menjelaskan perilaku ketidakpatuhan berdasarkan persepsi individu terhadap penyakit dan manfaat pengobatan.





## 2.1 Kerangka Teori

Berdasarkan tinjauan pustaka yang telah dijelaskan  
maka bentuk kerangka teori penelitian dapat dijelaskan  
sebagai berikut:



**Gambar 2.5** Kerangka Teori *Model Family Centered Nursing* Pada HIV/AIDS

