# **BAB 2**

**TINJUAN PUSTAKA**

## **2.1. Konsep HIV/AIDS**

### **2.1.1 Definisi HIV/AIDS**

AIDS merupakan singkatan dari Aquired Immune Deficiency Syndrome, yaitu menurunya kekebalan tubuh terhadap penyakit karena infeksi virus HIV (Human Immunodeviciency Virus) (Djoerban & Djazuli, 2006). Dari keterangan tersebut jelas bahwa sebelum seseorang menderita AIDS dalam tubuhnya, terlebih dahulu terjadi kerusakan system kekebalan tubuh. Akibat kerusakan kekebalan tubuh tersebut tubuh penderita menjadi peka terhadap infeksi kuman dalam keadaan normal sebenarnya tidak bahaya. Infeksi kuman bentuk ini disebut infeksi oportunistik. Infeksi oportunistik adalah infeksi yang timbul karena mikroba yang berassal dari luar tubuh maupun dalam tubuh manusia, namaun dalam keadaan normal terkendali oleh kekebalan tubuh (Yunihastutik, 2005).

### **2.1.2 Etiologi HIV / AIDS**

AIDS disebabkan oleh virus yang mempunyai beberapa nama, yaitu HTL II, LAV, RAV, yang nama ilmiahnya disebut dengan Human Immunodeficency Virus (HIV), yang beberapa agen viral yang dikenal dengan retrovirus yang ditularkan oleh darah dan punya anfinitas yang kuat terhadap limfosit T (Depkes, 2009). Penyebab kelainan imun pada AIDS adalah salah satu agen antiviral yang disebut HIV dari kelompok Retrovirus Ribonucleic acid (RNA).

Retrovirus mempunyai anfinitas yang kuat terhadap limfosit /t (Hundak &Gallo, 2010). Disebut retrobirus RNA karena virus tersebut menggunakan RNA sebagai molekul pembawaan informasi genetic dan memiliki Enzim Reverse Transciptase. Enzimini memungkinkan virus mengubah informasi genetiknya yang berada dalam RNA ke dalam bentuk Deoxy Nucleic Acid (DNA) yang kemudian diintergrasikan pada informasi genetik sel limfosit yang diserang. Dengan demikian HIV dapat memanfaatkan mekanisme sel limfosit untuk duplikasi dirinya menjadi virus baru yang memiliki ciri HIV (Widoyono, 2011).

Menurut Bratawijaya & Rengganis (2010), tipe HIV ada 2, yaitu Tipe 1 ( HIV – 1 ), penyebab utama AIDS yang merupakan bentuk virus yang paling virulen, prevalensinya lebih banyak dan bermutasi lebih cepat. Tipe 2 (HIV – 2), menyebabkan penyakit yang serupa dengan HIV – 1. Patogenesisnya lebih rendah dibandingkan dengan HIV – 1 (Mandal at. Al, 2008).

Keduanya merupakan virus yang menginfeksi sel CD4’ T yang memiliki reseptor dengan anfinitas tinggi untuk HIV. Setelah infeksi oleh HIV, terjadi penurunan sel CD4 secara bertahap yang menyebabkan peningkatan gangguan imunitas yang diperantarai sel akibat kerentanan terhadap berbagai infeksi opertunistik (Bratawijaya & Rengganis, 2010).

### **2.1.3 Perjalanan Penyakit HIV / AIDS**

Sesudah virus HIV memasuki tubuh seseorang, maka tubuh itu terinfeksi dan mulai mereplikasi diri dalam sel seorang tersebut (terutama sel T CDS dan Makkrofag) HIV akan mempengaruhi sistem kekebalan tubuh dengan menghasilkan antibody untuk HIV. Pada stadium awal orang terinfeksi virus HIV pada 12 minggu pertama akan mengalami masa “ periode jendela” artinya bila dilakukan tes HIV belum terbentuk antibody sehingga hanya masih negative, tetapi orang tersebut sudah dapat menularkan keorang lain (Dinkes, 2004). Gejala infeksi HIV tampaknya mirip dengan banyak gejal awal penyakit umum lainnya, seperti pembengkakan kelenjar, mudah lelah, kehilangan berat badan, demam, diare. Berbeda orang berbeda pula gejalanya (Spiritia, 2004).

Orang yang terinfeksi HIV dapat tetap tanpa gejala dan tanda untuk jangka waktu cukup panjang bahkan sampai 10 tahun atau lebih. Orang ini sangat mudah menularkan infeksinya kepada orang lain, dan hanya dapat dikenali dari pemeriksaan laboratorium antibody HIV. Sesudahnya jangka waktu, yang bervariassi dari orang keorang, virus memperbanyak diri (replikasi ) secara cepat dan diikuti dengan perusakan limfosit CD4 dan sel kekebalan lainnya sehingga terjadilah sindrom kekurangan daya kekebalan tubuh yang progresif ( Progessive Immonedeficiency Syndrome ). Progesifitas tergantung pada beberapa faktor seperti : usia kurang dari 5 tahun atau diatas 40 tahun menjadi sangat cepat, infeksi lainnya, dan adanya faktor genetik.

Faktor progesifitas paling memperburuk keadaan adalah orang yang telah terjangkit HIV dalam kondisi sedang terinfeksi penyakit lain. Jika orang tersebut tidak sedang berperang melawan penyakit lain, reproduksi HIV berjalan dengan lambat. Namun reproduksi HIV tampaknya akan dipercepat kalau penderitanya sedang menghadapi infeksi lain atau kalau sistem immunnya terstimulasi ( Depkes RI, 2003).

Secara ringkasan perjalanan HIV / AIDS dapat digambarkan dalam tahapan yaitu awal timbulnya Infeksi virus dalam waktu 2 – 3 minggu yang disebut Sindrome Retroviral akut yaitu penyebaran virus, secara klinis pada tahapan ini tampak ditandai gejala menghilanganya + serokonversi. Infeksi kronis HIV – asimtomatik terjadi dan tampak gejala klinis setelah sekitar 8 tahun yang kemudian terjadi infeksi HIV / AIDS, dan dalam waktu 1 sampai 2 taahun dapat mengakibatkan kematian ( Smeltzer, 2003 & Depkes RI, 2003 ).

### **2.1.4 Klasifikasi Klinis HIV / AIDS**

a. Klasifikasi klinis pada orang dewasa dan remaja

Terdapat berbagai klasifikasi klinis HIV /AIDS. Salah satunya menurut CDA ( Smeltzer, 2003 & Depkes RI, 2003 ).

1. Kategori Klinis A

Kategori Klinis A meliputi infeksi HIV tanpa gejala. Limfadenopati generalisata yang menetap ( Parsistent General Lymadenopaty / PGL ).

1. Kategori Klinis B

Kategori klinis B terdiri atas kondisi dengan gejala pada remaja dan orang dewasa yang terinfeksi HIV yang tidak termasuk dalam kategori C dan memenuhi paling kurang satu dari beberapa kriteria berikut : keadaan yang dihubungkan dengan infeksi HIV atau adanya kerusakan kekebalan yang diperantarakan sel ( sel mediated immunity ) atau kondisi yang dianggap oleh doketr telah memerlukan penanganan klinis atau membutuhkan penatalaksanaan akibat komplikasi infeksi HIV, misalnya: angiomatitis basilaris, kandidiasis orofaringeal, kandidiasis vulbovaginal, dyslapsia leher Rahim, demam 38,5 C atau diare lebih dari satu bulan, oral hairy leukoplakia, herpes zoster, pupura indiopatik trombositopenia, listeriosis, penyakit radang panggul, neuropati perifer.

1. Kategori Klinis C

Kategori C meliputi gejala yang ditemukan pada pasien AIDS, misalnya : kandidiasis bronki, trakea, dan paru, kandidiasis esophagus, kanker leher rahim, coccidiodomycosis menyebar atau paru, kriptokokosis diluar paru, retinitis virus sitomegolo, enselopati yang berhubungan dengan HIV, herpes simpleks, ulkus kronis, bronchitis, esophagitis, pneumonia, histoplamosis, intestinal kronis lebih dari satu bulan, sarcoma kaposi, limforma burkit, limfoma imunoblastik, limfoma primer diotak mycobacrerium avium complex ( MAC ) tersebar atau diluar paru, mycobacterium tuberculosis dimana saja, pneumonia, pneumonia berulang, leukoensenfalopati multifocal progresif, septicemia salmonella yang berulang, toksoplasmosis diotak ( Depkes RI, 2003).

## **2.2 Konsep Stres dan Stresor**

Setres sebagai interaksi dan transaksi antara individu dengan lingkungan. Pendekatan ini dibatasi sebagai “ model psikologi “. Varian dari model psikologi ini didominasi teori stress kontemporer dan terdapatdua tipe tegas yang dapat diindentifikasi: interaksional dan transaksional.

Menggambarkan stress sebagai suatu proses yang meliputi stressor dan strain (ketengan) dengan menambahkan dimensi hubungan antara individu dengan lingkungan. Interaksi antara manusia dengan lingkungan yang paling mempengaruhi disebut sebagai hubungan transaksional yang didalamnya terdapat proses penyesuaian. Stres bukan hanya suatu stimulus atau sebuah respon saja,tetapi suatu agent aktif yang dapat mempengaruhi stressor memalui setrategi perilaku, kognotif dan emosional. Individu akan memberikan reaksi stress yang berbeda pada stressor yang sama.

Stres sebagai suatu respon biologis. Hal ini sesuai dengan pemikiran Selye bahwa stresberfokus pada reaksi seseorang terhadap stressor dan menggambarkan stress sebagai suatu respon. Respons yang dialami itu mengandung dua komponen yaitu komponen Gambaran Psikologis Pasien HIV / AIDS Sebelum dan Sesudah Pendampingan di UPT Puskesmas Kromengan (meliputi perilaku, pola pikir, emosi dan perasaan stres ) dan komponen fisiologis ( berupa rangsangan – rangsangan fisik yang meningkat). Selye mengemukakan respons tubuh terhadap stres tersebut sebagai “ Stres Syndrome” atau “ General Adaptation Syndrome “ ( GAS) “ yang merupakan respons umum dari tubuh. GAS menurut Selye terjadi saat organisme mengalami stres yang panjang atau lama dan organ tubuh yang lain juga ikut dipengaruhi oleh kondisi stress tersebut.

Definisi untuk pendekatan mediskopsikologi dan stres belajar dimulai dengan konsep Selye ( 1983 ). Selye menjelaskan stres aadalah kondisi yang dimanifestasikan dengan gejala khusus yang terdiri dari sistem biologis. Stres terjadi ketika tantangandengan stimulus. Stres dilakukan sebagai generalisai dan respon gejala psikologi yang non spesifik. Dalam beberapa tahun, stress sebagai aktivitas dari dua sistem neuroendokrin, anterior pituitary – sistem adreno kortical ( PAC) dan sistem simpatis medulla adrenal ( SAM ) Cox ( 1995).

Selye ( 1983 ) menjelaskan respons stres dapat secara signifikan terkait dengan patologis fisik. Hal ini terjadi ketika stresor sering terjadi, dari durasi yang lama dan parah. Situasi paradoksal meningkat ketika respons stres telah berkembang lambat laun secara adaptif dalam waktu yang pendek, meningkatnya kemampuan manusia untuk berespon secra aktif dalam aversive atau lingkungan noxious. Meskipun demikian, dalam jangka waktu lama ini dapat menyebabkan proses penyakit. Selye ( 1983 ) mengatakan bahwa stresor menyebabkan triage general adaptation syndrome ( GAS ) sebagai contoh :

1. Alarm Stage

Merupakan reaksi awal tubuh dalm menghadapi berbagai stresor. Reaksi inimirip dengan fightr or flight response. Tubuh tidak dapat mempertahankan tahap ini untuk jangka waktu lama.

1. Adaptation Stage ( Eustres )

Tubuh mulai beradaptasi dengan adanya stres dan berusaha mengatasi dan membatasi stresor. Ketidak mampuan beradaptasi akan berakibat orang menjadi lebih rentan terhadap penyakit ( disebut penyakit adaptasi ).

1. Exhaustion (distres ) Stage

Tahap dimana adaptasi tidak bisa dipertahankan, disebabkan karena stres yang berulang atau berkepanjangan sehingga stres berdampak pada seluruh tubuh.

### **2.2.1 Psikoneuroimunologi**

Menurut Putra ( 1999 ), psikoneuroimmunologi pada awal perkembangannya dipahami sebagai field of study. Pemahaman ini didasarkan keterlibatan tiga bidang kajian; (1.) Psikologi, (2.) Neurologi, dan (3) Imunologi.

Secara historis, konsep pskoneuroimmonologi muncul sekitar tahun 1975, oleh R. Ader dan C. Holder ( Putra, 1999 ). Psikoneuromminologi muncul setelah konseppemikiran imunopatobiologik dan imunopatologik. Fakta imunopatobiologik menunjukan bahwa kerentanan infeksi dan metastasis pada individu yang mengalami stres disebabkan oleh penurunan ketahanan imunologik. Sedangkan kelainan mukosal yang memunculkan pemikiran respons imun yang melukai merupakan fakta imunopatologik. Karena kedua pendekatan model berpikir tersebut dalam mengungkap pathogenesis dianggap kurang holistik, maka munculah ilmu baru yang sekarang dikenal dengan psikoneuimmunologi, yang dikembangkan atas dasar keterkaitan antara tiga konsep yaitu behavior, neuroendokrin dan kosep imunologik. Setyawan pada tahun 1999, meneliti hubungan sholat tahajud dengan respons imunitas.

Psikoneuroimmunologi berkembang menjadi suatu sains, dengan paradigma yang jelas, yaitu model berfikir yang terfokus pada pencermatan modulasi sistem imun yang stres. Sejalan dengan semakin berkembangnya penelitian ilmu dasar yang demikian pesat, mulai dari sel, molekul sampai gen stres, maka telah memicupemunculan pemikiran baru terhadap perkembangan psikoneuroimmunologi pada berbagai tingkat kajian bidang ilmu ( Putra, 1999 ).

Perkembangan terakhir, model berpikir psikoneuroimmunologi digunakan untuk penelitian dibidang kedokteran dan diterima sebagia pendekatan yang relatif lebih holistic dan rinci dalam mengungkap mekanisme baik fisiobiologik maupun patobiologik ketahanan tubuh.

Perkembangan psikoneuroimmunologi di Indonesia di awali oleh penelitian ( Putra dkk, 1999 ). Pengaruh latian dan respons imun dilanjutakan pada tahun 1993 meneliti tentang pengaruh latihan fisik dan kondisi kejiwaan terhadap ketahanan tubuh. Penelitian tersebut berdasar pada konsep psikoneuroimunologi. Hasil dari penelitian tersebut menunjukkan bahwa latihan fisik yang dilakukan secara teratur dengan dosis yang intermiten dan dilakukan dalam kondisi menyenangkan akan meningkatkan respons imunitas, yaitu peningkatan IgM, IgG, IgA,monosit subset T4 ( helper), estrogen, kortisol, tesrosterone dan ACTH.

Mekanisme peningkatan ketahan tubuh secara psikoneuroimunologi dapat dilihat dengan menghubungkan perubahan yang terjadi pada hormone dan neuropeptide yang melibatkan faktor kondisi kejiwaan ( stres ) dalam mekanisme perubahan ketahanan tubuh. Kondisi kejiwaan tersebut digambarkan sebagai status emosi yang mencerminkan dasar konsep kelainan mental. Berdasarkan pada pemahaman konsep diatas, maka psikoneuroimunologi merupakan neologisme ( istilah baru) yang menggambarkan discipline hybride, yang mempunyai paradigma tersendiri yaitu imunoregulasi tidak otonom.

### **2.2.2 Perjalanan Psikologi Pasien HIV dan AIDS**

Perjalanan klinis pasien dari tahap terinfeksi HIV sampai tahap AIDS, sejalan dengan penurunan derajat imunitas pasien, terutama imunitas seluler. Penurunan imunitas biasanya diikuti adanya peningakatan risiko dan derajat keparahan infeksi oportunistik serta penyakit keganasan. Terjadi penurunan imunitas tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor, faktor yang penting menjadi perhatian tenaga kesehatan adalah stresor psikososial. Reaksi pertama kali yang ditunjukan setelah didiagnosis mengidap HIV adalah menolak (denial) dan shock (disbelief). Mereka beranggapan bahwa sudah tidak ada harapan lagi dan merupakan penderitaan sepanjang hidupnya.

Tabel 3 : Penggelompakan Masalah Pasien HIV / AIDS ( Menurut Teori Adaptasi )

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Masalah Fisik | Masalah Psikis | Masalah Sosial | Masalah Ketergantungan |
| 1. Sistem Pernapasan: Dypepsia, TBC, Pneumonia 2. Sistem Pencernaan ( Nausea - Vomiting, Diare, Dysphagia, BB turun 10 % / 3 Bulan) 3. Sistem Persarafan : Letargi, Nyeri Sendi, Encepalopathy. 4. Sistem Integumen :   Edema yang disebabkan Kaposis Sarcoma, Lesi dikulit atau mukosa, Alergi   1. Lain – Lain : Demam, Resiko menularkan | 1. Intergritas Ego : Perasaan tak berdaya / putus asa 2. Faktor stres : baru / lama 3. Respons Gambaran Psikologis Pasien HIV / AIDS Sebelum dan Sesudah Pendampingan di UPT Puskesmas Kromengan : Denial, Marah, Cemas, Irritable. | 1. Perasaan minder dan tak berguna di masyarakat 2. Interaksi sosial : Perasaan terisolasi / ditolak | 1. Perasaan membutuhkan pertolongan orang lain |

**2.3 Peran Perawat Dalam Pendampingan Masalah Psikologi Pasien HIV / AIDS**

Pada umumnya penanganan pasien HIV memerlukan tindakan yang hampir sama, namun dari fakta klinis sewaktu pasien control ke rumah sakit menunjukan ada perbedaan respons imunitas ( CD4 ). Hal tersebut terbukti ada faktor lain yang mempengaruhi. Pasien yang mengalami stres yang berkepanjangan, berdasarkan konsep psikoneuroimunologi, melalui sel astrosit pada cortical dan amigdala pada sistem limbik berefek pada hipotamalus. Kemudian hipofisis akan menghasilkan CRF, yaitu sel basolifik. Sel basolifik tersebut akan mengekspresikan ACTH ( Adrenal Cortico Tropic Hormone ) yang akhirnya dapat mempengaruhi kelenjar kortek adrenal pada sel zona fasiculata, kelenjar ini akan menghassilkan cortisol yang bersifat immunisupressive. Apabila stres yang dialami pasien sangat tinggi, maka kelenjar adrenal akan menghasilkan cortisol dalm jumlah banyak sehingga dapat menekan sistem imun ( Apasou & Sitkorsky, 1999), yang meliputi aktivitas APC ( makkrofag ); Th – 1 ( CD4 ); dan sel plasma : IFNy; IL – 2; IgM dan antibodi - HIV ( Ader, 2001).

Peran perawat merupakan faktor yang mempengaruhi peran penting pada pengelolaan stres khususnya dalam memfasilitasi dan mengarahkan koping pasien yang konstruktif agar pasien dapat beradaptasidengan sakitnya dan pemberian dukungan social, berupa dukungan emosional, informasi, dan material ( Batuman, 1990; Bear, 1996; Folkman & Lazarus, 1988). Salah satu metode yang digunakan dalam penerapan teknologi ini adalah menerapkan metode Asuhan Keperawatan. Pendekatan yang digunakan adalah strategi koping dan dukungan social yang bertujuan untuk mempercepat respons adaktif pada pasien terinfeksi HIV, meliputi moulasi respons imun ( Ader, 1991; Setyawan, 1996; Putra, 1999 ) respons Gambaran Psikologis Pasien HIV / AIDS Sebelum dan Sesudah Pendampingan di UPT Puskesmas Kromengan; dan respons social ( Steward, 1997). Dengan demikian penelitian bidang imunologi dengan 4 variabel dapat membuka nuansa baru untuk bidang ilmu keperawatan dalam mengembangkan model pendekatan asuhan keperawatan yang berdasar pada paradigma psikoneuroimunologi terhadap pasien terinfeksi HIV ( Nursalam, 2005).

Respons Gambaran Psikologis Pasien HIV / AIDS Sebelum dan Sesudah Pendampingan di UPT Puskesmas Kromengan ( penerimaan diri ) terhadap penyakit terbagi menjadi 5 tahap menurut ( Kubler & Rose, 1974 ) yaitu :

1. Pengikaran (Denial)

Pada tahap pertama pasien menunjukan karakteristik perilaku pengingkaran, mereka gagal memahami dan mengalami makna rasional dan dampak emosional dari diagnosa. Pengingkaran ini dapat disebabkan karena tidak ketahuan pasien terhadap sakitnya atau mengetahuinya dan mengancam dirinya. Pengingkaran dapat dinilai dari ucapan pasien. Pengingkaran dapat berlaku sesuai dengan kemungkinan memproyeksikan pada apa yang diterima sebagai alat yang berfungsi sakit, kesalahan laporan laboratorium, atau lebih mungkin perkiraan dokter dan perawat yang tidak kompeten. Pengingkaran diri yang mencolok tampak menimbulkan kecemasan, pengingkaran ini merupakan buffer untuk menerima kenyataan yang sebenarnya. Pengingkaran biasanya bersifat sementara dan segera berubah menjadi fase lain dalam menghadapi kenyataan ( Achir Yani, 1999).

1. Kemarahan (Anger)

Apabila pengingkaran tidak dapat dipertahankan lagi, maka fase pertama berubah menjadi kemarahan. Perilaku pasien secara karakteristik dihubungankan dengan marah dan rasa bersalah. Pasien akan mengalihkan kemarahan pada segala sesuatu yang ada disekitarnya. Biasanya kemarahan diarahkan pada dirinya sendiri dan tibulnya penyesalan. Yang menjadi sasaran utama atas kemarahan adalah perawat, semua tindakan perawat serba salah, pasien banyak menuntut, cerewet, cemberut, tidak bersahabat, kasar, menantang,tidak mau bekerja sama, sangat marah, mudah tersinggung,minta banyak perthatian dan iri hati. Jika keluarga mengunjungi maka menunjukan sikap menolak, yang akan mengakibatkan keluarga segan untuk datang, hal ini akan menyebabkan bentuk keagresipan ( Hudak & Gallo, 1996 ).

1. Sikap Tawar Menawar (Bargaining)

Setelah marah-marah berlalu, pasien akan berfikir dan merasakan bahwa protesnya tidak ada artinya. Mulai timbul rasa bersalahnya dan mulai membina hubungan dengan Tuhan, meminta dan berjanji merupakan ciri yang jelas yaitu pasien menyanggupi akan menjadi lebih baik bila terjadi sesuatu yang menimpanya atau berjanji lain jika dia sembuh ( Achir Yani, 1999).

1. Depresi

Selama fase ini pasien sedih / berkabung mengesampingkan marah dan pertahanannya serta memulai mengatasi kehilangan secara konstruktif. Pasien mencoba perilaku baru yang konsisten dengan keterbatasan baru. Tingkat emosional adalah kesedihan, tidak berdaya, tidak ada harapan, bersalah, penyesalan yang dalam, kesepian dan untuk menangis berguna pada saat ini. Perilaku fase ini termasuk mengatakan ketakutan akan masa depan, bertanya peran baru dalam keluarga intensitas depresi tergantung pada makna dan beratnya penyakit ( Netty, 1999).

1. Penerimaan dan partisipasi

Sesuai dengan berlalunya waktu pasien beradaptasi, kepedihan dari kesabaran yang menyakitkan berkurang dan bergerak menuju identifikasi sebagai seorang yang keterbatasan karena penyakit dan sebagi seorang yang cacat. Pasien mampu bergantung pada orang lain jika perlu dan tidak membutuhkan dorongan melebihi daya tahannya atau terlalu memaksakan keterbatasan atau ketidakadekuatan ( Hudak & Gallo, 1999).

### **2.3.1 Respons Adaptif Spiritual**

Respon adaptif spiritual dikembangkan dari konsep Ronaldson ( 2000 ) dan Kauman & Nipan ( 2003). Repons adaktif spiritual, meliputi :

1. Harapan yang realistis
2. Tabah dan sabar
3. Pandai mengambil hikmah

### **2.3.2 Respons Adaptif Sosial**

Aspek psikososial menurut Stewart ( 1997 ) dibedakan menjadi 3 aspek, yaitu:

1. Stigma sosial memperparah depresi dan pandangan yang negatif tentang harga diri pasien
2. Diskriminasi terhadap orang terinfeksi HIV, misalnya penolakan berkerja dan hidup serumah juga akan berpengaruh terhadap kondisi kesehatan. Bagi pasien homoseksual, penggunanaan obat – obatan narkotika akan berakibat terhadap kurangnya dukungan sosial, hal ini akan memperparah stres pasien.
3. Terjadinya waktu yang lama terhadap respons Gambaran Psikologis Pasien HIV / AIDS Sebelum dan Sesudah Pendampingan di UPT Puskesmas Kromengan mulai penolakan, marah – marah, tawar menawar, dan depresi berakibat terhadap keterlambatan upaya pencegahan dan pengobatan. Pasien akhirnya mengkonsumsi obat – obat terlarang untuk menghilangkan stres yang dialami.

### **2.3.3 Prinsip Asuhan Keperawatan**

Prinsip asuhan keperwatan PHIV dalam mengubah perilaku perawatan dan meningkatkan respons Imunitas PHIV melalui pemenuhan kebutuhan fisik, sosial, dan spiritual perawat dalam menurukan stresor. Pada bagian ini akan di uraikan tentang, konsep pendekatan asuhan keperawatan dirumah dan asuhan keperawatan pada respons biologis.

Pasien yang didiagnosis dengan HIV mengalami stres Persepsi ( Kognisi : penerimaan diri, sosial, dan spiritual ) dan respons biologis selama menjalani perawatan dirumah sakit dan dirumah ( home care ). Peran perawat dalam perawatan pasien terinfeksi HIV adalah melaksanakan pendekatan asuhan keperawatan agar pasien dapat beradaptasi dengan cepat. Peran tersebut meliputi :

1. Memfasilitasi strategi koping :
2. Memfasilitasi sumber penggunaan potesi diri agar terjadi respons penerimaan sesuai tahapan dari Kubler – Ross
3. Teknik kognotif, penyelesaian masalah; harapn yang realistis; dan mengambil hikmah
4. Teknik perilaku, mengajarkan perilaku yang mendukung kesembuhan: control & minum obat teratur; konsumsi nutrisi seimbang; istirahat dan aktifitas teratur; dan menhindari konsumsi atau tindakan yang menambah parah sakitnya.
5. Dukungan sosial :
6. Dukungan emosional, pasien merasa nyaman; dihargai; dicintai; dan diperhatiakan.
7. Dukungan informasi, meningkatnya pengetahuan dan penerimaan pasien terhadap sakit.
8. Dukungan material, bantuan / kemudahan akses dalam pelayanan kesehatan pasien.