



**POLTEKKES KEMENKES RI PADANG**

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA REMAJA  
DENGAN HIV/AIDS DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS SEBERANG PADANG  
KOTA PADANG**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**VATRISYA CHERYA PUTRI SAHERMAN**

**NIM : 203110158**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN PADANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
TAHUN 2023**



**POLTEKKES KEMENKES RI PADANG**

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA REMAJA  
DENGAN HIV/AIDS DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS SEBERANG PADANG  
KOTA PADANG**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**Diajukan Ke Program Studi D III Keperawatan Politeknik Kesehatan  
Kementrian Kesehatan Padang Sebagai Salah Syarat Untuk  
Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan**

**VATRISYA CHERYA PUTRI SAHERMAN**

**NIM : 203110158**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN PADANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
TAHUN 2023**

**HALAMAN PERSETUJUAN**  
**KARYA TULIS ILMIAH**

Karya Tulis Ilmiah berjudul "Asuhan Keperawatan Keluarga pada Remaja dengan HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang Kota Padang", telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan dihadapan tim Penguji Ujian Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Padang Politeknik Kementerian Kesehatan RI Padang.

Padang, 23 Mei 2023

Menyetujui

Pembimbing 1



Tasman, S.Kp, M.Kep, Sp.Kom  
NIP. 19700522 199403 1001

Pembimbing 2



Ns. Lola Felnanda Amri, S.Kep, M.Kep  
NIP. 19760206 200012 2 001

Mengetahui

Ketua Prodi D-III Keperawatan  
Politeknik Kesehatan Kemenkes RI Padang



Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep, M. Kep  
NIP. 19750121 199003 2 005

Poltekkes Kemenkes Padang

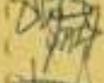
## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh :

Nama : Valtiya Cherya Putri Sabernan  
NIM : 203110158  
Program Studi : D-III Keperawatan Padang  
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Remaja  
dengan HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas  
Seberang Padang Kota Padang

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D-III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

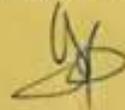
### Dewan Penguji

Ketua Penguji : Ramidnyati, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa (  )  
Penguji 1 : Heppi Samita, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa (  )  
Penguji 2 : Tasman, S.Kp, M.Kep, Sp.Kom (  )  
Penguji 3 : Ns. Lila Felzanda Auri, S.Kep, M.Kep (  )

Ditetapkan di : Poltekkes Kemenkes RI Padang  
Tanggal : 25 Mei 2023

Mengetahui

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Padang



Ns. Yessi Fadriyanti, S. Kep, M. Kep  
NIP. 19750121 199903 2 005

Poltekkes Kemenkes Padang

### LEMBAR ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya saya sendiri, dan sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar.

Nama : Vatriya Cherya Putri Saherman

NIM : 203110158

Tanda Tangan :



Tanggal : 28 Mei 2025

ii

Poltekkes Kemenkes Padang

## KATA PENGANTAR

Puji syukur saya ucapkan kehadirat Allah SWT. karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan KARYA TULIS ILMIAH dengan judul “**Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Remaja dengan HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang Tahun 2023**”. Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Diploma III pada Program Studi D III Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang. Peneliti menyadari dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini terdapat banyak kesulitan. Terimakasih atas bimbingan dari Bapak Tasman, M.Kep, Sp.Kom, selaku pembimbing I sekaligus Ketua Jurusan Keperawatan Padang Politeknik Kementerian Kesehatan RI Padang dan Ibu Ns. Lola Felnanda Amri, M.Kep selaku pembimbing II yang telah membimbing, mengarahkan, menyediakan waktu, tenaga, pikiran dan kesabaran untuk saya dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, dan peneliti juga mengucapkan terimakasih kepada Ibu Renidayati, S. Kp, M. Kep, Sp.Jiwa selaku penguji I sekaligus Direktur Politeknik Kementerian Kesehatan RI Padang dan Ibu Heppi Sasmita, S. Kp, M.Kep, Sp. Jiwa selaku penguji II sekaligus Wakil Direktur III Politeknik Kementerian Kesehatan RI Padang yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini. Peneliti juga mengucapkan terimakasih kepada :

1. Ibu dr. Dessy Susanti Kepala Puskesmas Seberang Padang dan Ibu Uwi Surya S.Tr.Keb Petugas Program LKB yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan
2. Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, S. Kep. M.Kep selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Padang Politeknik Kementerian Kesehatan RI Padang.
3. Bapak/Ibu dosen serta staf Program Studi Keperawatan Padang yang telah membimbing dan membantu selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang.
4. Teristimewa kepada orang tua dan saudara saya yang telah memberikan bantuan dukungan material dan moral.

5. Teman-teman seperjuangan mahasiswa Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang Program Studi D-III Keperawatan Padang Tahun 2020 serta semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang telah membantu saya dan memberi dukungan untuk saya untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Peneliti menyadari Karya Tulis Ilmiah ini masih terdapat kekurangan. Oleh karena itu peneliti mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari semua pihak untuk kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini sehingga bermanfaat bagi peneliti dan semua pembaca. Akhir kata, saya berharap kepada Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu.

Padang, 12 Mei 2023

Peneliti

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI PADANG  
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN PADANG**

**Karya Tulis Ilmiah, Mei 2023**

**Vatrisya Cherya Putri Saherman**

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA REMAJA DENGAN HIV/AIDS  
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SEBERANG PADANG KOTA PADANG  
2023**

XIII + 153 Halaman + 2 Tabel + 1 Bagan + 15 Lampiran

**ABSTRAK**

HIV/AIDS merupakan penyakit berbahaya dan harus diwaspadai dimana penyebarannya sangat cepat. penularan terjadi melalui hubungan seksual. Infeksi virus HIV semakin meningkat bahkan penderita masih dalam usia remaja. Salah satu faktor penyebab adalah kurangnya pengetahuan tentang HIV/AIDS . Dimana dampak dari itu menurunnya sistem kekebalan tubuh secara bertahap yang disebabkan oleh infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Seberang Padang Kota Padang dari tanggal 29 Maret sampai 12 April. Desain penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus. Populasi 17 remaja positif HIV, dan sampel 1 orang dengan teknik *Simple Random Sampling* yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Hasil penelitian didapatkan bahwa klien tidak terlalu memahami cara pemeliharaan dan perawatan terhadap penyakitnya, takut dan merasa cemas terhadap kondisi yang diderita, mengeluh sakit kepala dan pusing. Didapatkan 3 diagnosa utama yaitu pemeliharaan kesehatan tidak efektif, ansietas, dan nyeri akut. Selanjutnya menyusun intervensi, implementasi dan evaluasi. Disimpulkan setelah dilakukan Asuhan Keperawatan pada 3 diagnosa, keluarga mampu memahami tentang HIV/AIDS, klien mampu mengatasi masalah ansietas, dan mampu mengatasi nyeri. Disarankan kepada pemimpin Puskesmas Seberang Padang agar kasus ini dapat digunakan sebagai informasi tambahan dalam mengembangkan program kesehatan dan psikologis terhadap klien, seperti melakukan intervensi dalam memantau perkembangan perilaku keluarga terhadap klien, dan juga dapat digunakan untuk menambah wawasan perawat mengenai HIV/AIDS.

**Kata Kunci : Keluarga, HIV/AIDS, Asuhan Keperawatan**

**Daftar Pustaka : 35 (2012-2021)**

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Vatrisha Cherya Putri Saherman

Tempat, Tanggal Lahir : Padang, 22 Februari 2002

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Status Perkawinan : Belum Menikah

Alamat : KAMPUNG JAMBAK

Nama Orang Tua

Ayah : Alizar

Ibu : Zulel Haini

No	Riwayat Pendidikan Jenis Kelamin	Tempat Pendidikan	Tahun
1	Taman Kanak-Kanak	TK Darul Falah	2007-2008
2	Sekolah dasar	SD Negeri 53 Kampung Jambak	2008-2014
3	Sekolah Menengah Pertama	SMP Negeri 15 Padang	2014-2017
4	Sekolah Menengah Atas	SMA Negeri 8 Padang	2017-2020
5	D III Keperawatan	Poltekkes Kemenkes RI Padang	2020-2023

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b>	
Error! Bookmark not defined.	
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b>	
Error! Bookmark not defined.	
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>v</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR BAGAN</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xiii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
<b>A. Latar Belakang</b> .....	<b>1</b>
<b>B. Rumusan Masalah</b> .....	<b>6</b>
<b>C. Tujuan Penulisan</b> .....	<b>6</b>
<b>D. Manfaat Penelitian</b> .....	<b>6</b>
<b>BAB II TINJAUAN MATERI</b> .....	<b>7</b>
<b>A. Konsep Keluarga</b> .....	<b>7</b>
1. Pengertian Keluarga .....	7
2. Fungsi Keluarga .....	9
3. Tipe Keluarga.....	11
4. Struktur Keluarga.....	12
5. Tahap Perkembangan Keluarga .....	13
6. Tahapan Tumbuh Kembang Keluarga .....	16
7. Peran Perawat Keluarga .....	19
<b>B. Konsep Remaja</b> .....	<b>21</b>
1. Pengertian Remaja .....	21
2. Ciri-ciri Masa Remaja.....	21
3. Tahap Perkembangan remaja.....	22
4. Perkembangan Remaja.....	23
5. Karakteristik Perkembangan Remaja.....	24
6. Jenis Kenakalan Remaja .....	25
<b>C. Konsep HIV/AIDS</b> .....	<b>25</b>

1. Pengertian HIV/AIDS .....	26
2. Etiologi HIV/AIDS .....	26
3. Manifestasi HIV/AIDS .....	29
4. Patofisiologi HIV/AIDS.....	30
5. Penatalaksanaan HIV / AIDS.....	31
6. Pencegahan HIV/AIDS .....	34
7. Pemeriksaan Diagnostik HIV/AIDS .....	34
8. WOC HIV/AIDS.....	36
<b>D. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga pada Remaja Dengan ..</b>	
<b>HIV/ AIDS .....</b>	<b>37</b>
1. Pengkajian Keperawatan.....	37
2. Diagnosa Keperawatan Keluarga.....	43
3. Perencanaan Keperawatan .....	48
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>67</b>
A. Desain Penelitian.....	67
B. Tempat dan Waktu Penelitian .....	67
C. Populasi dan Sampel .....	67
D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data .....	69
E. Pengumpulan Data.....	69
F. Prosedur Penelitian .....	71
G. Rencana Analisis.....	72
<b>BAB IV DESKRIPSI KASUS DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>73</b>
<b>A. Deskripsi Kasus.....</b>	<b>73</b>
1. Pengkajian Keperawatan.....	73
2. Diagnosis Keperawatan .....	78
3. Intervensi Keperawatan .....	78
4. Implementasi Keperawatan.....	81
5. Evaluasi Keperawatan.....	83
<b>B. Pembahasan Kasus .....</b>	<b>85</b>
1. Pengkajian.....	85
2. Diagnosa Keperawatan .....	90
3. Intervensi Keperawatan .....	92
4. Implementasi Keperawatan.....	97
5. Evaluasi Keperawatan.....	101
<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>109</b>
A. KESIMPULAN.....	109

B. SARAN .....	110
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>112</b>

## DAFTAR BAGAN

Bagan 1.1 WOC.....	36
--------------------	----

## DAFTAR TABEL

Tabel Prioritas Masalah 2.1.....	47
Tabel Perencanaan Keperawatan 3.1.....	49

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Jadwal Kegiatan Karya Tulis Ilmiah (GANCHART)
- Lampiran 2 Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing 1
- Lampiran 3 Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing 2
- Lampiran 4 Surat Izin Survey Data Dari Institusi Poltekkes Kemenkes Padang
- Lampiran 5 Surat Izin Survey Awal dari Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu
- Lampiran 6 Surat Izin Pengambilan Data dari Puskesmas Seberang Padang
- Lampiran 7 Format Asuhan Keperawatan Keluarga
- Lampiran 8 Format Persetujuan (Informed consent) pelayanan Keperawatan Keluarga di rumah
- Lampiran 9 Laporan Pendahuluan 1-12
- Lampiran 10 Satuan Acara Penyuluhan
- Lampiran 11 Foto Kunjungan/ Dokumentasi
- Lampiran 12 Surat Izin Penelitian dari Poltekkes Kemenkes Padang
- Lampiran 13 Surat izin penelitian dari Puskesmas Seberang Padang Kota Padang
- Lampiran 14 Surat selesai penelitian dari Puskesmas Seberang Padang
- Lampiran 15 Lembar balik

# BAB I PENDAHULUAN

## A. Latar Belakang

Remaja merupakan masa peralihan dari anak-anak ke masa dewasa. Tahapan perkembangan remaja seringkali diukur dengan berpatokan pada usia. Usia pada tahap remaja (*adolescence*) dimulai saat manusia berada pada masa puber dan berakhir pada usia 18 atau 20 tahun. Rentang usia remaja ini dapat dibagi menjadi dua bagian, yaitu usia 12/13 tahun sampai dengan 17/18 tahun adalah remaja awal, dan usia 17/18 tahun sampai dengan 21/22 tahun adalah remaja akhir. Sedangkan Erickson membagi masa remaja menjadi tiga tahapan yakni masa remaja awal, masa remaja pertengahan, dan masa remaja akhir. Adapun kriteria usia masa remaja awal pada perempuan yaitu 13-15 tahun dan pada laki-laki yaitu 15-17 tahun. Kriteria usia masa remaja pertengahan pada perempuan yaitu 15-18 tahun dan pada laki-laki yaitu 17-19 tahun, sedangkan kriteria masa remaja akhir pada perempuan yaitu 18-21 tahun dan pada laki-laki 19-21 tahun. Menurut Papalia & Olds, masa remaja adalah masa transisi perkembangan antara masa kanak-kanak dan dewasa yang pada umumnya dimulai pada usia 12 atau 13 tahun dan berakhir pada usia akhir belasan tahun atau awal dua puluhan tahun. Disimpulkan bahwa masa remaja terbagi kedalam tiga tahapan yang masuk dalam rentan usia 13- 20 tahun, namun pada tahap remaja akhir ada ketidak jelasan usia, antara remaja akhir dengan dewasa awal dari usia yang dimiliki. Terpenting adalah ketika individu masuk dalam tahap remaja bukan ditentukan oleh usia, namun lebih kepada tugas perkembangan yang mampu dipenuhi oleh individu tersebut (Agustriyana, 2017).

Masa remaja merupakan masa peralihan antara masa anak-anak ke masa dewasa. Pada masa perkembangan ini, remaja mencapai kematangan fisik, mental, sosial dan emosional. Pada masa perkembangan remaja juga merupakan tahapan pubertas. Periode dimana kematangan fisik berlangsung cepat, yang melibatkan perubahan hormonal dan tubuh, yang terutama berlangsung dimasa remaja awal. Piaget juga menyatakan pada tahapan ini remaja sudah mulai berinteraksi dengan

lingkungan, teman sebaya dan orang dewasa. Masa remaja mulai timbul ada rasa tertarik terhadap lawan jenis, bila dibiarkan tanpa ada control dari keluarga maupun masyarakat, biasanya remaja akan “bebas berpacaran”, berganti-ganti pasangan berpotensi untuk terjangkit virus HIV-AIDS (Nurwati & Rusyidi, 2019).

HIV atau *Human Immunodeficiency Virus* adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia, sedangkan AIDS atau *Acquired Immunodeficiency Syndrome* adalah sindrom kekebalan tubuh oleh infeksi HIV. Perjalanan penyakit ini lambat dan gejala-gejala AIDS rata-rata baru timbul 10 tahun sesudah terjadinya infeksi, bahkan dapat lama lagi. Virus masuk ke dalam tubuh manusia terutama melalui perantara darah, semen dan *secret vagina*. Sebagian besar (75%) penularan terjadi melalui hubungan seksual. HIV/AIDS merupakan salah satu penyakit infeksi peringkat atas yang dapat menyebabkan kematian (Nana Noviana, 2016).

Penyakit tersebut tidak hanya ada pada orang dewasa tetapi juga bisa mengenai anak-anak maupun remaja. Seiring dengan meningkatnya jumlah remaja umur 15-24 di dunia yang terinfeksi HIV. Orang yang terkena atau terinfeksi penyakit tersebut tentunya dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya pengetahuan tentang HIV-AID, pendidikan, ekonomi, wilayah dan tradisi. Fakta lapangan memperlihatkan bahwa masyarakat masih sulit menerima kehadiran orang dengan HIV-AID, hal ini dikarenakan adanya anggapan bahwa penyakit tersebut dapat menular secara mudah dan menganggap penderita merupakan orang yang berperilaku negatif (sering gonta-ganti pasangan). Ketidaktahuan ini bisa berdampak pada si penderita, dimana sipenderita akan menutup diri dan tidak mau memeriksakan kondisi kesehatan, karena khawatir diketahui dan diasingkan oleh masyarakat. Dengan demikian pengetahuan tentang HIV-AIDS menjadi aspek yang sangat penting dalam meningkatkan akses pelayanan HIV dan perubahan perilaku (Nurwati & Rusyidi, 2019).

Infeksi virus HIV semakin meningkat bahkan penderita masih dalam usia remaja (< 15 tahun). Salah satu factor penyebab adalah kurangnya pengetahuan tentang HIV/AIDS .Kurangnya pengetahuan remaja tentang HIV/AIDS mengakibatkan mereka mudah terjerumus jika menerima informasi yang salah. Itulah mengapa pengetahuan tentang HIV/AIDS sangat penting diberikan pada remaja karena remaja memiliki rasa keingintahuan yang tinggi (Kemenkes RI, 2015).

UNAIDS (Misi PBB untuk HIV dan AIDS) mengatakan pada tahun 2018 terdapat sebanyak 37,9 juta orang di dunia hidup dengan HIV dan 770.000 orang meninggal karena AIDS dengan empat dari lima penderita baru tersebut berusia antara 10 dan 19 tahun dan pada tahun 2018 ditemukan 1,7 juta kasus baru. Pada tahun 2019 ditemukan kasus HIV/AIDS di dunia sebesar 37,8 juta orang di dunia hidup dengan HIV/AIDS. Sedangkan pada tahun 2020 ada 38 juta orang didunia yang positif terinfeksi HIV (Infodatin Kemenkes, 2020).

Kasus HIV/AIDS di Indonesia terjadi peningkatan, pada tahun 2020 jumlah ODHA di Indonesia dilaporkan mencapai 398.784 kasus. Hingga 2021 jumlah kumulatif ODHA ditemukan (kasus HIV) yang dilaporkan sampai dengan Maret 2021 sebanyak 543.100 orang, sedangkan jumlah kumulatif kasus AIDS yang dilaporkan sampai dengan Maret 2021 sebanyak 131.417 (Kemenkes RI, 2020).

Profil Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat menyatakan pada tahun 2019 ditemukan jumlah kasus HIV sebanyak 732 kasus. Yang mana diantaranya 474 kasus HIV dan 258 kasus AIDS. Berdasarkan catatan 2019, Kota Padang sebagai daerah tertinggi dengan kasus HIV/AIDS dari 19 kabupaten dan kota di Sumatera Barat, sementara di posisi kedua Bukittinggi dan selanjutnya Kota Pariaman. Pada tahun 2020 di Sumatera Barat di temukan sebanyak 332 HIV dan AIDS 126 orang. Pada tahun 2021 terus mengalami peningkatan dari tahun 2020 dimana ada 561 kasus, 413 diantaranya merupakan HIV dan 148 adalah pengidap AIDS. Sementara itu jumlah kasus per April sudah tercatat sebanyak 85 orang yang tertular HIV.

Profil Dinas Kesehatan Kota Padang (2021) mengatakan data sepanjang tahun 2021 Pelayanan kesehatan terbanyak menangani kasus HIV dan menjadi tempat rujukan bagi Puskesmas Kota Padang adalah RSUP DR M.Djamil Padang yaitu 146 kasus. 79 kasus lainnya ditangani di Puskesmas. Puskesmas terbanyak menangani kasus HIV/AIDS adalah Puskesmas Seberang Padang yaitu dari 40 kasus HIV. Puskesmas kedua terbanyak adalah Puskesmas Bungus yaitu 13 orang yang positif HIV. Selanjutnya, Puskesmas Padang Pasir yaitu 10 kasus HIV/AIDS. Selanjutnya Puskesmas Pauh 4 orang dengan HIV. Puskesmas Lubuk Begalung dengan 2 kasus HIV, Puskesmas Air Tawar dengan 2 kasus HIV, Puskesmas Lubuk Buaya dengan 2 kasus HIV, Puskesmas Anak Air dengan 2 Kasus HIV, Puskesmas Ulak Karang 1 kasus HIV, Puskesmas rawang 1 kasus, Puskesmas Andalas 1 kasus HIV, Puskesmas Luki dengan 1 kasus HIV.

Estimasi rentang umur orang dengan kasus HIV/AIDS berdasarkan Dinas Kesehatan Kota Padang Tahun 2020 ditemukan kasus HIV sebanyak 225 kasus, menurun dengan sangat signifikan dari tahun sebelumnya (287 kasus). Kasus AIDS yang ditemukan sebanyak 27 kasus (18 laki-laki dan 9 kasus perempuan), jumlah ini juga mengalami penurunan dari tahun 2019 (52 kasus). Jika dilihat dari jenis kelamin maka kasus HIV dan AIDS lebih banyak pada laki-laki daripada perempuan, hal ini karena faktor resiko yang tertinggi juga pada kelompok laki-laki yaitu LSL dan juga ada Pria Pekerja Sek (PPS).(Profil Kesehatan Kota Padang, 2020).

Pasien yang hidup dengan HIV umumnya tidak menyadari tentang status HIV mereka tanpa tes HIV karena mereka terlihat sehat dan setelah beberapa minggu terinfeksi, mereka mungkin mengalami tanda-tanda dan gejala atau hanya penyakit seperti demam, sakit kepala, ruam atau sakit tenggorokan. Namun HIV terus berkembang dan menginfeksi sel *T-helper* yang mengandung reseptor CD4 sampai virus ini melemahkan sistem kekebalan tubuh dan menyebabkan gejala lebih lanjut, termasuk pembengkakan kelenjer getah bening, penurunan berat badan, demam, diare dan batuk serta penyakit berat berikutnya seperti

*Tuberculosis*, meningitis kriptokokus dan kanker seperti limfoma dan sarkoma Kaposi (Najmah, 2016).

Berdasarkan wawancara dengan pengelola program dan konselor HIV di Puskesmas Seberang Padang saat survei pendahuluan pada tanggal 05 Desember 2022 didapatkan informasi dalam satu bulan terakhir kasus positif HIV yang aktif untuk mengambil obat Antiretroviral (ARV) sebanyak 178 orang, pengelola program dan konselor HIV di Puskesmas Seberang Padang mengatakan program yang telah dilakukan terkait HIV/AIDS yaitu skrining HIV/AIDS, pengobatan Antiretroviral (ARV) untuk pasien HIV/AIDS setiap bulannya, obat diberikan kepada pasien setiap 30 hari . Menurut pengelola program dan konselor HIV di Puskesmas Seberang Padang banyak pasien remaja yang memilih untuk merahasiakan penyakitnya terhadap keluarga karena takut terjadinya diskriminasi dan stigma negatif dalam keluarga. Pengelola program dan konselor HIV di Puskesmas Seberang Padang belum ada melakukan asuhan keperawatan kerumah pasien dan keluarga, hanya konseling di Puskesmas Seberang Padang.

Saat ditanya salah satu pasien remaja laki-laki HIV yang berobat umur 22 tahun terdiagnosa HIV sejak 4 tahun yang lalu. Pasien mengatakan tidak mengetahui apa saja yang menjadi penyebab tertular HIV, pasien mengatakan sebelumnya pernah melakukan seks bebas sesama jenis. Pasien mengalami keluhan mudah merasa lelah dan terkadang nafsu makan menurun terkadang merasa ingin muntah. Pasien tampak pucat dan mengatakan cemas terkadang terkait kondisinya. Pasien mengatakan untuk berobat didampingi oleh saudaranya, namun keluarga sudah mengetahui terkait penyakitnya dan keluarga menerima keadaannya saat ini. Tetapi, keluarga tidak mengetahui cara penularan, pencegahan, dan perawatan remaja dengan HIV/AIDS.

Berdasarkan latar belakang dan fenomena di atas peneliti melakukan penelitian tentang “Asuhan Keperawatan Keluarga pada Remaja dengan HIV/AIDS AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang Kota Padang.

## **B. Rumusan Masalah**

Rumusan masalah dalam penulisan ini adalah “ Bagaimana Penerapan Asuhan Keperawatan Keluarga pada Remaja dengan HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang Kota Padang ? ”

## **C. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Tujuan umum penulisan adalah untuk mengetahui Asuhan Keperawatan Keluarga pada Remaja dengan HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang Kota Padang.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mampu mendeskripsikan hasil pengkajian pada remaja dengan HIV/AIDS di wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang.
- b. Mampu mendeskripsikan rumusan diagnosa keperawatan pada Remaja dengan HIV/AIDS di wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang.
- c. Mampu mendeskripsikan rencana keperawatan pada pasien remaja dengan HIV/AIDS di wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang.
- d. Mampu mendeskripsikan tindakan keperawatan pada remaja dengan HIV/AIDS di wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang.
- e. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada remaja dengan HIV/AIDS di wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang.
- f. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Remaja dengan HIV/AIDS di wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang.

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Aplikatif**

#### **a. Bagi Peneliti**

Sebagai pedoman bagi aplikasi dalam ilmu keperawatan serta menambah wawasan ilmu pengetahuan serta dapat menambah kemampuan penulis dalam menerapkan asuhan keperawatan keluarga pada remaja dengan HIV/AIDS. Diharapkan juga dapat menjadi ilmu berharga dari peneliti

untuk lansia dan keluarga dalam menerapkan asuhan keperawatan keluarga pada remaja dengan HIV/AIDS.

**b. Bagi Pendidikan**

Diharapkan dapat memberi ilmu pengetahuan dalam penerapan asuhan keperawatan keluarga pada remaja dengan HIV/AIDS. Agar dapat meningkatkan pengetahuan pembaca mengenai asuhan keperawatan keluarga pada remaja dengan HIV/AIDS.

**c. Tempat Penelitian**

Diharapkan dapat memberikan manfaat dan ilmu pengetahuan bagi remaja dalam menerapkan asuhan keperawatan keluarga pada remaja dengan HIV/AIDS.

**2. Pengembangan Keilmuan**

Diharapkan Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan sumbangan pikiran dalam menerapkan asuhan keperawatan keluarga pada remaja dengan HIV/AIDS

## **BAB II**

### **TINJAUAN MATERI**

#### **A. Konsep Keluarga**

##### **1. Pengertian Keluarga**

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2016) mendefinisikan keluarga sebagai unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan. Kajian oleh Puspitawati (2012) mendefinisikan keluarga sebagai unit sosial-ekonomi terkecil dalam masyarakat yang merupakan landasan dasar dari semua institusi. Keluarga dipahami sebagai kelompok primer yang terdiri dari dua atau lebih orang yang mempunyai jaringan interaksi interpersonal, hubungan darah, hubungan perkawinan, dan adopsi. Definisi tersebut menunjukkan bahwa keluarga mensyaratkan adanya hubungan perkawinan, hubungan darah, maupun adopsi sebagai pengikat. Seluruh anggota keluarga juga harus tinggal bersama-sama di bawah satu atap. Selain itu, kepala keluarga dalam definisi ini selalu mengacu kepada suami atau ayah, seperti yang dapat dirujuk pada Undang Undang (UU) No. 1 Tahun 1974 tentang Perkawinan (Wiratri, 2018).

Keluarga merupakan unit dasar sosial terkecil di masyarakat yang menentukan suatu kelompok masyarakat menjadi kelompok yang kuat, yang berdampak pula pada suatu bangsa dan negara yang kuat. Dengan kata lain, keluarga merupakan tulang punggung bangsa. Segala aspek kehidupan masyarakat tidak pernah terlepas dari keluarga. Penguatan fungsi-fungsi keluarga diharapkan memungkinkan setiap keluarga makin mampu membangun dirinya menjadi keluarga sejahtera, keluarga yang mandiri dan keluarga yang sanggup menghadapi tantangan masa depan dengan lebih baik. Memahami suatu perubahan dalam masyarakat tidaklah dapat terlepas dari peranan tiap-tiap keluarga di dalamnya. Sebagai struktur terkecil, keluarga memegang peranan sebagai model pembelajaran awal bagi tiap-tiap anggotanya bersosialisasi dan berinteraksi sebagai makhluk sosial.

Benokraitis (2011) menjelaskan, keluarga merupakan sumber pembelajaran sosial, sejak individu mempelajari bahasa, pengetahuan sosial, sikap, keyakinan dan nilai-nilai budaya di dalam keluarganya. Selain itu, keluarga juga merupakan unit ekonomis yang terpenting karena menjamin keamanan dan ketersediaan pangan bagi seseorang, di samping sumber dukungan emosional dan media yang membawa seseorang dalam kelas sosial tertentu (Dewi & Widayanti, 2011).

Keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang memiliki peran penting dalam memajukan bangsa dan negara. Perlu kekuatan dan perjuangan dalam membina rumah tangga agar seluruh komponen dalam keluarga mampu menjalankan fungsi dan tugas masing-masing sesuai struktur dalam keluarga. Keluarga idaman adalah dambaan semua orang setelah berkeluarga, menjadi orang tua yang sukses mendidik anak-anaknya, membesarkan anak dengan fisik dan psikis yang berkembang maksimal, dan memiliki akhlak mulia serta melahirkan generasi yang penuh dengan keimanan kepada Allah SWT. Menjalankan fungsi, tugas dan tanggung jawab dalam keluarga haruslah selalu berharap kepada Allah SWT agar seluruh keluarga mampu menjalani hidup di dunia ini sesuai dengan perkembangan zaman dan tetap menjadi keluarga yang sakinah mawaddah warahmah (Jannah, 2018).

## **2. Fungsi Keluarga**

Fungsi keluarga menurut (wahyu saefudin, 2019), Sebagai berikut:

### **a. Fungsi Reproduksi**

Fungsi reproduksi artinya keluarga berfungsi untuk mempertahankan populasi yang ada di masyarakat. Keluarga dengan HIV/AIDS memerlukan program kesehatan yang tepat agar tidak memudahkan tertularnya HIV/AIDS pada generasi berikutnya.

**b. Fungsi Sosialisasi/Edukasi**

Fungsi keluarga yang selanjutnya adalah sosialisai/edukasi. Dalam hal ini keluarga mempunyai peranan penting sebagai sarana untuk transmisi nilai, keyakinan, pengetahuan dan sikap dalam menjalani kehidupan. Transmisi nilai maupun keyakinan akan menjadi bekal pada anak untuk bisa membaur dengan lingkungan sosialnya sehingga anak mengetahui batasan-batasan perilaku yang boleh dan tidak boleh dilakukan. Keluarga HIV/AIDS melakukan pembinaan sosialisasi pada anggota keluarganya, membentuk nilai dan norma, mengenal budaya yang baik agar anggota keluarga dapat menerapkan perilaku baik di masyarakat.

**c. Penugasan Peran Sosial**

Peran sosial yang ditanamkan dalam keluarga berupa identitas pada anggotanya secara ras, religi, sosial ekonomi, dan peran gender. Peran penting ini, mengingat kita hidup di negara yang majemuk, baik secara ras, religi dan sosial ekonomi. Pemahaman akan hal ini akan menimbulkan rasa toleransi dan menghargai perbedaan. Keluarga HIV/AIDS melakukan pembinaan sosialisasi pada anggota keluarganya, membentuk nilai dan norma, mengenal budaya yang baik agar anggota keluarga dapat menerapkan perilaku baik di masyarakat.

**d. Fungsi Dukungan Ekonomi**

Keluarga menyediakan tempat berlindung, menyediakan makanan dan jaminan kehidupan. Dengan demikian anggota keluarga lain terutama anak, akan terjamin kehidupan dan penghidupannya. Dukungan ekonomi juga akan menyebabkan seorang anak dapat tumbuh sesuai usia perkembangannya. Oleh karena itu keluarga dengan ekonomi menengah ke bawah berisiko tinggi karena HIV/AIDS.

**f. Fungsi Keluarga Sebagai Dukungan Emosi/Pemeliharaan**

Keluarga mengajarkan interaksi pertama pada anak, bersifat mendalam, mengasuh dan berdaya tahan sehingga memberikan rasa aman pada anak. Oleh karena itu adanya hambatan dari keluarga tentu sangat berpengaruh pada kehidupan anak terutama perlindungan pada anak agar tidak terjerumus pada seks bebas yang mengakibatkan HIV/AIDS.

**g. Fungsi Agama**

Menanamkan nilai-nilai keagamaan terutama dalam pembentukan kepribadian dan mengajak anggota keluarga dalam kehidupan beragama. Keluarga dengan anggota keluarga HIV/AIDS harus menanamkan nilai-nilai keagamaan sejak dini (Nurhandayani, 2022).

**3. Tipe Keluarga**

Tipe atau bentuk dan struktur keluarga diantaranya : a. Keluarga inti (*nuclear family*) yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak (hasil pernikahan atau adopsi); b. Keluarga besar (*ekstended family*) yaitu keluarga inti ditambah dengan sanak saudaranya (kakek, nenek, keponakan, paman, bibi, saudara sepupu, dan sebagainya); c. Keluarga bentukan kembali (*dyadic family*) yaitu keluarga baru yang terbentuk dari pasangan bercerai atau kehilangan pasangannya; d. Orang tua tunggal (*single parent family*) yaitu keluarga yang terdiri dari salah satu orang tua baik pria maupun wanita dengan anak-anaknya akibat perceraian atau ditinggal oleh pasangannya; e. Ibu dengan anak tanpa perkawinan (*the unmarried teenage mother*); f. Orang dewasa (laki-laki atau perempuan) yang tinggal sendiri tanpa pernah menikah (*the single adult living alone*); g. Keluarga dengan anak tanpa pernikahan sebelumnya (*the nonmarital heterosexual cohabiting family*) atau keluarga kabitas (*cohabitation*); h. Keluarga berkomposisi (*composite*) yaitu keluarga yang perkawinannya berpoligami dan hidup secara bersama-sama (PATIMAH, 2020).

Sedangkan menurut (Dede Husnaniyah, 2022) tipe dan bentuk keluarga : a. *Reconstituted Nuclir* yaitu pembentukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami/istri, tinggal dalam pembentukan satu rumah dengan anak-anaknya, baik itu bawaan dari perkawinan sebelumnya ataupun hasil dari perkawinan saat ini, satu/keduanya dapat bekerja di luar rumah; b. *Niddle Age/Aging Couple* adalah suami sebagai pencari uang, istri di rumah atau kedua-duanya bekerja di rumah, anak-anak sudah meninggalkan rumah/meniti karir; c. *Commuter Meried* yaitu suami/istri atau keduanya orang karir dan tinggal terpisah pada jarak tertentu. Keduanya saling mencari pada waktu tertentu dan d. *Dual Carrier* adalah suami istri/keduanya orang karir tanpa anak.

#### **4. Struktur Keluarga**

Struktur keluarga menurut (Friedman, Marilyn M., 2010) adalah :

##### **a. Berdasarkan Garis Keturunan**

- 1) Patrilinear adalah keluarga sedarah yang terdiri dari anak, saudara sedarah, dalam berbagai generasi dimana hubungan itu menurut garis keturunan ayah.
- 2) Matrilinear adalah keluarga sedarah yang terdiri dari anak, saudara dalam berbagai generasi dimana hubungan itu menurut garis keturunan ibu

##### **b. Berdasarkan Jenis Perkawinan**

- 1) Monogami adalah keluarga dimana terdapat seorang suami dan istri.
- 2) Poligami adalah keluarga dimana terdapat seorang suami dan lebih dari 1 orang istri.

##### **c. Berdasarkan Pemukiman**

- 1) Patrilokal adalah pasangan suami istri tinggal bersama atau dekat keluarga sedarah.
- 2) Matrilokal adalah pasangan suami istri, tinggal bersama atau dekat dengan sedarah istri.
- 3) Neolokal adalah pasangan suami istri, tinggal jauh dari keluarga suami maupun istri.

**d. Berdasarkan Kekuasaan**

- 1) Keluarga kebapakan. Dalam keluarga suami memegang peranan paling penting.
- 2) Keluarga keibuan. Dalam hubungan keluarga istri memegang peranan paling penting.
- 3) Keluarga setara. Peranan suami istri kurang lebih seimbang

**e. Keluarga Kawin**

Adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga, dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami/istri (Dede Husnaniyah, 2022)

**5. Tahap Perkembangan Keluarga**

Tahap perkembangan keluarga menurut (Friedman, Marilyn M., 2010) yaitu :

**a. Tahap I (Keluarga dengan Pasangan Baru)**

Pembentukan pasangan menandakan pemulaan suatu keluarga baru dengan pergerakan dari membentuk keluarga asli sampai kehubungan intim yang baru. Tahap ini juga disebut sebagai tahap pernikahan. Tugas perkembangan keluarga tahap I adalah membentuk pernikahan yang memuaskan bagi satu sama lain, berhubungan secara harmonis dengan jaringan kekerabatan, perencanaan keluarga.

**b. Tahap II (*Childbearing Family*)**

Mulai dengan kelahiran anak pertama dan berlanjut samapi berusia 30 bulan. Transisi ke masa menjadi orang tua adalah salah satu kunci menjadi siklus kehidupan keluarga. Tugas perkembangan tahap II adalah membentuk keluarga muda sebagai suatu unit yang stabil (menggabungkan bayi yang baru kedalam keluarga), memperbaiki hubungan setelah terjadinya konflik mengenai tugas perkembangan dan kebutuhan berbagai keluarga, mempertahankan hubungan pernikahan yang memuaskan, memperluas hubungan dengan hubungan dengan keluarga besar dengan menambah peran menjadi orang tua dan menjadi kakek/nenek.

**c. Tahap III (Keluarga dengan Anak Prasekolah)**

Tahap ketiga siklus kehidupan keluarga dimulai ketika anak pertama berusia 2½ tahun dan diakhiri ketika anak berusia 5 tahun. Keluarga saat ini dapat terdiri dari tiga sampai lima orang, dengan posisi pasangan suami-ayah, istri-ibu, putra-saudara laki-laki, dan putri-saudara perempuan. Tugas perkembangan keluarga tahap III adalah memenuhi kebutuhan anggota keluarga akan rumah, ruang, privasi dan keamanan yang memadai, mensosialisasikan anak, mengintegrasikan anak kecil sebagai anggota keluarga baru sementara tetap memenuhi kebutuhan anak lain, mempertahankan hubungan yang sehat di dalam keluarga dan di luar keluarga.

**d. Tahap IV (Keluarga dengan Anak Sekolah)**

Tahap ini dimulai ketika anak pertama memasuki sekolah dalam waktu penuh, biasanya pada usia 5 tahun, dan diakhiri ketika ia mencapai pubertas, sekitar 13 tahun. Keluarga biasanya mencapai jumlah anggota keluarga maksimal dan hubungan keluarga pada tahap ini juga maksimal. Tugas perkembangan keluarga pada tahap IV adalah mensosialisasikan anak-anak termasuk meningkatkan restasi, mempertahankan hubungan pernikahan yang memuaskan.

**e. Tahap V (Keluarga dengan Anak Remaja)**

Ketika anak pertama berusia 13 tahun, tahap kelima dari siklus atau perjalanan kehidupan keluarga dimulai. Biasanya tahap ini berlangsung selama enam atau tujuh tahun, walaupun dapat lebih singkat jika anak meninggalkan keluarga lebih awal atau lebih lama, jika anak tetap tinggal dirumah pada usia lebih dari 19 atau 20 tahun. Tujuan utama pada keluarga pada tahap anak remaja adalah melonggarkan ikatan keluarga untuk memberikan tanggung jawab dan kebebasan remaja yang lebih besar dalam mempersiapkan diri menjadi seorang dewasa muda. Masa remaja adalah masa paling rentan terkena masalah kesehatan karena pada masa inilah mereka mencari jati diri, ingin

memperluas pertemanan, dan sering mencoba hal-hal yang baru, pada masa ini juga keluarga harus memperhatikan remaja dengan baik dan memberikan perhatian lebih pada tahap keluarga dengan anak remaja memiliki permasalahan prioritas kesehatan reproduksi pada remaja yaitu kehamilan tidak dikehendaki, kehamilan dan persalinan usia muda, masalah PMS (*Premstrual Syndrome*), penyakit infeksi menular HIV/AIDS dan tindakan kekerasan seksual.

**f. Tahap VI (Keluarga Melepaskan Anak Dewasa Muda)**

Permulaan fase kehidupan keluarga ini ditandai dengan perginya anak pertama dari rumah orang tua dan berakhir dengan “kosongnya rumah”, ketika anak terakhir juga telah meninggalkan rumah. Tugas keluarga pada tahap ini adalah memperluas lingkaran keluarga terhadap anak dewasa muda, termasuk memasukkan anggota keluarga baru yang berasal dari pernikahan anak-anaknya, melanjutkan untuk memperbarui dan menyesuaikan kembali hubungan pernikahan, membantu orang tua suami dan istri yang sudah menua dan sakit.

**g. Tahap VII (Orang tua paruh baya)**

Merupakan tahap masa pertengahan bagi orang tua, dimulai ketika anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir dengan pensiun atau kematian salah satu pasangan. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan kepuasan dan hubungan yang bermakna antara orang tua yang telah menua dan anak mereka, memperkuat hubungan pernikahan.

**h. Tahap VIII (Keluarga Lansia dan Pensiunan)**

Tahap terakhir siklus kehidupan keluarga dimulai dengan pensiun salah satu atau kedua pasangan, berlanjut sampai salah satu kehilangan pasangan dan berakhir dengan kematian pasangan lain. Tujuan perkembangan tahap keluarga ini adalah mempertahankan penataan kehidupan yang memuaskan.

## 6. Tahapan Tumbuh Kembang Keluarga

Tahap Perkembang Keluarga Dibagi Menjadi 8 Tahapan menurut (Duval, 1977 dalam Friedman, 1998) yaitu:

### a. Keluarga Baru (*Begening Family*)

Pasangan baru menikah yang belum memiliki anak. Tugas perkembangannya adalah :

- 1) Membina hubungan intim yang memuaskan.
- 2) Menetapkan tujuan bersama.
- 3) Membina hubungan dengan keluarga lain, teman dan kelompok sosial.
- 4) Mendiskusikan rencana memiliki anak.
- 5) Persiapan menjadi orang tua.
- 6) Memahami perawatan *prenatal care* (pengertian kehamilan, persalinan dan menjadi orang tua)

### b. Keluarga dengan pengasuh anak (*child bearing family*)

Keluarga dengan anak pertama berusia kurang dari 30 bulan. Studi klasik le master (1957) dari 46 orang tua dinyatakan 17% tidak bermasalah selebihnya bermasalah dalam hal :

- 1) Suami merasa diabaikan.
- 2) Peningkatan pendapat dan argumen.
- 3) Interupsi dalam jadwal kontinu.
- 4) Kehidupan seksual dan sosial terganggu dan menurun.

Tugas perkembangan keluarga dalam tahap ini adalah :

- 1) Adaptasi perubahan anggota keluarga (peran, interaksi, seksual dan kegiatan).
- 2) Mempertahankan hubungan yang memuaskan.
- 3) Membagi peran dan tanggung jawab (bagaimana peran orang tua terhadap bayi, berikan sentuhan dan kehangatan dari ibu dan ayah).
- 4) Bimbingan orang tua tentang pertumbuhan dan perkembangan anak.
- 5) Konseling KB post partum 6 minggu.
- 6) Menata ruang untuk anak.

- 7) Menyiapkan biaya melahirkan anak.
- 8) Memfasilitasi peran belajar anggota keluarga.
- 9) Mengadakan kebiasaan keagamaan secara rutin.

**c. Keluarga dengan anak prasekolah (*Families with preschool children*)**

Keluarga dengan anak pertama berusia 30 bulan sampai 6 tahun. Tugas perkembangannya adalah :

- 1) Pemenuhan kebutuhan anggota keluarga.
- 2) Membantu anak bersosialisasi.
- 3) Beradaptasi dengan anak baru lahir, anak yang lain juga terpenuhi.
- 4) Mempertahankan hubungan di dalam maupun di luar keluarga.
- 5) Memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga.
- 6) Pembagian waktu, individu, pasangan dan anak.
- 7) Pemagian tanggung jawab.
- 8) Merencanakan kegiatan dan waktu simulasi tumbuh dan kembang anak.

**d. Keluarga dengan anak usia sekolah (*Families with School Children*)**

Tugas perkembangannya adalah:

- 1) Membantu sosialisasi anak terhadap lingkungan luar rumah, sekolah dan lingkungan lebih luas.
- 2) Mensosialisasikan anak-anak, termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya yang sehat.
- 3) Mendorong anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual.
- 4) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan.
- 5) Memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga.
- 6) Menyediakan aktivitas untuk anak.
- 7) menyesuaikan diri pada aktivitas komunitas dengan mengikut sertakan anak.
- 8) Memenuhi kebutuhan yang meningkat termasuk biaya kehidupan dan kesehatan anggota keluarga.

**e. Keluarga dengan anak remaja (*Families with teenagers*)**

Keluarga dengan anak pertama berusia 13-20 tahun. Tugas perkembangannya adalah:

- 1) Memberikan keseimbangan antara kebebasan dan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri.
- 2) Memfokuskan kembali hubungan intim perkawinan.
- 3) Berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak-anak.
- 4) Mempersiapkan perubahan untuk memenuhi kebutuhan tumbuh dan kembang anggota keluarga.

**f. Keluarga dengan anak dewasa (*families launching young adult*)**

Keluarga dengan anak pertama kali meninggalkan rumah. Tugas perkembangan keluarga mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anaknya, mengatur kembali fasilitas dan sumber yang ada dalam keluarga, berperan sebagai suami istri, kakek dan nenek. Tugas perkembangan keluarga pada saat ini adalah:

- 1) Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar.
- 2) Mempertahankan keintiman.
- 3) Membantu anak untuk mandiri sebagai keluarga baru di masyarakat.
- 4) Mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima anaknya.
- 5) Menata kembali fasilitas dan sumber daya yang ada pada keluarga.
- 6) Berperan suami-istri, kakek, dan nenek.
- 7) Menciptakan lingkungan rumah yang dapat menjadi contoh bagi anak-anaknya.

**g. Keluarga usia pertengahan (*Middle age family*)**

Keluarga dengan anak terakhir meninggalkan rumah. Tugas perkembangan keluarga pada saat ini adalah:

- 1) Mempunyai lebih banyak waktu dan kebebasan dalam mengolah minat sosial dan waktu santai.
- 2) Memulihkan hubungan antara generasi muda tua.
- 3) Keakraban dengan pasangan.

- 4) Memelihara hubungan/kontak dengan anak dan keluarga.
- 5) Penyediaan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan.
- 6) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti dengan para orang tua (lansia) dan anak-anak.
- 7) Memperkokoh hubungan perkawinan.
- 8) Persiapan masa tua/pensiun.

#### **h. Keluarga dengan lanjut usia**

Tugas perkembangan keluarga pada saat ini adalah:

- 1) Penyesuaian tahap masa pensiun dengan cara mengubah cara hidup.
- 2) Mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan.
- 3) Menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun.
- 4) Mempertahankan hubungan perkawinan.
- 5) Menerima kematian pasangan, kawan dan mempersiapkan kematian.
- 6) Mempertahankan keakraban pasangan dan saling merawat.
- 7) Mempertahankan ikatan keluarga antargenerasi.
- 8) Melakukan *life review* masa lalu.

### **7. Peran Perawat Keluarga**

Sebuah peran didefinisikan sebagai kumpulan dari perilaku yang secara relatif homogen dibatasi secara normatif dan diharapkan dari seorang yang menempati posisi sosial yang di berikan (Friedman, Marilyn M., 2010).

(Padila, 2012) mengemukakan beberapa peran perawat keluarga, sebagai berikut :

#### **a. Pengenal Kesehatan (*Health Monitor*)**

Perawat berperan dalam membantu keluarga untuk mengenal penyimpangan dari keadaan normal tentang kesehatannya dengan menganalisa data secara objektif serta membuat keluarga menyadari akan akibat masalah tersebut dalam perkembangan keluarga (Padila, 2012). Perawat membantu keluarga dalam mengenal dan memahami masalah kesehatan yang dialami remaja yaitu HIV/AIDS dengan memberikan edukasi untuk meningkatkan pengetahuan keluarga.

**b. Pemberi Pelayanan pada Anggota Keluarga yang Sakit**

Peran perawat memberikan asuhan keperawatan kepada anggota keluarga yang sakit (Padila, 2012). Perawat berperan untuk memberikan asuhan keperawatan keluarga pada remaja dengan HIV/AIDS bersama keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan yang dialami keluarga.

**c. Sebagai koordinator pelayanan kesehatan dan keperawatan kesehatan keluarga**

Peran perawat dalam mengkoordinir pelayanan kesehatan keluarga secara berkelompok dan individu (Padila, 2012). Perawat berkolaborasi dengan petugas kesehatan dalam pemberian asuhan keperawatan HIV/AIDS seperti kolaborasi pemberian obat ARV.

**d. Sebagai Fasilitator**

Perawat menjadi fasilitator dengan cara menjadikan pelayanan kesehatan itu mudah dijangkau oleh keluarga dan membantu mencari jalan pemecahnya (Padila, 2012). Perawat memberikan asuhan keperawatan keluarga dan membantu keluarga dalam menjalankan tugas kesehatan keluarga pada anggota keluarga yang sakit yaitu remaja dengan HIV/AIDS.

**e. Pendidik Kesehatan**

Merubah perilaku keluarga dari perilaku tidak sehat (Padila, 2012). Memberikan penkes untuk mengatasi permasalahan kesehatan keluarga dengan remaja HIV/AIDS.

**f. Sebagai Penyuluh dan konsultan**

Perawat dapat berperan dalam memberikan petunjuk tentang asuhan keperawatan keluarga (Padila, 2012). Melakukan penyuluhan dan menjadi tempat konsultasi keluarga terhadap masalah dan tindakan keperawatan yang akan diberikan pada anggota keluarga remaja dengan HIV/AIDS.

## **B. Konsep Remaja**

### **1. Pengertian Remaja**

(Marliani, 2016) menjelaskan bahwa masa remaja merupakan masa peralihan antara masa anak-anak yang dimulai saat terjadinya kematangan seksual, yaitu antara usia 11 atau 12 tahun sampai dengan 20 tahun, yaitu masa menjelang dewasa muda. Berdasarkan umur kronologis dan berbagai kepentingan, remaja adalah anak yang telah mencapai umur 10-18 tahun bagi perempuan dan berumur 12-20 tahun bagi anak laki-laki. Remaja terbagi kedalam tiga tahapan yang masuk dalam rentan usia 12- 20 tahun, namun pada tahap remaja akhir ada ketidakjelasan usia, antara remaja akhir dengan dewasa awal dari usia yang dimiliki. Terpenting adalah ketika individu masuk dalam tahap remaja bukan ditentukan oleh usia, namun lebih kepada tugas perkembangan yang mampu dipenuhi oleh individu tersebut (Agustriyana, 2017).

### **2. Ciri-ciri Masa Remaja**

Ciri-ciri masa remaja menurut (Marliani, 2016) sebagai berikut :

- a. Periode penting, hal ini dikatakan penting sebab perkembangan fisik yang cepat dan penting disertai dengan cepatnya perkembangan mental, terutama pada masa remaja, perkembangan ini menimbulkan perlunya penyesuaian mental dan pembentukan sikap, nilai dan minat baru.
- b. Periode peralihan, yaitu perilaku dari satu tahap perkembangan ke tahap berikutnya, dan apa yang terjadi sebelumnya akan meninggalkan bekas pada apa yang terjadi sekarang dan yang akan datang.
- c. Masa perubahan, perubahan perilaku dan sikap remaja berlangsung pesat seiring perubahan fisik yang terjadi seperti meningginya emosi, perubahan tubuh, minat dan peran yang diharapkan kelompok sosial, minat dan pola perilaku yang berubah.
- d. Usia bermasalah, masalah masa remaja sering sulit di atasi, baik oleh pria maupun wanita. Ini disebabkan karena remaja tidak berpengalaman dalam mengatasi masalah.

- e. Masa mencari identitas, pencarian identitas ini mempengaruhi perilaku remaja. Salah satunya cara menguatkan identitasnya adalah menggunakan symbol status dalam bentuk motor, mobil, pakaian dan pemilihan barang-barang lain untuk menarik perhatian
- f. Usia yang mudah menimbulkan ketakutan, ketakutan ini berkaitan dengan stereotype budaya masyarakat yang beranggapan bahwa remaja adalah kelompok yang tidak dapat dipercaya, cenderung merusak dan merasa menang sendiri, dan sulit diatur sehingga perlu pengawasan ekstra dari orang dewasa.
- g. Masa yang tidak realistis, remaja cenderung melihat dirinya sendiri dan orang lain sebagaimana yang ia inginkan dan bukan sebagaimana adanya, terlebih dalam cita-cita yang tidak realistis.
- h. Ambang masa dewasa, remaja mulai memusatkan diri pada perilaku yang dihubungkan dengan status orang dewasa.

### **3. Tahap Perkembangan remaja**

Ada tiga tahap perkembangan remaja menurut (Ali & Asrori, 2012) , yaitu :

#### **a. Periode Remaja Awal**

Pada periode ini perubahan yang tampak yaitu perubahan fungsi alat kelamin, remaja seringkali mengalami kesukaran dalam menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan tersebut. Akibatnya, remaja cenderung menyendiri sehingga merasa terasing, kurang perhatian dari orang lain, hingga merasa tidak ada orang yang peduli padanya.

#### **b. Periode Remaja Tengah**

Pada tahap ini remaja seringkali ingin membentuk nilai-nilai mereka sendiri yang mereka anggap benar, baik dan pantas untuk dikembangkan di kalangan mereka sendiri, terlebih lagi jika orang tua atau orang dewasa di sekitarnya ingin memaksakan nilai-nilai agar dipatuhi oleh remaja tanpa disertai dengan alasan yang masuk akal menurut mereka.

#### **c. Periode Remaja akhir**

Selama periode ini remaja mulai memandang dirinya sebagai orang dewasa dan mulai mampu menunjukkan pemikiran, sikap dan perilaku yang semakin dewasa.

#### **4. Perkembangan Remaja**

Perkembangan remaja menurut (Pieter & Lubis, 2017) terdiri atas :

##### **a. Perkembangan fisik**

Perubahan fisik terjadi dengan cepat pada remaja. Kematangan seksual sering terjadi seiring dengan perkembangan seksual secara primer dan sekunder. Perubahan secara primer berupa perubahan fisik dan hormon penting untuk reproduksi, perubahan sekunder antara laki-laki dan perempuan berbeda. Pada anak laki-laki tumbuhnya kumis dan jenggot, jakun dan suara membesar. Puncak kematangan seksual laki-laki adalah dalam kemampuan ejakulasi, pada masa ini remaja sudah dapat menghasilkan sperma. Ejakulasi ini biasanya terjadi pada saat tidur dan diawali dengan mimpi basah. Pada anak perempuan tampak perubahan pada bentuk tubuh seperti tumbuhnya payudara dan panggul yang membesar. Puncak kematangan pada remaja wanita adalah ketika mendapatkan menstruasi pertama (*menarche*). Menstruasi pertama menunjukkan bahwa remaja perempuan telah memproduksi sel telur yang tidak dibuahi, sehingga akan keluar bersama darah menstruasi melalui vagina atau alat kelamin wanita (Mulyani et al., 2020)

##### **b. Perkembangan emosi**

Perkembangan emosi sangat berhubungan dengan perkembangan hormon, dapat ditandai dengan emosi yang sangat labil. Remaja belum bisa mengendalikan emosi yang dirasakannya dengan sepenuhnya (Mulyani et al., 2020)

##### **c. Perkembangan kognitif**

Remaja mengembangkan kemampuannya dalam menyelesaikan masalah dengan tindakan yang logis. Remaja dapat berfikir abstrak dan menghadapi masalah yang sulit secara efektif. Jika terlibat dalam masalah,

remaja dapat mempertimbangkan beragam penyebab dan solusi yang sangat banyak.

**d. Perkembangan psikososial**

Perkembangan psikososial ditandai dengan terikatnya remaja pada kelompok sebaya. Pada masa ini, remaja mulai tertarik dengan lawan jenis. Minat sosialnya bertambah dan penampilannya menjadi lebih penting dibandingkan sebelumnya. Perubahan fisik yang terjadi seperti berat badan dan proporsi tubuh agar menimbulkan perasaan yang tidak menyenangkan seperti malu dan tidak percaya diri.

**5. Karakteristik Perkembangan Remaja**

Karakteristik perkembangan remaja menurut (Marliani, 2016) yaitu :

**a. Perkembangan Fisik**

- 1) Ciri-ciri seks primer : remaja pria ditandai dengan sangat cepatnya pertumbuhan testis. Pada remaja wanita, kematangan organ-organ seksnya ditandai dengan tumbuhnya Rahim, vagina dan ovarium secara cepat.
- 2) Ciri-ciri seks sekunder : remaja pria ditandai dengan tumbuh rambut di sekitar kemaluan dan ketiak, terjadi perubahan suara, tumbuh kumis, tumbuh jakun. Pada remaja wanita tumbuh rambut di sekitar kemaluan dan ketiak, bertambah besar buah dada dan panggul.

**b. Perkembangan Kognitif**

Remaja secara mental telah dapat berfikir logis tentang berbagai gagasan yang abstrak.

**c. Perkembangan Emosi**

Mencapai kematangan emosional merupakan tugas perkembangan yang sangat sulit bagi remaja, sehingga proses pencapaiannya sangat dipengaruhi oleh kondisi sosio-emosional di lingkungannya.

**d. Perkembangan Sosial**

Tingkat moralitas remaja sudah lebih matang dari usia anak, mereka sudah lebih mengenal nilai-nilai moral atau konsep-konsep moralitas seperti kejujuran, keadilan, kesopanan dan kedisiplinan

**e. Perkembangan kepribadian**

Masa remaja merupakan saat berkembangnya identitas (jati diri), apabila remaja gagal mengintegritaskan aspek-aspek dan pilihan atau merasa tidak mampu untuk memilih ia akan mengalami kebingungan.

**f. Perkembangan kesadaran beragama**

Kemampuan berfikir abstrak memungkinkannya untuk dapat metransformasikan keyakinan beragama.

**6. Jenis Kenakalan Remaja**

Jenis-jenis kenakalan remaja menurut (Marliani, 2016) yaitu :

- a. *Neutotic delinquency*, merupakan kenakalan yang sifatnya pemalu, perasaan, suka menyendiri, gelisah dan rendah hati. Bentuk kenakalannya seperti mencuri dan melakukan tindakan agresif secara tiba-tiba tanpa alasan karena dikuasai oleh khayalan dan fantasinya sendiri.
- b. *Unsocialized delinquent*, merupakan kenakalan seorang remaja yang disebabkan keinginan untuk melawan kekuasaan seseorang dengan cara memunculkan rasa permusuhan dan pendendam.
- c. *Pseudo social delinquent*, merupakan kenakalan remaja yang mempunyai loyalitas yang tinggi terhadap kelompok atau “geng” sehingga bersikap patuh, setia dan kesetiakawanan yang baik. Ia merasa bahwa kelompok memberikan rasa aman kepada dirinya sehingga ia selalu siap sedia untuk memenuhi kewajiban yang ditugaskan oleh kelompok, meskipun kelompok tersebut tidak diterima dengan baik oleh masyarakat karena tindakan dan kegiatannya sering meresahkan masyarakat.

**C. Konsep HIV/AIDS**

## 1. Pengertian HIV/AIDS

HIV atau *Human Immunodeficiency Virus* adalah sejenis virus yang menyerang/menginfeksi sel darah putih yang menyebabkan turunnya sistem kekebalan tubuh manusia. AIDS atau *Acquired Immune Deficiency Syndrome* adalah sekumpulan gejala penyakit yang timbul karena turunnya kekebalan tubuh yang disebabkan infeksi oportunistik yang berakibat fatal. Orang dengan pengidap HIV memerlukan pengobatan ARV untuk menurunkan jumlah virus HIV di dalam tubuh agar tidak masuk dalam stadium AIDS, sedangkan pengidap AIDS memerlukan pengobatan ARV untuk mencegah terjadinya infeksi oportunistik dengan berbagai komplikasi (Kemenkes RI, 2020).

HIV atau *Human Immunodeficiency Virus* adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia yang kemudian berdampak pada penurunan sistem kekebalan tubuh sehingga menimbulkan satu penyakit yang disebut AIDS. HIV menyerang sel-sel darah putih yang dimana sel-sel darah putih itu merupakan bagian dari sistem kekebalan tubuh yang berfungsi melindungi tubuh dari serangan penyakit. Manusia yang terinfeksi HIV akan berpotensi sebagai pembawa (*carrier*) dan penularan virus tersebut selama hidupnya. AIDS (*Acquired Immune Deficiency syndrom*) kumpulan gejala penyakit spesifik yang disebabkan oleh rusaknya sistem kekebalan tubuh oleh virus HIV (Depertemen kesehatan, 2014).

## 2. Etiologi HIV/AIDS

Penyebab HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah golongan virus retro. HIV pertama kali ditemukan pada tahun 1983 sebagai retrovirus dan disebut HIV-1. Pada tahun 1986 di Afrika ditemukan lagi retrovirus baru yang diberi nama HIV-2. HIV-2 dianggap sebagai virus kurang patogen dibandingkan dengan HIV-1. Maka untuk memudahkan keduanya disebut HIV. Retrovirus ini menjangkit sel-sel sistem kekebalan tubuh manusia (terutama CD4 positif T-sel dan *macrophages* komponen-komponen utama sistem kekebalan sel) menghancurkan mengganggu fungsi sel. Infeksi virus ini mengakibatkan terjadinya penurunan sistem kekebalan yang terus menerus (Erna

Setyaningrum, 2014).

Dalam defenisi kasus untuk AIDS. Kriteria untuk defenisi kasus AIDS yaitu Semua pasien yang terinfeksi oleh HIV dengan :

- a. Hitung sel T CD4+ <200/mikro liter atau
- b. Hitung sel T CD4+ <14% sel T total, tanpa memandang kategori klinis, simtomatik atau asimtomatik.

Infeksi oportunistik terkait HIV menurut (Price sylvia A, 2012) adalah :

- 1) Kandidiasis bronkus, trakea atau paru
- 2) Kandidiasis esophagus
- 3) Kanker serviks
- 4) Koksidiodomokosis, diseminata atau ekstraparu
- 5) Kriptokokus
- 6) Kriptosporidiosis, usus kronik (lama sakit lebih dari satu bulan)
- 7) Penyakit sitomegalovirus (selain di hati, limpa, atau kelenjar getah bening)
- 8) Retinitis sitomegalovirus (disertai hilangnya penglihatan).
- 9) Ensefalopati, terkait HIV.
- 10) Herpes simpleks, ulkus kronik lebih dari satu bulan bronkitis, pneumonitis dan esophagitis.
- 11) Histoplasmosis, diseminata atau ekstraparu
- 12) Isosporiasis, usus kronik (lama sakit lebih dari satu bulan)
- 13) Sarkoma kaposi (SK)
- 14) Limfoma, burkit (atau yang ekivalen)
- 15) Limfoma, imunoblastik (atau yang ekivalen)
- 16) Limfoma, primer, otak.
- 17) *Mycobacterium avium complex* atau *mycobacterium* Kansasi, diseminata atau ekstraparu.
- 18) *Mycobacterium tuberculosis*, semua tempat, paru-paru atau ekstraparu.
- 19) *Mycobacterium*, spesies lain atau spesies lain atau spesies yang belum teridentifikasi.
- 20) *Pneumonia pneumocystis carini* (PPC).

- 21) Pneumonia.
- 22) Leukoensefalopati multifokus progresif.
- 23) Septikemia salmonella.
- 24) Toksoplasmosis otak.
- 25) Sindrome pengurusan yang disebabkan oleh HIV.

Virus HIV menular melalui enam cara penularan menurut (Nursalam, 2011) yaitu :

**a. Hubungan seksual dengan pengidap HIV/AIDS.**

Hubungan seksual secara vaginal, anal dan oral dengan penderita HIV tanpa perlindungan bisa menularkan HIV. Selama hubungan seksual berlangsung, air mani, cairan vagina, atau mulut sehingga HIV yang terdapat dalam cairan tersebut masuk ke aliran darah. Selama berhubungan juga bisa terjadi lesi mikro pada dinding vagina, dubur dan mulut yang bisa menjadi jalan HIV untuk masuk ke aliran darah pasangan seksual.

**b. Ibu pada bayinya.**

Penularan HIV dari ibu terjadi pada saat kehamilan (*in utero*). Berdasarkan laporan CDC Amerika, prevalensi penularan HIV dari ibu ke bayi adalah 0,01% - 7%. Bila ibu baru terinfeksi HIV dan sebelum ada gejala AIDS, kemungkinan bayi terinfeksi sebanyak 20% - 30%, sedangkan gejala AIDS sudah jelas pada ibu kemungkinan mencapai 50% penularan juga terjadi selama proses persalinan melalui tranfusi fetomaternal atau kontrak antara kulit atau membran mukosa bayi dengan darah saat melahirkan. Semakin lama proses melahirkan, semakin besar resiko penularan. Oleh karena itu, lama persalinan bisa dipersingkat dengan operasi *sectio caesaria*. Transmisi lain terjadi selama periode *post partum* melalui ASI. Resiko bayi tertular melalui ASI dari ibu yang positif sekitar 10%

**c. Darah dan produk darah yang tercemar HIV/AIDS.**

Sangat cepat menular HIV karena langsung masuk ke pembuluh dan menyebar ke seluruh tubuh.

**d. Pemakaian alat kesehatan yang tidak steril.**

Alat pemeriksaan kandungan seperti spekulum, tenakulum, dan alat- alat lain yang menyentuh darah, cairan vagina atau air mani yang terinfeksi

HIV, dan langsung untuk orang yang tidak terinfeksi HIV bisa menular HIV.

### 3. Manifestasi HIV/AIDS

Menurut kriteria WHO (2017) gejala klinis AIDS untuk penderita dewasa meliputi minimum 2 gejala major dan 1 gejala minor.

#### 1) Gejala mayor adalah :

- a. Berat badan menurun lebih dari 10%
- b. Diare kronis lebih dari 1 bulan
- c. Demam lebih dari 1 bulan.

#### 2) Gejala minor adalah :

- a. Batuk lebih dari 1 bulan
- b. Pruritus dermatitis menyeluruh
- c. Infeksi umum rekuren misalnya herpes zoster atau herpes simpleks
- d. Limfadenopati generalisata
- e. Kandidiasis mulut dan orofaring
- f. Ibu menderita AIDS (kriteria tambahan untuk AIDS anak)

Gejala klinis pada stadium AIDS menurut (Nursalam, 2011) dibagi menjadi :

#### a. Gejala mayor

- 1) Demam berkepanjangan lebih dari tiga bulan
- 2) Diare kronis lebih dari satu bulan berulang maupun terus- menerus
- 3) Penurunan berat badan lebih dari 10% dalam tiga bulan.

#### b. Gejala minor

- 1) Batuk kronis selama lebih dari satu bulan.
- 2) Infeksi pada mulut dan tenggorokan disebabkan jamur *Candida Albicans*.
- 3) Pembengkakan kelenjar getah bening yang menetap di seluruh tubuh
- 4) Munculnya *Herpes zoster* berulang dan bercak-bercak diseluruh tubuh disertai gatal.

Sebelum timbulnya infeksi oportunistik dimulai dari adanya tanda dan gejala

di beberapa minggu sampai beberapa bulan menurut (Padila, 2012) yaitu :

- 1) Demam
- 2) Malaise
- 3) Keletihan
- 4) Keringat malam.
- 5) Penurunan BB
- 6) Diare kronik
- 7) Limfadenopati umum
- 8) Kandidiasis oral

Ada beberapa tahapan HIV/AIDS dimulai ketika masuknya virus sampai timbulnya gejala AIDS :

**a. Tahap pertama (Periode jendela)**

- 1) HIV masuk ke dalam tubuh hingga terbentuk antibodi dalam darah
- 2) Penderita HIV tampak dan merasa sehat
- 3) Pada tahap ini, tes HIV belum bisa mendeteksi keberadaan virus
- 4) Tahap ini berlangsung selama 2 minggu sampai 6 bulan.

**b. Tahap kedua (HIV Asimptomatik/ masa laten )**

- 1) Pada tahap ini HIV mulai berkembang di dalam tubuh
- 2) Tes HIV sudah bisa mendeteksi keberadaan virus karena antibodi yang mulai terbentuk
- 3) Penderita tampak sehat selama 5-10 tahun, bergantung pada daya tahan. Namun di negara berkembang durasi tersebut lebih pendek.

**c. Tahap ketiga (dengan gejala penyakit)**

- 1) Pada tahap ini penderita dipastikan positif HIV dengan sistem kekebalan tubuh yang semakin menurun
- 2) Mulai muncul gejala infeksi oportunitas, misalnya pembengkakan kelenjer limfa atau diare terus-menerus

**4. Patofisiologi HIV/AIDS**

Kemudian DNA dari virus HIV akan memasuki nucleus dari sel CD4 dan akan bergabung disana, dan berintegrasi dengan DNA manusia tujuannya untuk bereplikasi karena ketika sel CD4 bereplikasi otomatis dia akan ikut

bereplikasi. Setelah itu virus HIV akan *assembly* atau menyusun virus baru kemudian setelah virus barunya tersusun dan protein – protein lainnya maka virus HIV akan bereplikasi dan menyusun dirinya menjadi bakal, virus ini non infeksius. Untuk proses pematangannya setelah sel ini meninggalkan sel CD4. Selanjutnya akan *merilist protease* sehingga menjadi sel yang matur atau infeksius. Karena itu sel CD4 ini akan menjadi parameter ketika penegakan diagnosa dari HIV disebabkan CD4 adalah target dari HIV (Martens.et al,2014, Kummar.et al,2015).

Dengan berbagai proses kematian limfosit T yang terjadi penurunan jumlah limfosit T CD4 serta dramatis dari normal yang berkisar 600-1200/mm<sup>3</sup> menjadi 200/mm<sup>3</sup> atau lebih rendah lagi, sehingga pada fase awal jumlah virus akan meningkat lebih pesat hal ini diikuti oleh penurunan dari jumlah sel CD4, kemudian muncul reaksi imunitas yang akan menekan atau mengurangi virus HIV. Pada fase ini jumlah virus akan menurun dan diikuti dengan kenaikan dari jumlah sel CD4, pada fase ini muncul gejala akut dan berlangsung dalam hitungan minggu sampai bulan setelah pertama kali virus HIV masuk. Karena penekanan bersifat parsial atau sebagian jumlah virus akan kembali meningkat secara perlahan yang diikuti dengan penurunan secara perlahan dari jumlah CD4, selama jumlah CD4 lebih dari 400/500 maka biasanya tidak ada gejala, fase ini dinamakan fase infeksi kronik. Apabila jumlah sel CD4 terus menurun maka pertahanan tubuh akan sangat melemah sehingga muncul infeksi oportunistik, munculnya infeksi oportunistik ini berlangsung dalam periode tahunan dan jika sudah terjadi maka dinamakan sebagai AIDS (*Aquired Immunodeficiency Syndrome*) (Sterling dan Chaisson, 2010).

## **5. Penatalaksanaan HIV / AIDS**

### **1) Farmakologi**

#### **a. Terapi antiretroviral (ARV)**

Terapi antiretroviral berfungsi untuk memperlama/ menghambat perkembangan dari virus HIV sehingga perkembangan menuju AIDS bisa

dalam waktu lama. Pengobatan biasanya dimulai ketika CD4 menurun , begitu seseorang start melakukan pengobatan HIV menggunakan ARV maka penderita harus meminum obat tersebut seumur hidup secara rutin dan jangan sampai terlewat/putus obat tujuannya untuk menjaga jumlah kadar CD4 dalam tubuh dan mempertahankan kekebalan tubuh (Nursalam & Ninuk, 2013).

**a) Golongan Obat ARV**

Ada beberapa golongan dari obat ARV menurut (Desmawati, 2013) yaitu:

1. *Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor* (NRTI) Jenis – jenis obat HIV berdasarkan nama generic:
  - 1) Zidovudine
  - 2) Didanosine
  - 3) Zalcitabine
  - 4) Stavudine
  - 5) Lamivudine
  - 6) Abacavir
  - 7) Tenofovir
2. *Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitor* (NRTI) yang termasuk golongan ini adalah Tenofovir (TDF).
3. *Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor* (NRTI) golongan ini juga bekerja dengan menghambat proses perubahan RNA menjadi DNA dengan mengikat reverse transcriptase sehingga tidak berfungsi.

Golongan *Non nucleoside reverse transcriptase inhibitor* berdasarkan nama *generic*:

- 1) Nevirapine
- 2) Delavirdine
- 3) Efavirenz

4) Protease inhibitor (PI)

4. Fusion Inhibitor

Menghambat menempelnya virus dengan sel Imfosit melalui sel CD4. Fusion inhibitor iniyang termasuk golongan ini adalah Enfuvirtide (T-20).

1) Vaksin dan Rekonstruksi

Imun tantangan terapeutik untuk pengobatan AIDS tetap ada. Sejak agen penyebab infeksi HV dan AIDS dapat diisolasi, pengembangan vaksin telah diteliti secara aktif. Upaya-upaya rekontruksi imun juga sedang diteliti dengan agen tersebut seperti interferon. Penelitian yang akan datang tidak di ragukan lagi untuk menghasilkan obat-obat tambahan dan protocol tindakan terhadappenyakit ini (Desmawati, 2013).

**b) Terapi Non Farmakologi**

**1. Pemberian nutrisi**

Defisiensi gizi pada pasien positif HIV biasanya dihubungkan dengan adanya peningkatan kebutuhan karena adanya infeksi penyerta/infeksi oportunistik. Disaat adanya infeksi penyerta lainnya maka kebutuhan gizi tentunya akan meningkat. Jika peningkatan kebutuhan gizi tdak di imbangi dengan konsumsi makanan yang di tambahkan atau gizi yang ditambah maka kekurangan gizi akan terus memburuk, akhirnya akan menghasilkan sebuah kondisi yang tidak menguntungkan bagi dengan positif HIV. Yang harus dilakukan adalah mengatasi kekurangan gizi ini :

- 1) Mengonsumsi makanan dengan kepadatan gizi yang lebih tinggi dari makan biasanya.
- 2) Minuman yang di konsumsi upayakan adalah mi numan yang berenergi (Desmawati, 2013) Selain mengonsumsi jumlah nutrisi yang tinggi, penderita HIV/AIDS juga harus

mengonsumsi suplementasi atau nutrisi tambahan. Tujuan nutrisi agar tidak terjadi defisiensi vitamin dan mineral.

## **2. Aktivitas dan Olahraga**

Olahraga yang dilakukan secara teratur sangat membantu efeknya juga menyehatkan. Olahraga secara teratur menghasilkan perubahan pada jaringan, sel, dan protein pada sistem imun

## **6. Pencegahan HIV/AIDS**

Menghindari terinfeksi HIV dan menekan penyebarannya cara yang utama adalah tindakan pencegahan melalui perubahan perilaku. Pencegahan penularan ditunjukkan terhadap kontak perorangan melalui hubungan seksual, penularan melalui darah, penularan perinatal, dan melalui jarum suntuk yang terkontaminasi (Daili, 2009).

Pencegahan dilakukan dengan menghindari kontak dengan virus yang berasal dari penderita baik secara langsung maupun tidak langsung melalui barang-barang yang tercemar dengan bahan infeksius berasal dari penderita HIV. Untuk mencegah penyebaran HIV/AIDS di masyarakat dan keluarga harus dilakukan upaya mencegah paparan HIV yang terjadi melalui transfusi darah, persalinan, penularan dari ibu ke anak, penggunaan jarum suntik bersama, hubungan seksual baik yang heteroseksual maupun homoseksual maupun homoseksual atau perilaku seksual lainnya (Soedarto, 2009).

## **7. Pemeriksaan Diagnostik HIV/AIDS**

Pemeriksaan diagnostik HIV menggunakan strategi 3 yaitu pemeriksaan tes HIV secara serial dengan menggunakan 3 reagen berbeda. Tes HIV Kementerian Kesehatan adalah pemeriksaan dengan tiga reagen rapid HIV. Namun sarana kesehatan yang memiliki fasilitas yang lebih baik, tes HIV bisa dilakukan dengan pemeriksaan Rapid tes dan pemeriksaan ELISA. Pemilihan jenis reagen yang digunakan berdasarkan sensitifitas dan spesifitasnya, dengan merujuk pada standar nasional (Ardhiyanti, dkk 2015). Menurut (Padila, 2012)

pemeriksaan diagnostik :

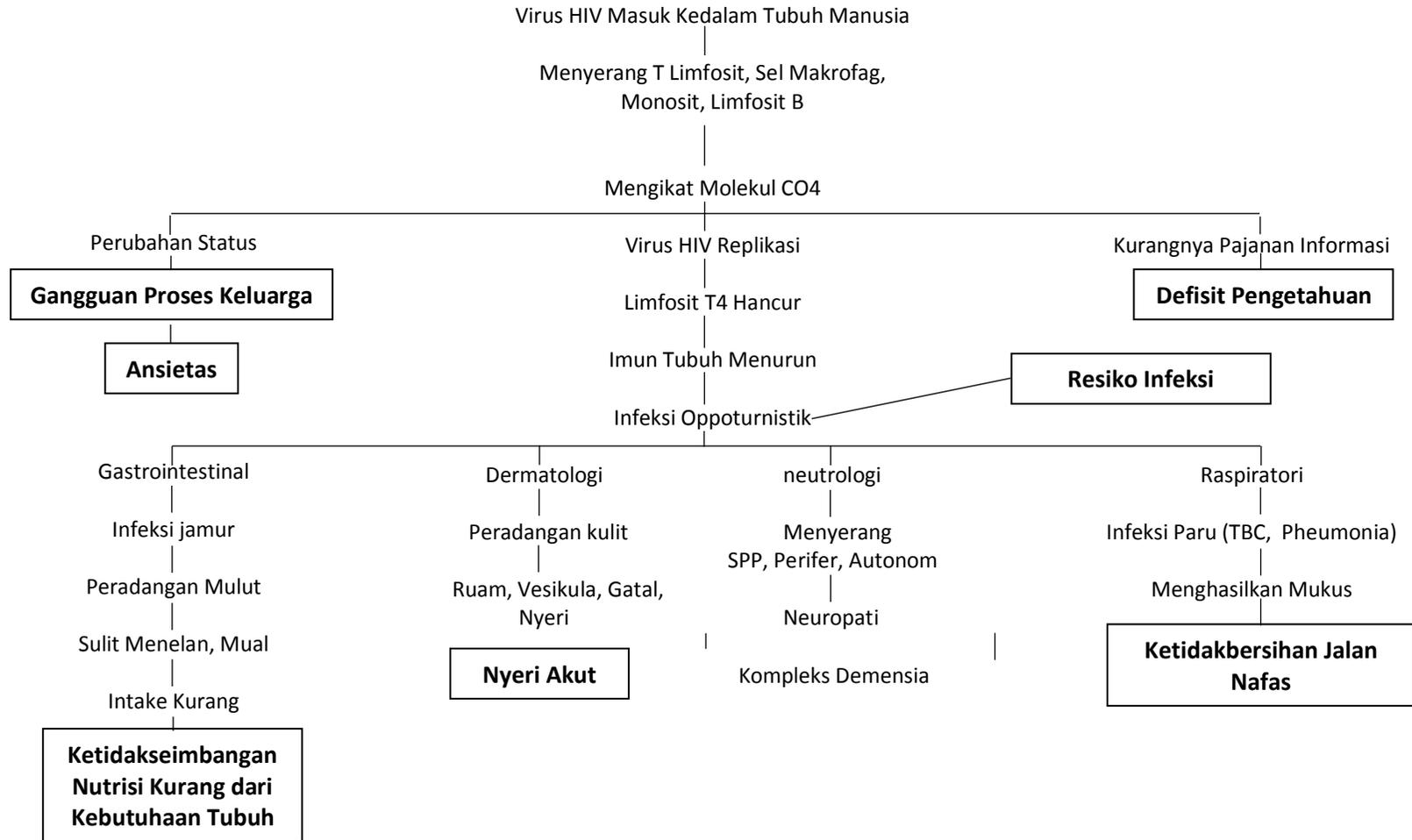
**a. Tes untuk diagnosa HIV :**

- 1) ELISA (positif, hasil tes yang positif dipastikan dengan western blot)
- 2) Western blot (hasil positif)
- 3) P24 antigen test (positif untuk protein virus yang bebas)
- 4) Kultur HIV (positif, kalau dua kali uji kadar secara berturut-turut mendektif enzim reverse transcriptase atau antigen p24 dengan kadar yang meningkat)

**b. Tes untuk deteksi gangguan sistem imun**

- 1) LED (normal, namun perlahan-lahan akan mengalami penurunan)
- 2) CD4 limfosit (menurun, mengalami penurunan kemampuan untuk bereaksi terhadap antigen)
- 3) Rasio CD4/CD Limfosit (menurun)
- 4) Serum mikroglobulin B2 (meningka bersamaan dengan berlanjutnya penyakit)
- 5) Kadar immunoglobulin (meningkat)

### 8. WOC HIV/AIDS



## **D. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga pada Remaja Dengan HIV/AIDS**

### **1. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pengkajian keperawatan keluarga adalah suatu tahapan dimana perawat mengambil informasi dengan pendekatan sistematis untuk mengumpulkan data dan menganalisis. Metode yang digunakan perawat dalam melakukan pengkajian keluarga diantaranya wawancara, observasi fasilitas dan keadaan rumah, pemeriksaan fisik, misalnya hasil labor dan sebagainya (Nadirawati, 2018)

#### **a. Data Umum**

- 1) Nama kepala keluarga, umur, alamat, dan telepon jika ada, pekerjaan, dan pendidikan kepala keluarga, komposisi keluarga, yang terdiri atas nama atau minat, jenis kelamin, tanggal lahir atau umur, hubungan dengan kepala keluarga, status imunisasi, dari masing-masing anggota keluarga, dan genogram (Friedman, 2010)
- 2) Genogram  
Genogram keluarga merupakan sebuah diagram yang menggambarkan konstelasi keluarga (pohon keluarga). Genogram merupakan alat pengkajian informative yang digunakan untuk mengetahui keluarga, riwayat dan sumber-sumber keluarga (Friedman, 2010). Genogram keluarga memuat informasi yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi penyakit keturunan HIV/AIDS yang penularannya dapat melalui parental yaitu dari ibu ke bayi (French, 2015)
- 3) Kondisi kesehatan semua anggota keluarga terdiri dari nama, hubungan dengan keluarga, umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pendidikan saat ini, status gizi, tanda-tanda vital, status imunisasi dasar, dan penggunaan alat bantu atau protesa serta status kesehatan anggota keluarga saat ini meliputi keadaan umum, riwayat penyakit/alergi. (Friedman, 2010). Penyakit HIV/AIDS dapat diperoleh dari anggota keluarga lain ataupun terpapar dari anggota keluarga yang juga memiliki riwayat HIV/AIDS.

- 4) Tipe keluarga, menjelaskan mengenai jenis/ tipe keluarga beserta kendala atau jenis masalah-masalah yang terjadi dengan jenis/ tipe keluarga tersebut (Friedman,2010).Agar dapat mengupayakan per an serta keluarga dalam meningkatkan dan pemulihan kesehatan penderita HIV/AIDS.
- 5) Suku bangsa atau latar belakang budaya (etnik), mengkaji asal suku bangsa keluarga tersebut, serta mengidentifikasi budaya suku bangsa yang terkait dengan kesehatan. Salah satunya adalah budaya barat, dimana budaya barat melakukan sex bebas yang beresiko penularan HIV/AIDS (Friedman, 2010).
- 6) Agama. Mengkaji agama yang dianut oleh keluarga serta kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan. (Friedman, 2010). Pandangan agama terhadap HIV dapat ditinjau dari sejarah, karna penggunaan fungsi alat tubuh serta penyaluran keinginan yang berlebihan di luar hasrat, lalu melakukan perilaku seksual yang beresiko HIV.
- 7) Status sosial ekonomi keluarga, status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan, baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya (Sri dan Anita, 2007). Status sosial ekonomi dapat mempengaruhi seseorang terjangkit HIV/AIDS. Pendapatan yang tidak mencukupi kebutuhan, membuat seseorang yang keluarganya positif HIV kesulitan untuk memenuhi kebutuhan dalam pengobatan.
- 8) Aktivitas rekreasi keluarga dan waktu luang, rekreasi keluarga tidak hanya dilihat dari kapan saja keluarga pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi tertentu, namun dengan menonton televisi dan mendengarkan radio juga merupakan aktivitas rekreasi, selain itu istirahat juga harus diperhatikan (Friedman, 2010). Waktu luang sangat penting bagi keluarga untuk mendengarkan permasalahan anggota keluarga lainnya dan mempererat hubungan sesama anggota keluarga.

**b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga**

Riwayat dan tahap perkembangan menurut Padila (2012) yaitu :

**1) Tahap Perkembangan Keluarga Saat Ini**

Tahap perkembangan keluarga diturunkan oleh anak tertua. Contoh : keluarga bapak A memiliki dua orang anak, anak pertama berusia tujuh tahun dan anak kedua berusia empat tahun, maka keluarga bapak A berada pada tahap perkembangan keluarga dengan usia anak sekolah.

**2) Tahap Perkembangan Keluarga Yang Belum Terpenuhi**

Menjelaskan perkembangan keluarga yang belum terpenuhi menjelaskan mengenai tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendala-kendala mengapa tugas tersebut belum terpenuhi.

**3) Riwayat Keluarga Inti**

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga inti, meliputi riwayat penyakit keturunan seperti HIV. Riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, menjadi perhatian terhadap pencegahan penyakit termasuk status imunisasi. Apakah imunisasi pada setiap anggota keluarga lengkap didapatkan. Sumber pelayanan kesehatan yang biasa di gunakan keluarga dan pengalaman terhadap pelayanan kesehatan. Menjelaskan bagaimana seseorang dapat tertular HIV/AIDS.

**4) Riwayat Keluarga Sebelumnya**

Mengenai riwayat kesehatan pada keluarga dari pihak suami dan istri, riwayat kesehatan pada keluarga. Penderita HIV perlu dikaji mengenai riwayat penyakit HIV yang terjadi pada keluarga.

**c. Struktur keluarga****1) Sistem pendukung keluarga**

Termasuk sistem pendukung keluarga adalah jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas-fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan mencakup fasilitas fisik, fasilitas psikologis atau dukungan

dari anggota keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan dari masyarakat setempat (Friedman, 2010).

## **2) Pola komunikasi**

Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga.

- a) Apakah anggota keluarga mengutarakan kebutuhan-kebutuhan dan perasaan mereka dengan jelas
- b) Apakah anggota keluarga memperoleh dan memberikan respons dengan baik terhadap pesan
- c) Apakah anggota keluarga mendengar dan mengikuti pesan
- d) Bahasa apa yang digunakan dalam keluarga
- e) Pola yang digunakan dalam komunikasi untuk menyampaikan pesan (langsung atau tidak langsung)
- f) Jenis-jenis disfungsi komunikasi apa yang terlihat dalam pola komunikasi terbesar.

Banyak orang tua yang mengalami kesulitan berkomunikasi dengan anak remaja. Komunikasi yang tidak baik tersebut membuat remaja lebih memilih untuk bergaul dan berbagi cerita dengan teman sebayanya (Surbakti, 2018). Namun, tidak semua teman sebaya memiliki perilaku yang baik sehingga remaja sering kali terjerumus ke dalam pergaulan bebas yang menjadi faktor pemicu HIV/AIDS.

## **3) Struktur kekuatan keluarga**

Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku. (Friedman, 2010) Meliputi bagaimana keluarga dapat memberikan arahan kepada anggota keluarga untuk hidup lebih baik. Keluarga berfungsi untuk mengontrol dan mengubah perilaku remaja untuk menghindari terjadinya penyimpangan perilaku berisiko dan kenakalan pada remaja dari penularan HIV/AIDS (Novieastari Dkk, 2020).

#### 4) Struktur Peran

Menjelaskan peran diri masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal. Dari peran dan tanggung jawab dari anggota keluarga, dapat mengantisipasi anggota keluarga agar terhindar dari penyakit HIV/AIDS (Padila, 2012).

#### 5) Fungsi Keluarga

##### a) Fungsi Afektif

Hal yang perlu dikaji yaitu gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya, bagaimana kehangatan tercipta pada anggota keluarga dan bagaimana keluarga keluarga mengembangkan sikap saling menghargai (Friedman, 2010).

##### b) Fungsi Sosialisasi

Dikaji bagaimana interaksi atau hubungan dalam keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya, serta perilaku. (Friedman, 2010).

##### c) Fungsi Perawatan Kesehatan

Menjelaskan sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlindungan serta merawat anggota keluarga yang sakit. Sejauh mana pengetahuan keluarga mengenai sehat sakit. Kesanggupan keluarga di dalam melaksanakan perawatan kesehatan dapat dilihat dari kemampuan keluarga dalam melaksanakan lima tugas kesehatan keluarga, yaitu keluarga mampu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan untuk melakukan tindakan, melakukan perawatan terhadap anggota yang sakit, Menciptakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan dan mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang terdapat dilingkungan setempat (Friedman, 2010).

##### d) Fungsi Reproduksi

Hal yang perlu dikaji biasanya jumlah anak, rencana keluarga berkaitan dengan jumlah anggota keluarga, Metode yang digunakan keluarga dalam upaya mengendalikan jumlah anggota keluarga. Para penderita HIV/AIDS dapat meneruskan keturunan dan berisiko untuk terkena HIV/AIDS (Friedman, 2010).

e) Fungsi Ekonomi

Hal yang diperlui dikaji biasanya sejauh mana keluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan, dan papan, Sejahtera mana keluarga memanfaatkan sumber yang ada dimasyarakat dalam upaya meningkatkan status kesehatan keluarga (Friedman, 2010).

**6) Pemeriksaan Fisik**

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga. Metode yang di gunakan pada pemeriksaan fisik *head to toe* :

a) Keadaan umum

Keluhan pada pasien HIV/AIDS bisanya mengalami penurunan berat badan, diare kronik tanpa sebab sampai 1 bulan, demam menetap, pucat, kelaparan.

b) Tanda-tanda vital

Tekanan darah pada pasien HIV/AIDS akan mengalami penurunan, denyut nadi kuat dan cepat. Suhu pada pasien positif HIV/AIDS umumnya demam. Demam kadang-kadang bisa menjadi tanda dari jenis penyakit infeksi tertentu atau kanker yang lebih umum pada orang yang memiliki sistem kekebalan tubuh lemah.

c) Rongga mulut

Penilaian pada rongga mulut yang positif HIV/AIDS ditemukan kandida, leukoplakia berbulu mulut.

d) Sistem fungsi tubuh

1. Fungsi penglihatan

Biasanya mata anemia, gangguan refleks pupil, vertigo.

2. Sistem getah bening

Pasien dengan positif HIV/AIDS biasanya akan mengalami adenopati atau pembengkakan pada kelenjer yang disebabkan oleh virus atau parasit.

3. Sistem dermatologis

Manifestasi kulit yang terjadi sepanjang perjalanan penyakit seperti eksantema HIV atau infeksi yang menyerang bayi dan anak-anak, komplikasi infeksi seperti dermatomikosis.

4. Sistem neuromuskuler

Terdapat gangguan sistem saraf pusat, perifer, atau otonom, tanda-tanda dan gejala kondisi seperti meningitis, ensefalitis, demensia atau neuropati perifer.

5. Sistem kardiovaskuler

Biasanya tampak sianosis, hipotensi, takikardi dan kardiomiopathy atau lemah jantung.

6. Sistem gastrointestinal

Biasanya diare kronik yang berlangsung lebih dari satu bulan. Organomegali atau hepatomegali biasanya terjadi pada pasien dengan riwayat penyalahgunaan zat, serta tanda-tanda yang berhubungan dengan infeksi usus parasit, pemeriksaan rektal, serta sigmoidoskopi (ujung usus besar) setiap 5 tahun.

7. Sistem reproduksi

Kandidiasis vagina, displasia serviks, penyakit radang panggul, atau lesi dubur pada wanita. Pelepasan uretra dan rektum atau keganasan pada pria. Pada ibu positif HIV juga akan menular kepada bayinya ketika dalam kandungan atau saat melahirkan atau melalui air susu ibu.

8. Sistem imunitas

Cenderung mengalami penurunan imun akibat rusaknya CD4.

## **2. Diagnosa Keperawatan Keluarga**

Diagnosis keperawatan dapat diartikan sebagai keputusan klinik mengenai semua respon individu, keluarga dan masyarakat mengenai masalah kesehatan yang bersifat aktual maupun potensial sebagai dasar dalam memilih intervensi

keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sejalan dengan kewenangan perawat (S. N. Kholifah dan Widagdo, 2016). Diagnosis keperawatan keluarga memiliki 3 kategori, yaitu sebagai berikut:

**a. Diagnosis keperawatan aktual**

Diagnosis keperawatan aktual adalah diagnosis keperawatan yang menggambarkan respon manusia terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan yang benar sedang terjadi pada individu, keluarga, dan komunitas (S. N. Kholifah dan Widagdo, 2016).

**b. Diagnosis keperawatan promosi kesehatan**

Diagnosis keperawatan promosi kesehatan dapat digunakan pada seluruh status kesehatan, tetapi kesiapan individu, keluarga dan masyarakat untuk mendapatkan promosi kesehatan memengaruhi mereka untuk mendapat diagnosis promosi kesehatan ini (S. N. Kholifah dan Widagdo, 2016).

**c. Diagnosis keperawatan risiko**

Diagnosis keperawatan risiko merupakan diagnosis yang menggambarkan respon manusia terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan yang berkembang dalam kerentanan individu keluarga dan komunitas (S. N. Kholifah dan Widagdo, 2016).

Kemungkinan diagnosis keperawatan pada keluarga dengan remaja HIV/AIDS berdasarkan SDKI adalah :

**a. Ansietas (D.0080)**

**Definisi :** kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman. **Penyebab :** krisis situasional, kebutuhan tidak terpenuhi, krisis maturasional, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian, kekhawatiran mengalami kegagalan, disfungsi sistem keluarga, hubungan orang tua-anak tidak memuaskan, faktor keturunan, penyalahgunaan zat, terpapar bahaya lingkungan, kurang terpapar informasi. **Gejala dan tanda mayor :** subjektif yaitu merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, objektif yaitu tampak gelisah,

tampak tegang, sulit tidur. **Gejala dan tanda minor** : subjektif yaitu mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, merasa tidak berdaya. Objektif yaitu frekuensi nafas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaforesis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu

**b. Manajemen kesehatan Keluarga tidak efektif (D.0115)**

**Definisi** : pola penanganan masalah kesehatan dalam keluarga tidak memuaskan untuk memulihkan kondisi kesehatan anggota keluarga.

**Penyebab** : kompleksitas sistem pelayanan kesehatan, kompleksitas program perawatan/pengobatan, konflik pengambilan keputusan, kesulitan ekonomi, banyak tuntutan, konflik keluarga. **Gejala dan Tanda mayor** : subjektif yaitu mengungkapkan tidak memahami masalah kesehatan yang diderita, mengungkapkan kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan. Objektif yaitu gejala penyakit anggota keluarga semakin berat, aktivitas keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan tidak tepat. **Gejala dan tanda minor** : objektif yaitu gagal melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko.

**c. Risiko infeksi (D.0142)**

**Definisi** : berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

**Faktor resiko** : penyakit kronis, efek prosedur invasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer, ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder : immunosupresi.

**d. Resiko harga diri rendah situasional (D.0102)**

**Definisi** : berisiko mengalami evaluasi atau perasaan negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan klien sebagai respon terhadap situasi saat ini.

**Faktor risiko** : gangguan gambaran diri, gangguan fungsi, gangguan peran sosial, harapan tidak realistis, kurang pemahaman terhadap lingkungan, penyakit fisik, perilaku tidak sesuai dengan nilai setempat,

kegagalan, perasaan tidak berdaya, riwayat kehilangan, riwayat pengabaian, riwayat penolakan, riwayat penganiayaan, transisi perkembangan.

**e. Nyeri Akut (D.0077)**

**Definisi** : pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. **Penyebab** : agen pencedera fisiologis, agen pencedera kimiawi, agen pencedera fisik. **Gejala dan tanda mayor** : subjektif yaitu mengeluh nyeri dan objektif yaitu tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur. **Gejala dan tanda minor** : objektif yaitu tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaforesi.

Tabel 2.1

Skala untuk menentukan prioritas masalah

KRITERIA	SKOR	BOBOT	PEMBENARAN
Sifat masalah :			
1) Wellness	3		
2) Aktual	3	1	
3) Risiko	2		
4) Potensial	1		
Kemungkinan masalah dapat diubah :			
1) Mudah	2		
2) Sebagian	1	2	
3) Tidak dapat	0		
Potensi masalah untuk dicegah :			
1) Tinggi	3		
2) Cukup	2	1	
3) Rendah	1		
Menonjolkan masalah :			
1) Segera	2		
2) Tidak perlu	1	1	
3) Tidak dirasakan	0		
Total skor			

Sumber : Made, Henny &amp;Reni (IPKKI, 2017)

Keterangan :

Total Skor didapatkan dengan :  $\text{Skor (total nilai kriteria)} \times \text{Bobot} = \text{Nilai}$

Angka tertinggi dalam skor

Cara melakukan Skoring adalah :

- a. Tentukan skor untuk setiap kriteria
- b. Skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikan dengan bobot
- c. Jumlah skor untuk semua kriteria
- d. Tentukan skor, nilai tertinggi menentukan urutan nomor diagnosa keperawatan keluarga.

### **3. Perencanaan Keperawatan**

Perencanaan merupakan suatu tahapan proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah-masalah klien dan keluarga. Perencanaan keperawatan keluarga merupakan kumpulan tindakan yang ditentukan oleh perawat bersama-sama sasaran, yaitu keluarga untuk dilaksanakan sehingga masalah kesehatan dan masalah keperawatan yang telah diidentifikasi dapat diselesaikan. Kualitas rencana keperawatan keluarga sebaiknya berdasarkan masalah yang jelas, harus realitas, sesuai dengan tujuan, dibuat secara tertulis, dan dibuat bersama keluarga (Sutanto, 2012).

### Rencana Asuhan Keperawatan Keluarga

NO	Dx.Kep	Tujuan		Evaluasi		Rencana Tindakan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
1.	Resiko Infeksi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keluarga dan klien memahami tentang HIV / AIDS	<p>Dalam kunjungan 1x45 menit keluarga dapat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui masalah tentang HIV/AIDS               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menyebutkan pengertian HIV/AIDS, tanda dan gejala, penyebab, penatalaksanaan dan cara pencegahan HIV/AIDS.</li> </ol> </li> </ol>	1) Keluarga mampu menyebutkan pengertian HIV/AIDS menggunakan bahasa sendiri : HIV/AIDS adalah virus yang menyerang / menginfeksi sel darah putih yang menyebabkan turunya sistem kekebalan tubuh manusia.	<p>Pengertian HIV/AIDS :</p> <p>HIV atau <i>Human Immunodeficiency Virus</i> adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia yang kemudian berdampak pada penurunan sistem kekebalan tubuh sehingga menimbulkan satu penyakit yang disebut AIDS. HIV menyerang sel-sel darah putih yang dimana sel-sel darah putih itu merupakan bagian dari sistem kekebalan tubuh yang berfungsi melindungi tubuh dari serangan penyakit.</p>	<p>Dengan menggunakan lembar balik dan leaflet :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Gali pengetahuan keluarga tentang pengertian HIV/AIDS</li> <li>2) Diskusikan dengan keluarga dan Beri kesempatan pada keluarga untuk bertanya</li> <li>3) Beri reinforcement positif atas pertanyaan yang diberikan</li> </ol>

				<p>2) Keluarga mampu menyebutkan penyebab dari HIV/AIDS</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hubungan seksual pengidap HIV/AIDS</li> <li>2) Ibu pada bayinya</li> <li>3) Darah dan produk darah yang tercemar HIV/AIDS</li> <li>4) Pemakaian alat kesehatan yang tidak steril</li> </ol>	<p>Penyebab HIV/AIDS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hubungan seksual pengidap HIV/AIDS</li> <li>2) Ibu pada bayinya</li> <li>3) Darah dan produk darah yang tercemar HIV/AIDS</li> <li>4) Pemakaian alat kesehatan yang tidak steril</li> </ol>	<p>Dengan menggunakan lembar balik dan leaflet :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Gali pengetahuan keluarga tentang penyebab HIV/AIDS</li> <li>2) Diskusikan dengan keluarga dan Beri kesempatan pada keluarga untuk bertanya</li> <li>3) Beri reinforcement positif atas pertanyaan yang diberikan</li> </ol>
				<p>3) Keluarga mampu menyebutkan beberapa Tanda dan gejala HIV/AIDS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Demam berkepanjangan lebih dari 3 bulan</li> <li>2) Diare kronis lebih dari 1 bulan</li> </ol>	<p>Tanda dan gejala HIV/AIDS :</p> <p><b>a. Gejala mayor</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Demam berkepanjangan lebih dari 3 bulan</li> <li>2) Diare kronis lebih dari 1 bulan berulang maupun</li> </ol>	<p>Dengan menggunakan lembar balik dan leaflet :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Gali pengetahuan keluarga tentang tanda dan gejala</li> </ol>

				berulang maupun terus menerus  3) Penurunan berat badan lebih dari 10 % dalam 3 bulan 4) TBC	terus menerus 3) Penurunan berat badan lebih dari 10 % dalam 3 bulan 4) TBC  <b>b. Gejala minor</b> 1) Batuk kronis selama lebih dari 1 bulan 2) Infeksi pada mulut dan tenggorokan disebabkan oleh jamur <i>Candida</i> <i>albicans</i> 3) Pembengkakan kelenjar getah bening yang menetap di seluruh tubuh 4) Munculnya herpes zoster berulang dan bercak- bercak di seluruh tubuh di sertai gatal.	HIV/AIDS 2) Diskusikan dengan keluarga dan Berik kesempatan pada keluarga untuk bertanya 3) Berik reinforcement positif atas pertanyaan yang diberikan
--	--	--	--	--	--	--

				<p>4) Keluarga mampu menyebutkan cara penatalaksanaan HIV/AIDS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Terapi antiretroviral (ARV)</li> <li>2) Vaksin dan rekonstruksi</li> <li>3) Pemberian nutrisi</li> <li>4) Aktifitas dan olahraga</li> </ol>	<p>Penatalaksanaan HIV/AIDS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Terapi antiretroviral (ARV)</li> <li>2) Vaksin dan rekonstruksi</li> <li>3) Pemberian nutrisi</li> <li>4) Aktifitas dan olahraga</li> </ol>	<p>Dengan menggunakan lembar balik dan leaflet :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Gali pengetahuan keluarga tentang penatalaksanaan HIV/AIDS</li> <li>2) Diskusikan dengan keluarga dan Beri kesempatan pada keluarga untuk bertanya</li> <li>3) Beri reinforcement positif atas pertanyaan yang diberikan</li> </ol>
--	--	--	--	--	---	--

				<p>5) Keluarga mampu menyebutkan cara pencegahan HIV/AIDS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Menghindari penggunaan jarum suntik bersama</li> <li>2) Menghindari penggunaan obat-obat terlarang</li> <li>3) Rutin melakukan skrining HIV</li> <li>4) Penggunaan antiretroviral</li> <li>5) Menghindari penggunaan alat pribadi bersama orang lain</li> </ol>	<p>Pencegahan HIV/AIDS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Menghindari penggunaan jarum suntik bersama</li> <li>2) Menghindari penggunaan obat-obat terlarang</li> <li>3) Rutin melakukan skrining HIV</li> <li>4) Penggunaan antiretroviral</li> <li>5) Menghindari penggunaan alat pribadi bersama orang lain</li> </ol>	<p>Dengan menggunakan lembar balik dan leaflet :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Gali pengetahuan keluarga tentang pencegahan HIV/AIDS</li> <li>2) Diskusikan dengan keluarga dan Beri kesempatan pada keluarga untuk bertanya</li> <li>3) Beri reinforcement positif atas pertanyaan yang diberikan</li> </ol>
--	--	--	--	---	--	---

2	Pemeliharaan kesehatan tidak Efektif	Setelah dilakukan keperawatan diharapkan ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan menurun	<p>Dalam kunjungan 1x45 menit keluarga dapat :Mengetahui masalah keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyebutkan pengertian dari masalah pemeliharaan kesehatan pada keluarga terutama pada penderita HIV/AIDS</li> </ol>	<p>Keluarga mampu menyebutkan pengertian dari Pemeliharaan kesehatan penderita HIV/AIDS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ketidakmampuan tubuh mengidentifikasi, mengelola, atau menemukan bantuan untuk mempertahankan kesehatan.</li> </ol>	<p>Pengertian dari pemeliharaan kesehatan yang tidak efektif: Mengidentifikasi, mengelola, atau menemukan bantuan untuk mempertahankan kesehatan</p>	<p>Dengan menggunakan lembar balik dan leaflet :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Gali pengetahuan keluarga tentang pengertian dari masalah kesehatannya</li> <li>2) Diskusikan dengan keluarga tentang pengertian masalah kesehatannya</li> <li>3) Beri kesempatan pada keluarga untuk menerima kondisinya</li> <li>4) Beri reinforcement positif atas</li> <li>5) perilaku yang benar</li> </ol>
---	--------------------------------------	--	---	---	--	---

			<p>2. Menyebutkan penyebab, masalah kesehatan yang dialami anggota keluarga terutama penderita HIV/AIDS.</p>	<p>Keluarga mampu menyebutkan penyebab, tanda gejala masalah kesehatan yang dialami anggota keluarga terutama penderita HIV/AIDS</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hambatan kognitif</li> <li>2) Ketidakadekuan keterampilan berkomunikasi</li> <li>3) Kurangnya keterampilan motorik halus/kasar</li> <li>4) Ketidakmampuan mengatasi masalah</li> <li>5) Ketidacukupan sumber daya</li> <li>6) Gangguan persepsi.</li> </ol>	<p>Penyebab masalah kesehatan pada keluarga terutama pada lansia</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hambatan kognitif</li> <li>2) Ketidakadekuan keterampilan berkomunikasi</li> <li>3) Kurangnya keterampilan motorik halus/kasar</li> <li>4) Ketidakmampuan mengatasi masalah</li> <li>5) Ketidacukupan sumber daya</li> <li>6) Gangguan persepsi.</li> </ol>	<p>Dengan menggunakan lembar balik dan leaflet :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Gali pengetahuan keluarga tentang penyebab dari masalah kesehatannya</li> <li>2) Diskusikan bersama keluarga tentang penyebab dari masalah kesehatannya</li> <li>3) Identifikasi bersama keluarga penyebab yang dirasakan dari masalah kesehatannya</li> <li>4) Bimbing keluarga untuk mengulangi apa yang telah dijelaskan</li> <li>5) Beri reinforcement positif atas perilaku yang benar</li> </ol>
--	--	--	--	--	--	---

			<p>3. Dalam kunjungan 1x45 menit keluarga dapat melakukan perawatan pada anggota keluarga yang mengalami pemeliharaan kesehatan tidak Efektif</p> <p>a. Menjelaskan cara perawatan pada anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan</p>	<p>Keluarga mampu menyebutkan cara perawatan pada masalah kesehatan yang dialami keluarga terutama pada penderita HIV/AIDS</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Perawatan ARV rutin</li> <li>2) Lakukan</li> <li>3) Pola hidup sehat</li> <li>4) Berada</li> <li>5) Dilingkungan positif</li> </ol>	<p>Cara perawatan anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan terutama pada ibu hamil dengan anemia</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Perawatan ARV rutin</li> <li>2) Lakukan pola hidup sehat</li> <li>3) Berada dilingkungan positif.</li> </ol>	<p>Dengan menggunakan lembar balik dan leaflet :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Diskusikan bersama keluarga cara perawatan keluarga terutama pada penderita HIV/AIDS untuk masalah kesehatan yang dialaminya</li> <li>2) Motivasi keluarga untuk menyebutkan kembali cara perawatan pada anggota keluarga terutama penderita HIV/AIDS</li> <li>3) Beri reinforcement positif atas jawaban keluarga</li> <li>4) Evaluasi apa yang telah dilakukan oleh keluarga Ulangi penjelasan jika ada hal-hal yang terlupakan</li> </ol>
--	--	--	---	--	--	---

			<p>4. Dalam kunjungan 1x45 menit keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang aman dan tenang</p> <p>a. Menjelaskan lingkungan yang aman dan tenang penderita HIV/AIDS</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebersihan lantai (menyapu dan mengepel) hindari lantai licin</li> <li>2) Menjaga sirkulasi udara dengan membuka jendela atau pintu</li> <li>3) Penerangan yang cukup tidak terlaluterang ataupun gelap</li> </ol>	<p>Keluarga mampu menerapkan cara pemeliharaan lingkungan yang aman dan tenang bagi penderita HIV/AIDS dengan masalah kesehatan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebersihan lantai (menyapu dan mengepel) hindari lantai licin</li> <li>2) Menjaga sirkulasi udara dengan membuka jendela atau pintu</li> <li>3) Penerangan yang cukup tidak terlaluterang ataupun gelap</li> </ol>	<p>Cara memelihara lingkungan yang aman dan tenang pada penderita HIV/AIDS dengan masalah kesehatan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebersihan lantai (menyapu dan mengepel) hindari lantai licin</li> <li>2) Menjaga sirkulasi udara dengan membuka jendela atau pintu</li> <li>3) Penerangan yang cukup tidak terlaluterang ataupun gelap</li> </ol>	<p>Dengan menggunakan lembar balik dan leaflet :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) diskusikan dengan keluarga cara memelihara lingkungan yang nyaman dan tenang untuk menurunkan nyeri</li> <li>2) motivasi keluarga untuk memodifikasi lingkungan</li> <li>3) lakukan kunjungan yang tidak direncanakan untuk mengevaluasi kemampuan keluarga dalam memelihara lingkungan yang aman dan nyaman</li> <li>4) beri reinforcement positif atas hal yang benar yang dilakukan lansia dan keluarga.</li> </ol>
--	--	--	--	--	--	---

			<p>5. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk mengatasi masalah kesehatan pada keluarganya terutama pada penderita HIV/AIDS</p> <p>a. Menjelaskan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan</p>	<p>Kelurga mampu memanfaatkan dan menentukan fasilitas yang ingin digunakan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Rumah sakit</li> <li>2) Puskesmas</li> <li>3) Klinik</li> <li>4) Dokter praktek</li> <li>5) Bidan</li> </ol>	<p>Fasilitas kesehatan yang dapat digunakan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Rumah sakit</li> <li>2) Puskesmas</li> <li>3) Klinik</li> <li>4) Dokter praktek</li> <li>5) Bidan</li> </ol>	<p>Dengan menggunakan lembar balik dan leaflet :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Gali pengetahuan keluarga tentang fasilitas kesehatan dan manfaat pelayanan kesehatan</li> <li>2) Diskusikan dengan keluarga tentang fasilitas kesehatan dan manfaat pelayanan kesehatan</li> <li>3) Beri kesempatan pada keluarga untuk memilih pelayanan kesehatan</li> <li>4) Motivasi keluarga untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan secara rutin</li> <li>5) Beri reinforcement positif atas perilaku yang benar</li> </ol>
--	--	--	--	--	--	--

3	Manajemen kesehatan tidak efektif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan manajemen kesehatan tidak efektif menurun	<p>Dalam kunjungan 1x45 menit keluarga dapat :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui masalah keperawatan             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menyebutkan pengertian dari masalah kesehatan pada keluarga terutama penderita HIV/AIDS</li> <li>b. Menyebutkan penyebab terjadinya masalah kesehatan pada keluarga terutama penderita HIV/AIDS</li> </ol> </li> </ol>	<p>Keluarga mampu menyebutkan pengertian dari masalah kesehatan pada penderita HIV/AIDS dengan bahasanya sendiri : Tidak mencapai status kesehatan yang diharapkan</p> <p>Keluarga mampu menyebutkan 8 dari 10 penyebab, tanda gejala masalah kesehatan yang dialami anggota keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ketidakefektifan pola perawatan kesehatan keluarga</li> <li>2) Kompleksitas sistem pelayanan kesehatan</li> <li>3) Kompleksitas program perawatan/pengobatan</li> <li>4) Ketidacukupan petunjuk untuk bertindak</li> </ol>	<p>Pengertian dari masalah kesehatan yang dialami keluarga terutama pada penderita HIV : Berisiko mengalami penurunan kesehatan dalam kebiasaan hidup sehari-hari tidak memuaskan untuk mencapai status kesehatan yang diharapkan</p> <p>Penyebab masalah kesehatan pada keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ketidakefektifan pola perawatan kesehatan keluarga</li> <li>2) Kompleksitas sistem pelayanan kesehatan</li> <li>3) Kompleksitas</li> </ol>	<p>Dengan menggunakan lembar balik dan leaflet :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Gali pengetahuan keluarga tentang penyebab dari masalah kesehatannya</li> <li>2) Diskusikan bersama keluarga tentang penyebab dari masalah kesehatannya</li> <li>3) Identifikasi bersama keluarga penyebab yang dirasakan dari masalah kesehatannya</li> <li>4) Bimbing keluarga untuk mengulangi apa yang telah dijelaskan</li> <li>5) Beri reinforcement positif atas perilaku yang benar</li> </ol>
---	-----------------------------------	---	--	--	--	---

					<p>program perawatan/pengobatan</p> <p>4) Ketidacukupan petunjuk untuk bertindak</p> <p>5) Kekurangan dukungan sosial</p> <p>6) Kesulitan terpapar informasi</p> <p>7) Konflik keluarga</p> <p>8) Konflik keputusan</p>	
			<p>2. Keluarga mampu mengambil keputusan tindakan yang tepat untuk manajemen kesehatan keluarga dengan HIV/AIDS</p>	<p>Kriteria hasil : Dukungan keluarga meningkat (L.13112)</p> <p>1) Anggota keluarga verbalisasi keinginan untuk mendukung anggota keluarga yang sakit meningkat</p> <p>2) Bekerja sama dengan anggota keluarga yang sakit dalam menentukan perawatan meningkat</p> <p>3) Bekerja sama dengan penyedia</p>	<p>1) Anggota keluarga verbalisasi keinginan untuk mendukung anggota keluarga yang sakit meningkat dariskala 1-5</p> <p>2) Bekerja sama dengan anggota keluarga yang Sakit dalam menentukan perawatan meningkat dariskala 1-5</p>	<p>Tindakan yaitu</p> <p><b>a. Observasi</b></p> <p>1) Identifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan dengan mengidentifikasi</p> <p><b>b. Terapeutik</b></p> <p>1) Motivasi Keluarga</p> <p><b>c. Edukasi</b></p> <p>1) Diskusikan</p>

				layanan kesehatan dalam menentukan perawatan meningkat	3) Bekerja sama dengan penyedia layanan kesehatan dalam menentukan perawatan meningkat dari skala 1-5	bersama keluarga tentang keputusan perawatan keluarga yang diambil perawatan keluarga yang diambil Evaluasi pemahaman keluarga tentang manajemen kesehatan keluarga HIV/AIDS.
			3. Keluarga mampu merawat keluarga dengan masalah manajemen kesehatan keluarga dengan HIV/AIDS	Kriteria hasil : Tingkat Kepatuhan (L.12110) 1) Verbalisasi kemauan mematuhi program perawatan atau pengobatan meningkat 2) Verbalisasi mengikuti anjuran meningkat 3) Perilaku mengikuti program perawatan/pengobatan  4) Perilaku menjalankan anjuran membaik	1) Verbalisasi kemauan mematuhi program perawatan atau pengobatan meningkat dari skala 1-5 2) Verbalisasi mengikuti anjuran meningkat dari skala 1-5 3) Perilaku mengikuti program perawatan/pengobatan meningkat dari skala 1-5 4) Perilaku menjalankan anjuran	Intervensi SIKI : Edukasi program pengobatan (I.12441). Tindakan yaitu a. <b>Observasi</b> Identifikasi pengetahuan tentang pengobatan direkomendasikan  <b>b. Terapeutik</b> 1) Fasilitasi informasi tertulis atau gambar untuk meningkatkan pemahaman  2) Berikan dukungan untuk

					<p>program pengobatan membaik dari skala 1-5.</p> <p>5) menjalankan program pengobatan membaik dari skala 1-5.</p>	<p>menjalani pengobatan dengan baik dan benar untuk keluarga</p> <p><b>c. Edukasi</b></p> <p>1) Anjurkan mengkonsumsi obat sesuai indikasi</p> <p>2) jika ada sesuatu yang tidak dimengerti sebelum dan sesudah pengobatan dilakukan</p> <p>Anjurkan melakukan pengobatan secara mandiri</p>
			4. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang nyaman	<p>Kriteria hasil : Keamanan lingkungan rumah (L.14126)</p> <p>1) Pemeliharaan rumah meningkat</p>	<p>1) Pemeliharaan rumah meningkat dari skala 1-5</p> <p>2) Kebersihan penyimpanan</p>	<p>Intervensi SIKI :</p> <p><b>a. Observasi</b></p> <p>1) Identifikasi keamanan dan kenyamanan lingkungan</p>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>2) Kebersihan meningkat</li> <li>3) Kebersihan hunian meningkat</li> <li>4) Pengaturan suhu ruangan meningkat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>obat meniongkat dari skala 1-5</li> <li>3) Kebersihan hunian meningkat dari skala 1-5</li> <li>4) Pengaturan suhu ruangan meningkat dari skala 1-5</li> </ul>	<p><b>b. Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Sediakan ruang yang cukup dan aman</li> <li>2) Sediakan lingkungan yang bersih dan nyaman</li> <li>3) Pertahankan</li> </ul> <p><b>c. Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan cara membuat lingkungan rumah yang nyaman</li> </ul>
			<p>5. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan</p>	<p>Kriteria hasil : Status kesehatan Keluarga meningkat (L.12108) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Akses fasilitas kesehatan meningkat</li> <li>2) Pengawasan perawatan anak meningkat</li> <li>3) Sumber perawatan kesehatan meningkat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Askes fasilitas kesehatan meninggkat dari skala 1-5</li> <li>2) Pengawasan perawatan anak meningkat dari skal 1-5</li> <li>3) Sumber perawatan kesehatan meningkat dari 1- 5</li> </ul>	<p>Intervensi SIKI : Pengenalan Fasilitas (I.14549). Tindakan yaitu</p> <p><b>a. Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi pengetahuan tentang fasilitas kesehatan</li> </ul> <p><b>b. Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan peraturan pelayanan fasilitas kesehatan</li> <li>2) Jelaskan sistem</li> </ul>

						layanan fasilitas kesehatan Informasikan fasilitas kesehatan
4.	Nyeri Akut	Setelah kunjungan keluarga selama 1x45menit diharapkan nyeri akut menurun	Setelah kunjungan 1x45menit keluarga mampu 1) Menenal masalah nyeri akut dengan HIV/AIDS	Kriteria hasil : Tingkatpengetahuan (L.12111) 1) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang nyeri akut dengan HIV/AIDS meningkat 2) Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya sesuaidengan nyeri akut HIV/AIDS meningkat Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun	1) Kemampan menjelaskan 2) Pengetahuan tentang nyeri akut dengan HIV/AIDS meningkat dari skala 1-5 3) Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya sesuai dengan Nyeri akut dengan HIV/AIDS Meningkat dari skala 1- 5 4) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun dari skala 1-5	Intervensi SIKI : Edukasi Manajemen Nyeri (I.12406). Tindakan yaitu <b>a. Observasi</b> 1) Periksa kesiapan dan kemampuan menerima informasi  <b>b. Terapeutik</b> 1) Siapkan materi, media tentang faktor-faktor penyebab, cara identifikasi nyeri 2) Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan pasien dan keluarga 3) Berikan kesempatan untuk bertanya

						<p><b>c. Edukasi</b> 1) Jelaskan penyebab, cara identifikasi nyeri Anjurkan mengikuti tindakan pencegahan sesuai kondisi</p>
--	--	--	--	--	--	--

### **1. Implementasi**

Pada tahap implementasi merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan berdasarkan rencana keperawatan yang telah disusun secara spesifik untuk setiap individu dan berfokus pada pencapaian hasil. Tindakan yang dilakukan mencakup monitoring klien terhadap tanda dan perubahan atau peningkatan, perawatan langsung yang diberikan kepada klien atau tindakan kolaborasi, pendidikan kesehatan atau intruksi kepada klien tentang pengelolaan kesehatan dan merujuk klien untuk follow-up care (IPKKI 2017).

### **2. Evaluasi Keperawatan Keluarga**

Evaluasi keperawatan keluarga adalah kegiatan yang dilakukan untuk menilai keberhasilan rancangan tindakan yang telah dilakukan. Apabila tidak berhasil perlu disusun rencana baru yang sesuai. Semua tindakan keperawatan mungkin tidak dapat dilaksanakan dalam satu kali kunjungan kerumah keluarga. Untuk itu dapat dilaksanakan secara bertahap sesuai dengan waktu dan ketersediaan keluarga yang telah disepakati bersama (Widyanto, 2014).

Pada evaluasi keperawatan keluarga, evaluasi disusun menggunakan SOAP secara operasional dengan sumatif (dilakukan selama proses asuhan keperawatan) dan formatif (dengan proses dan evaluasi akhir)

### **3. Dokumentasi Keperawatan Keluarga**

Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan suatu catatan yang memuat seluruh informasi yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan, menyusun intervensi keperawatan, mengimplementasi dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang disusun secara sistematis, valid dan dapat dipertanggung jawabkan secara moral dan hukum. Dokumentasi asuhan keperawatan juga merupakan bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam melakukan asuhan keperawatan yang berguna untuk kepentingan pasien, perawat dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggung jawab perawat (Hidayat 2009, dalam Basri dkk, 2020).

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Desain Penelitian**

Jenis penelitian yang dilakukan yaitu deskriptif dengan cara menggambarkan dan memaparkan masalah penelitian menggunakan desain penelitian studi kasus. Studi kasus atau penelitian lapangan bertujuan mempelajari secara intensif latar belakang, status terakhir, dan interaksi lingkungan yang terjadi pada suatu satuan sosial seperti individu, kelompok, lembaga, atau komunitas (Siswanto, 2018). Penelitian ini menggunakan studi kasus pada Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Remaja dengan HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang Kota Padang untuk mengkaji masalah bio-psiko- sosio-spritual.

#### **B. Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang Kota Padang. Penelitian dilakukan dari bulan November 2022 sampai bulan Mei 2023. Penerapan Asuhan Keperawatan dilakukan selama 2 minggu pada tanggal 29 Maret s/d 12 April 2023.

#### **C. Populasi dan Sampel**

##### **1. Populasi**

Populasi yaitu semua individu yang menjadi sumber untuk melakukan pengambilan sampel, yang terdiri dari objek/subjek yang memiliki kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulannya (Tarjo, 2019). Populasi penelitian ini adalah seluruh pasien remaja penderita HIV/AIDS pada bulan November 2022- Maret 2023 diwilayah kerja Puskesmas Seberang Padang Kota Padang sebanyak 17 remaja penderita HIV dengan rentang umur 13-20 tahun.

##### **2. Sampel**

Sampel adalah bagian kecil dari anggota populasi yang diambil berdasarkan prosedur tertentu sehingga dapat mewakili populasinya (Tarjo, 2019). Teknik pengambilan sampel penelitian ini menggunakan *Simple Random Sampling*,

yaitu teknik pengambilan sampel dengan memilih sampel diantara populasi yang ada sesuai dengan tujuan atau masalah penelitian yang mewakili karakteristik dari populasi. Sampel penelitian ini yaitu satu orang dari 3 remaja positif HIV/AIDS yang sudah diketahui terinfeksi HIV/AIDS yang telah diketahui oleh keluarganya di wilayah kerja Puskesmas Seberang Padang Kota Padang. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 1 keluarga partisipan untuk dapat diberikan asuhan keperawatan. Pengambilan sampel dalam penelitian ini dipilih berdasarkan kriteria sebagai berikut :

Adapun cara pemilihan sampel yang dilakukan harus sesuai dengan kriteria sebagai berikut :

**a. Kriteria Inklusi**

Kriteria inklusi adalah mengambil atau memasukkan objek yang memenuhi kriteria untuk diikutkan dalam sampel penelitian (Solimun dkk, 2018). Kriteria inklusi untuk penelitian ini yaitu :

- 1) Klien remaja (batas usia 13-20 tahun menurut (Agustriyana, 2017) dengan HIV/AIDS yang berkunjung ke Puskesmas Seberang Padang Kota Padang.
- 2) Klien dan keluarga yang mampu berkomunikasi dengan baik dan lancar serta kooperatif.
- 3) Klien dan keluarga yang bersedia diberikan asuhan keperawatan keluarga
- 4) Keluarga dan klien yang berada di tempat saat dilakukan penelitian.
- 5) Keluarga Klien yang mengetahui status penyakit klien.
- 6) Tingkat kemandirian keluarga.

**b. Kriteria eksklusi**

Kriteria eksklusi yaitu mengeluarkan objek yang tidak memenuhi kriteria (Solimun dkk, 2018). Kriteria eksklusi untuk penelitian ini yaitu :

- 1) Klien remaja HIV/AIDS yang tinggal sendiri tanpa keluarga di Kota Padang.
- 2) Klien remaja dengan infeksi oportunistik atau komplikasi.
- 3) Keluarga tidak bersedia untuk dilakukan penelitian.
- 4) Keluarga tidak mengetahui status kesehatan klien.

## **D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data**

Pengumpulan data pada pasien dimulai dengan pengkajian sampai evaluasi. Instrumen yang digunakan adalah format pengkajian asuhan keperawatan keluarga (pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi). Data didapatkan melalui wawancara ataupun anamnesa antara lain data umum, riwayat dan tahap perkembangan keluarga, struktur keluarga, fungsi keluarga, stressor dan coping keluarga serta harapan keluarga. Data yang didapatkan melalui observasi antara lain karakteristik rumah dan pemeriksaan fisik penderita HIV/AIDS. Data lainnya dapat diperoleh melalui berbagai macam sumber atau dokumen-dokumen yang tertulis dari Puskesmas Seberang Padang. Untuk melengkapi data pengkajian pada klien, alat yang digunakan adalah stetoskop, alat ukur BB, alat ukur TB, tensimeter.

## **E. Pengumpulan Data**

### **1. Jenis Data**

#### **a. Data Primer**

Data primer adalah bentuk data penelitian yang diperoleh secara langsung dari sumber asli (tidak melalui perantara) (Albi Anggito & Johan Setiawan, 2018). Data pada penelitian ini didapatkan dari hasil wawancara penderita HIV/AIDS dan keluarga menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan keluarga. Data primer pada penelitian ini meliputi pengkajian identitas responden, keluhan utama responden, keluhan saat ini, riwayat penyakit saat ini, riwayat penyakit dahulu, aktivitas sehari-hari, data psikososial responden, data spritual, datasosial ekonomi dan pemeriksaan fisik pada pasien HIV/AIDS. Data yang diperoleh dikelompokkan menjadi 2 kelompok yaitu :

- 1) Data Objektif yaitu data yang ditemukan secara nyata. Data ini didapatkan melalui observasi atau pemeriksaan langsung oleh perawat keluarga HIV/AIDS.
- 2) Data Subjektif yaitu data yang disampaikan secara lisan dari klien dan keluarga. Data yang diperoleh melalui wawancara perawat dengan klien dan keluarga penderita HIV/AIDS.

**b. Data Sekunder**

Data sekunder yaitu berupa data dokumen yang dikumpulkan dan dicatat (Albi Anggito & Johon Setiawan, 2018). Data sekunder pada penelitian ini diperoleh dari *Medical Record* Puskesmas Seberang Padang Kota Padang, data dari kepustakaan, dokumen dari dinas kesehatan Kota Padang, rekam medis, catatan kesehatan dan laporan historis HIV/AIDS.

**2. Teknik Pengumpulan Data****a. Wawancara**

Wawancara yaitu percakapan yang bertujuan untuk penggalan pemikiran, konsep, dan pengalaman pribadi pendirian atau pandangan dari narasumber untuk memperoleh informasi (Soewardikoen, 2019). Dalam penelitian ini, teknik wawancara yang digunakan yaitu wawancara bebas terpimpin tentang data dan keluhan yang dirasakan pada responden dengan menggunakan pedoman wawancara berupa format pengkajian keperawatan keluarga. Pengumpulan data dengan mewawancarai langsung penderita HIV/AIDS dan keluarga untuk mendapatkan data seperti data umum keluarga, riwayat kesehatan dan tahap perkembangan keluarga, lingkungan, dan struktur keluarga.

**b. Pengukuran**

Pengukuran yaitu melakukan pemantauan kondisi pasien dengan metode mengukur dengan menggunakan alat ukur seperti stetoskop, tensimeter, *penlight*, meteran, dan timbangan untuk mengukur BB. Pada penelitian ini dilakukan pengukuran tanda-tanda vital penderita HIV/AIDS yaitu tekanan darah, suhu, nadi, dan frekuensi pernafasan, pengukuran skala nyeri menggunakan *Numeric rating scale* (NRS)

**c. Pemeriksaan Fisik**

Pemeriksaan fisik keluarga pada penderita HIV/AIDS dilakukan dengan melakukan pemeriksaan *Head To Toe* mulai dari kepala, rambut, telinga, wajah, hidung, mulut, dada (thorak dan jantung), abdomen, dan

ekstremitas kepada klien dan keluarga untuk menunjang diagnosa yang ditegakkan

#### **d. Studi Dokumentasi**

Dokumentasi dilakukan menggunakan format asuhan keperawatan, yaitu format pengkajian keperawatan, analisa data keperawatan, format intervensi keperawatan, format implementasi keperawatan, format evaluasi keperawatan serta format dokumentasi keperawatan. Studi dokumentasi yang dilakukan yaitu dengan meminta data pasien HIV/AIDS yang berobat.

### **F. Prosedur Penelitian**

Adapun langkah-langkah pengumpulan data yang digunakan oleh peneliti adalah

1. Peneliti meminta surat rekomendasi pengambilan data dan surat izin penelitian dari institusi pendidikan Poltekkes Kemenkes Padang ke Dinas Kesehatan Kota Padang.
2. Peneliti mendatangi Dinas Kesehatan Kota Padang dan menyerahkan surat izin penelitian dari institusi untuk mendapatkan surat rekomendasi ke Puskesmas Seberang Padang Kota Padang.
3. Peneliti mendatangi Puskesmas Seberang Kota Padang dan menyerahkan surat rekomendasi dan surat izin peneliti dari Dinas Kota Padang.
4. Peneliti meminta izin ke Kepala Puskesmas Seberang Kota Padang
5. Peneliti mendatangi Poli LKB (Layanan Komprehensif Berkesinambungan) untuk mengetahui jumlah penderita HIV/AIDS yang rutin berkunjung ke Puskesmas Seberang Padang Kota Padang.
6. Peneliti mendapatkan jumlah populasi remaja yang rutin berkunjung ke Puskesmas Seberang Padang Kota Padang.
7. Peneliti melakukan pemilihan 1 sample menggunakan teknik Purposive Sampling Berdasarkan pemenuhan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi.
8. Peneliti melakukan pendekatan pada 1 orang remaja penderita HIV/AIDS yang sedang berobat di Puskesmas Sebrang Kota Padang dengan didampingi petugas LKB.
9. Peneliti mengunjungi rumah responden di dampingi oleh petugas LKB.

10. Peneliti memberikan penjelasan maksud dan tujuan dari penelitian yang dilakukan.
11. Informed Consent diberikan kepada responden.
12. Peneliti meminta waktu responden untuk melakukan pengkajian menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan keluarga dengan teknik wawancara dan anamnesa. Penulis juga melakukan observasi dan pengukuran dengan melakukan pemeriksaan fisik secara head to toe pada responden
13. Bersama keluarga penulis merumuskan dan menjelaskan intervensi apa yang akan dilakukan dalam memberikan asuhan keperawatan pada keluarga pasien.
14. Peneliti melakukan implementasi dan evaluasi dengan dua belas kali kunjungan pada

#### **G. Rencana Analisis**

Analisa yang akan dilakukan pada penelitian ini adalah menganalisis semua temuan dalam tahapan proses keperawatan dengan menggunakan konsep HIV/AIDS. Data yang didapat dalam proses keperawatan mulai dari pengkajian, penegakan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan akan dijabarkan dan dibandingkan dengan teori asuhan keperawatan pada kasus. Analisis yang dilakukan untuk menentukan kesesuaian antara teori yang ada dengan kondisi pasien.

## **BAB IV**

### **DESKRIPSI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Deskripsi Kasus**

Kunjungan keluarga di lakukan pada keluarga Bapak M dan Ibu P yang salah satu dari anaknya mengalami HIV/AIDS. Penerapan asuhan keperawatan dimulai pada tanggal 29 Maret – 12 April 2023 dengan kunjungan selama 12 kali kunjungan. Berikut peneliti akan mendeskripsikan hasil penelitian.

##### **1. Pengkajian Keperawatan**

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 29 Maret 2023 di rumah Bapak M di dapatkan data, Bapak M (52 Tahun) seorang kepala keluarga dan tinggal dengan istrinya (Ibu P) dan 2 orang anaknya yaitu Anak R dan Anak A. Keluarga Bapak M merupakan keluarga *Nuclear Family* dimana keluarga yang terdiri dari orang tua dan anak yang masih menjadi tanggungannya dan tinggal dalam satu rumah, terpisah dari sanak keluarga lainnya. Klien adalah anak kedua dari Bapak M dan Ibu P. Klien merupakan anak kedua dari dua bersaudara, yang sekarang berada di bangku SMA. Bapak M sebagai kepala keluarga yang bekerja sebagai wiraswasta. Istri Bapak M yaitu Ibu P bekerja sebagai Ibu Rumah Tangga.

Keluarga Anak A bersuku tanjung dengan latar belakang budaya minang. Semua anggota keluarga beragama islam. Keluarga Anak A adalah keluarga perkembangan tahap IV yaitu keluarga dengan orang tua dan anak yang masih menjadi tanggungannya dan tinggal dalam satu rumah. Anak pertama telah bekerja sebagai pekerja wiraswasta. Anak kedua Anak A sekarang duduk di bangku SMA. Penghasilan keluarga berasal dari Bapak M yang bekerja sebagai tukang parkir dengan penghasilan Rp. 3000.000 perbulan, Bapak M selaku bapak rumah tangga yang mengurus rumah tangga.

Saat dilakukan pengkajian Anak A mengatakan dinyatakan positif HIV/AIDS pada bulan Januari 2023. Anak A mengatakan melakukan seks beresiko semenjak berusia 17 tahun karena penasaran dan ingin mencoba-coba. Anak A melakukan seks beresiko dengan sesama jenis ( *Gay*). Anak A mengatakan merasa kesepian

dan kurangnya perhatian dari orang tua. Mengakibatkan Anak A mencoba hal-hal beresiko terinfeksi HIV/AIDS.

Saat dilakukan pengkajian Anak A mengatakan demam kurang lebih satu minggu dan terdapat sariawan di mulut. Awalnya Ibu P mengatakan demam biasa dan mencoba berobat dengan obat kampung. Tetapi setelah beberapa saat Anak A merasakan perubahan pada dirinya seperti sering merasakan sakit kepala, badan terasa lemah dan juga sering terkena demam. Anak A mengatakan dinyatakan positif HIV/AIDS sejak 3 bln yang lalu pada saat diperiksa di Puskesmas Seberang Padang. Anak A mengatakan saat pertama kali melakukan seks beresiko sesama karena di pengaruhi, melihat, dan diajak untuk melakukan hubungan seks dengan teman laki-laki, dikarenakan terbiasa melihat akhirnya Anak A merasa penasaran dan mencoba hal tersebut sampai dinyatakan positif HIV/AIDS. Keluarga Anak A mengetahui tentang penyakit Anak A, awalnya keluarga terkejut dan tidak menerima saat tahu penyakit Anak A. Sekarang keluarga Anak A sudah menerima keadaan, mencoba memberikan support dan membantu kesembuhan pada Anak A tetapi Ibu P belum tahu secara spesifik tentang penyakit Anak A dan cara merawat Anak A dan Ibu P jarang menemani Anak A berobat ke Puskesmas Seberang Padang dan kurang mengawasi minum obat.

Anak A sering merasa sakit kepala, pusing, tampak meringis, badan tampak lemah, sering demam. Anak A juga menyatakan nyeri lebih sering dirasakan setelah 2 bulan meminum obat ARV yang diakibatkan oleh efek samping pengobatan. Didapatkan skala nyeri yang dirasakan Anak A sedang yaitu 5 dengan melakukan pengukuran menggunakan *Numeric rating scale* (NRS) dengan meminta Anak A memilih angka 0-10, dengan menjelaskan angka 0 artinya tidak nyeri, 1-3 nyeri ringan, 4-6 nyeri sedang, 7-10 nyeri berat. Anak A mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul dengan durasi 5 menit.

Anak A juga mengatakan sudah dua bulan ini berobat dengan teratur setiap bulannya. Anak A tau akan penyakitnya hanya saja Anak A kurang memahami perawatan yang tepat bagi penderita HIV/AIDS. Anak A minum obat 1 kali sehari, biasanya diminum sebelum tidur. Anak A mendapatkan pengobatan ARV

di Puskesmas Seberang Padang, obat diminum untuk 30 hari. Pengobatan ARV yang telah dilakukan Anak A semenjak mengetahui terdiagnosa HIV. Namun terkadang Anak A mengatakan malas untuk meminum obat dikarenakan efek samping yang dirasakan setelah meminum obat ARV tersebut, dan keluarga Anak A juga jarang mengingatkan Anak A untuk minum obat.

Anak A menyatakan bahwa reaksi pertama saat terdiagnosa HIV/AIDS merasa cemas, merasa tidak percaya diri, terkejut dan merasa terpukul. Secara sadar maupun tidak sadar Anak A yang berada dalam tahap ini menolak semua fakta, informasi dan segala sesuatu yang berhubungan dengan kondisinya yang mengalami HIV/AIDS di usia masih remaja, merasa khawatir dengan masa depan Anak A dan juga merasa cemas jika tertular ke anggota keluarga yang lain. Anak A juga mengatakan kadang sulit tidur karena memikirkan penyakitnya saat ini. Anak A tidak terlau paham cara pemeliharaan kesehatan agar keluarga tidak tertular penyakit yang sama.

Riwayat penyakit keluarga yaitu Ibu P memiliki riwayat penyakit Hipertensi. Keluarga mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit infeksi menular sebelumnya seperti yang dialami Anak A.

Komunikasi dalam keluarga Anak A biasanya menggunakan bahasa minang kepada keluarganya dan orang lain. keluarga Anak A selalu berkomunikasi dengan baik dan selalu berkomunikasi dengan keluarga yang lainnya, komunikasi di lakukan dengan cara terbuka, jika ada masalah maka keluarga akan menyelesaikan dengan musyawarah. Tetapi berbeda dengan Anak A yang memilih untuk pergi dari rumah untuk menenangkan pikirannya.

Rumah yang ditempati oleh keluarga Bapak M adalah ruangan permanen. Rumah ini merupakan rumah yang di bangun oleh Bapak M. Rumah ini juga ditempati oleh 2 orang adik Ibu. Rumah tersebut terdiri dari 4 kamar tidur dimana Anak A dan Anak R tidur sekamar karena kamar yang lain di isi oleh keluarga yang lain, 1 kamar mandi, 1 ruang tamu, 1 ruang keluarga 1 dapur, 1 garasi untuk letak motor dan mempunyai halaman yang luas. Ventilasi dan penerangan ruangan cukup bagus. Cahaya matahari masuk maksimal ke dalam rumah, saat malam hari pencahayaan berasal dari lampu. Lantai rumah terbuat dari keramik yang berish

dan tidak licin. Di lantai tidak ada genangan air agar anggota keluarga tidak terjatuh. Kamar mandi diterangi oleh lampu, ventilasi kamar mandi cukup, lantai kamar mandi terbuat dari semen untuk mengurangi resiko jatuh. Sumber listrik berasal dari PLN dan sumber air minum berupa air galon isi ulang, sedangkan untuk kebutuhan sehari-hari seperti mandi, dan mencuci menggunakan air sumur, sumur terletak didalam rumah. Sumur memiliki cincin, sementara septitank berada 10 meter di belakang rumah. Dan pola membersihkan rumah dari Anak A selalu menyapu 2x sehari.

Keluarga Anak Ajarang berkumpul dengan keluarga dikarenakan Bapak M dan Ibu P jarang pulang kerja langsung beristirahat. Keluarga Anak A mengatakan jarang melakukan perkumpulan dengan masyarakat. Interaksi keluarga Anak A dengan tetangga cukup baik. Penduduk dilingkungan rumah Anak A kebanyakan bersuku minang. Karakteristik komunitas tempat tinggal Anak A adalah kelas menengah kebawah. Lingkungan di RT merupakan lingkungan yang cukup padat.

Keluarga Anak A dalam kehidupan sehari-hari menggunakan norma dan nilai sesuai dengan agama dan adat istiadat minangkabau. Pola komunikasi keluarga Anak A mengatakan kurang mendapat perhatian dari orang tuanya. Anak A sistem pendukung keluarga adalah dalam hal pembuat keputusan adalah keputusan dari Bapak M sebagai orang yang paling tua dan sebagai kepala keluarga. Anak A biasa meminta izin atau bertanya tentang pendapat Bapak M jika ada suatu permasalahan atau kebutuhan tertentu. Namun keluarga kurang berperan untuk mengingatkan Anak A untuk meminum obat dan kurang berperan sebagai koordinator untuk menemani Anak A ke puskesmas untuk mengambil obat.

Sebelumnya keluarga tidak terima dengan penyakit anaknya karena takut menular ke yang lain. Setelah mendapat asuhan keperawatan dari pemegang program HIV/AIDS di Puskesmas Seberang Padang Kota Padang, keluarga Anak A sudah menerima keadaan saat mengetahui penyakit Anak A, orang tuanya belum sepenuhnya mengerti tentang penyakit Anak A seperti bagaimana cara perawatan HIV/AIDS tersebut, pengambilan keputusan terkait tindakan kesehatan yang diperlukan masih kurang, karena keluarga kurang berperan sebagai koordinator

dalam menemani Anak A untuk berobat dan mengawasi Anak A meminum obat. Kemampuan merawat anggota keluarga masih kurang. Saat ditanya masalah yang dihadapi oleh keluarga mengatakan masih kurang mengerti tentang bagaimana perawatan secara spesifik remaja dengan HIV/AIDS. Bapak M mengatakan jika tidak ada anggota keluarga lain yang memiliki riwayat HIV/AIDS sehingga tidak mengetahui bagaimana perawatan yang tepat.

Kemampuan keluarga dalam memelihara kesehatan lingkungan cukup bagus, karena setiap hari selalu menyapu rumah, meskipun pada beberapa hal kecil sering terlupa seperti membuka jendela, tapi anggota keluarga mengetahui lingkungan yang sehat dan mafaat lingkungan yang sehat. Kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada sesuai dengan yang diharapkan dimana anggota keluarga tahu manfaat dari berbagai fasilitas kesehatan yang ada, dibuktikan dengan Anak A yang rutin mengambil obat setiap bulannya ke Puskesmas Seberang Padang.

Fungsi perawatan keluarga Anak A kurang baik, dimana keluarga Anak A hanya mengenal masalah kesehatan yang dialami anggota keluarganya, tetapi tidak mampu merawat keluarga dengan masalah kesehatan khususnya HIV/AIDS. Tetapi keluarga Anak A memiliki ketertarikan untuk mengetahui dan mencari tahu masalah kesehatan yang dialami Anak A , akan tetapi keluarga belum melakukan semua hal yang diketahui seperti masalah kecemasan atau pengobatan ARV, ansietas dan penyebab nyeri. Pengambilan keputusan terkait tindakan kesehatan cukup baik, terlihat dari saat ada anggota keluarga yang sakit dibawa ke pelayanan kesehatan terdekat, dan keluarga Anak A mampu menerima penjelasan mengenai keputusan yang tepat untuk meningkatkan kesehatan anggota keluarga.

Hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan pada Anak A didapatkan, TD: 110/70 mmHg, N: 110 x/menit, RR : 19 x/menit, S : 36,8 derajat celcius, kepala simetris, tidak ada benjolan, tidak ada lesi, rambut tebal dan hitam, wajah simetris, kulit kuning langsung, tidak pucat, telinga simetris, bersih, tidak ada lesi, berfungsi dengan baik, mata simetris, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, hidung simetris, bersih, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak sianosis, tidak ada pembengkakan dan lesi, mukosa mulut lembab, tidak ada pembesaran kelenjer

tiroid dan vena jugularis, dada terlihat simetris kiri dan kanan, fremitus kiri sama dengan kanan, terdengar sonor dan suara vesikuler, abdomen tidak ada asites, bising usus normal, timpani dan tidak ada pembesaran organ, tidak sianosis, CRT < 2 detik.

## **2. Diagnosis Keperawatan**

Setelah dilakukan pengkajian pada keluarga Bapak M, khususnya Anak A perawat mendapatkan data subjektif dan data objektif, dimana dari analisa data yang dapat diangkat diagnosis keperawatan diantaranya ;

**Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif berhubungan dengan Ketidakmampuan Mengatasi Masalah.** Dimana didapatkan data keluarga Anak A belum terlalu paham tentang penyakitnya dan juga cara perawatan tentang penyakitnya.

**Ansietas berhubungan dengan Anacaman Terhadap Konsep Diri.** Dimana didapatkan data Anak A merasa cemas dengan kondisinya yang mengalami HIV/AIDS diusia masih remaja, Anak A merasa khawatir dengan masa depannya, Anak A mengatakan sering sulit tidur karena memikirkan penyakitnya.

**Nyeri akut berhubungan dengan Agen Pencidera Fisiologis.** Dimana Anak A mengatakan terkadang merasa sakit kepala, merasakan nyeri pada pinggang, nyeri yang dirasakan hilang timbul dengan durasi 5 menit, dengan skala nyeri 5.

## **3. Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan dibuat perawat berdasarkan diagnosa yang telah didapatkan, lalu dibuat intervensi untuk memecahkan masalah yang telah didapatkan, berdasarkan tujuan umum dan tujuan khusus yang dilengkapi dengan kriteria.

Diagnosis Pertama yaitu **Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan dalam mengatasi masalah HIV/AIDS**, dengan tujuan umum dari diagnosa ini adalah setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x 30 menit keluarga mampu mengenal masalah kesehatan keluarga tentang Pemeliharaan Kesehatan tidak Efektif pada penderita HIV/AIDS, sesuai dengan tugas keperawatan keluarga yang pertama yaitu mengenal masalah tentang

Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif pada penderita HIV/AIDS sesuai dengan tugas keperawatan keluarga yang pertama yaitu mengenal masalah tentang pemeliharaan kesehatan dengan **intervensi SIKI Edukasi Kesehatan**.

Tujuan yang kedua yaitu mengambil keputusan dengan **intervensi SIKI Dukungan Keluarga Merencanakan Perawatan (I.13477)** dengan rencana kegiatan mengkaji keputusan keluarga dalam merawat anggota dengan masalah manajemen kesehatan keluarga tidak efektif. Motivasi keluarga untuk mengambil keputusan dan menyebutkan perawatan manajemen kesehatan keluarga tidak efektif pada penderita HIV/AIDS

Tujuan ketiga merawat anggota keluarga menggunakan **intervensi SIKI Edukasi Manajemen Pengobatan ARV, Program pencegahan HIV/AIDS(I.12441)** dengan rencana kegiatan ajarkan keluarga bagaimana cara merawat anggota keluarga dengan pemeliharaan kesehatan tidak efektif, motivasi keluarga untuk melakukan atau menyebutkan perawatan memberikan manajemen kesehatan keluarga tidak efektif. dimana tindakan yang dapat dilakukan adalah pendidikan kesehatan mengenai manajemen pengobatan dan pencegahan HIV/AIDS

Rencana yang keempat memodifikasi lingkungan menggunakan **intervensi SIKI Manajemen Lingkungan (I.14514)** dengan rencana kegiatan kaji pengetahuan keluarga, diskusikan dengan keluarga tentang lingkungan yang baik dan nyaman yang menunjang Kesehatan

Rencana kelima memanfaatkan fasilitas kesehatan menggunakan **intervensi SIKI Pengenalan Fasilitas Kesehatan (I.14549)** dengan rencana kegiatan kaji pengetahuan keluarga, diskusikan dengan keluarga tentang fasilitas kesehatan, beri pujian dan evaluasi kembali tentang memanfaatkan fasilitas kesehatan.

**Diagnosis kedua Ansietas berhubungan dengan krisis Situasional (D.0080).**

Tujuan umum dari diagnosis ini adalah setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 30 menit keluarga mampu mengenal masalah kesehatan keluarga tentang ansietas pada pasien HIV/AIDS, sesuai dengan tugas keperawatan keluarga yang pertama yaitu mengenal masalah ansietas dengan intervensi SIKI

**Edukasi proses penyakit (I.12444)**

Tujuan yang kedua yaitu mengambil keputusan dengan rencana kegiatan mengkaji keputusan keluarga dalam merawat anggota dengan masalah ansietas dengan **intervensi SIKI Dukungan Pengambilan Keputusan (I.09265)**. Motivasi keluarga untuk mengambil keputusan dan menyebutkan perawatan ansietas pada penderita HIV/AIDS

Tujuan ketiga merawat anggota keluarga dengan rencana kegiatan ajarkan keluarga bagaimana cara merawat anggota keluarga dengan ansietas dengan **intervensi SIKI Manajemen Stress (I.09293)** dengan mendemonstrasikan teknik Relaksasi otot progresif motivasi keluarga untuk melakukan atau menyebutkan perawatan memberikan perawatan ansietas. Tindakan yang dapat dilakukan yaitu teknik relaksasi otot progresif.

Rencana yang keempat memodifikasi lingkungan **intervensi SIKI Manajemen Kesehatan Lingkungan (I.08237)** dengan rencana kegiatan kaji pengetahuan keluarga, diskusikan dengan keluarga tentang lingkungan yang baik dan nyaman yang menunjang Kesehatan

Rencana kelima memanfaatkan fasilitas kesehatan **intervensi SIKI Pengenalan Fasilitas Kesehatan (I.14549)** dengan rencana kegiatan kaji pengetahuan keluarga, diskusikan dengan keluarga tentang fasilitas kesehatan, beri pujian dan evaluasi kembali tentang memanfaatkan fasilitas kesehatan.

**Diagnosis ketiga yaitu Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)**, dengan tujuan umum dari diagnosis ini adalah setelah dilakukan intervensi keperawatan selam 1x30 menit keluarga mampu mengenal masalah kesehatan keluarga tentang nyeri pada penderita HIV/AIDS, sesuai dengan tugas keperawatan keluarga mampu mengenal masalah kesehatan keluarga tentang nyeri pada penderita HIV/AIDS dengan menggunakan **intervensi SIKI Edukasi Manajemen Nyeri (I.12391)**

Tujuan yang kedua yaitu mengambil keputusan menggunakan **intervensi SIKI Dukungan Pengambilan Keputusan (I.09265)** dengan rencana kegiatan

mengkaji keputusan keluarga dalam merawat anggota dengan masalah nyeri. Motivasi keluarga untuk mengamil keputusan dan menyebutkan perawatan nyeri pada penderita HIV/AIDS.

Tujuan ketiga merawat anggota keluarga menggunakan **intervensi SIKI Manajemen Nyeri (I.08238)** dengan rencana kegiatan ajarkan keluarga bagaimana cara merawat anggota keluarga dengan nyeri, motivasi keluarga untuk melakukan atau menyebutkan perawatan memberikan perawatan nyeri. Dimana tindakan yang dapat dilakukan adalah demonstrasi teknik relaksasi nafas dalam (relaksasi mengkombinasikan latihan nafas)

Rencana yang keempat memodifikasi lingkungan menggunakan **intervensi SIKI Manajemen Lingkungan (I.14514)** dengan rencana kegiatan kaji pengetahuan keluarga, diskusikan dengan keluarga tentang lingkungan yang baik dan nyaman yang menunjang kesehatan

Rencana kelima memanfaatkan fasilitas kesehatan menggunakan **intervensi SIKI Pengenalan Fasilitas (I.14549)** dengan rencana kegiatan kaji pengetahuan keluarga, diskusikan dengan keluarga tentang fasilitas kesehatan, beri pujian dan evaluasi kembali tentang memanfaatkan fasilitas kesehatan.

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi yang dilakukan pada keluarga Bapak M khususnya Anak A yaitu berdasarkan intervensi yang telah dibuat berdasarkan diagnosis yang ditetapkan. Diagnosis pertama **Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan dalam mengatasi masalah** yaitu, Jumat , 31 Maret 2023 pukul 09.00 WIB yaitu intervensi. **Melakukan intervensi TUK 1** :Menegal masalah kesehatan dengan menanyakan dan mendiskusikan dengan keluarga berhubungan dengan pengertian, penyebab, serta tanda dan gejala HIV/AIDS. **TUK 2**: Menjelaskan tentang cara pengambilan keputusan pada anggota keluarga dalam pemeliharaan kesehatan tidak efektif pada penderita HIV/AIDS untuk mengurangi dampak dari masalah berikut. Selanjutnya tanggal 4 April 2023 pukul 09.00 WIB **melanjutkan intervensi TUK 3**: Bagaimana cara pemeliharaan

kesehatan keluarga dengan HIV/AIDS dimana pada implementasi ini menggunakan metode diskusi dan tanya jawab menggunakan media lembar balik, bagaimana cara perawatan anggota keluarga yang sakit, patuh dalam mengkonsumsi obat ,mengjaga pergaulan,dengan mendekatkan diri ke agama, memperbaiki pola asuh orang tua. **TUK 4:** Menjelaskan lingkungan yang baik dengan membuka ventilasi jendela, barang-barang tersusun rapi dan sering mencuci tangan. **TUK 5 :** Menjelaskan pentingnya rutin memeriksa kesehatan dan mengambil obat ke puskesmas juga meminum obat secara teratur. Pentingnya peran keluarga terhadap keberlangsungan hidup pasien. Rabu, 05 April 2023 pukul 09.00 WIB mengobservasi secara teratur kegiatan minum obat pasien .

Diagnosis kedua **Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri** yaitu 6 April 2023 pukul 08.00 WIB. **Melakukan intervensi TUK 1 :** Mengenal masalah kesehatan dengan menanyakan dan mendiskusikan dengan keluarga terkait pengertian, penyebab, serta tanda dan gejala ansietas pada penderita HIV/AIDS. **TUK 2 :** Menjelaskan tentang cara mengambil keputusan pada anggota keluarga yang terkena ansietas pada HIV/AIDS untuk mengurangi dampak dari masalah tersebut. Selanjutnya tanggal 7 april 2023 pukul 09.00 WIB. **Melakukan implementasi TUK 3** yaitu merawat anggota keluarga yang mengalami HIV/AIDS dengan ansietas dengan mendemonstrasikan teknik relaksasi otot progresif untuk mengurangi tingkat kecemasan yang dialami dengan menggunakan media lembar balik dan leaflet, diharapkan keluarga mampu melakukan perawatan pada keluarga dengan ansietas akibat HIV/AIDS. **TUK 4:** Menjelaskan lingkungan yang baik dengan membuka ventilasi jendela, barang-barang tersusun rapi dan sering mencuci tangan. **TUK 5 :** Menjelaskan pentingnya rutin memeriksa kesehatan dan mengambil obat ke puskesmas juga meminum obat secara teratur.

Diagnosis ketiga **yaitu Nyeri akut berhubungan dengan krisis situasional** dilakukan pada tanggal 9 april 2023 pukul 09.00 WIB yaitu **TUK 1** mengenal masalah kesehatan dengan menanyakan dan mendiskusikan dengan keluarga terkait pengertian, penyebab, serta tanda dan gejala nyeri pada penderita HIV/AIDS. Sekaligus melakukan implementasi **TUK 2** dengan menjelaskan

tentang cara mengambil keputusan pada anggota keluarga yang mengalami HIV/AIDS dan nyeri. Selanjutnya tanggal 10 april 2023 pukul 09.00 WIB melakukan implementasi **TUK 3** yaitu merawat anggota keluarga yang mengalami nyeri dengan mendemonstrasikan teknik relaksasi progresif untuk mengurangi tingkat nyeri yang dialami dengan menggunakan media lembar balik dan leaflet, diharapkan keluarga mampu melakukan perawatan pada keluarga dengan nyeri Pada tanggal 13 April 2023 dilakukan implementasi TUK 4 yaitu cara memodifikasi lingkungan yang aman dan nyaman untuk penderita HIV/AIDS, dan diharapkan keluarga dapat memodifikasi lingkungan yang aman dan nyaman, bersih dan sehat. Pada tanggal 13 April 2023 dilakukan implementasi **TUK 5** menjelaskan dan mendiskusikan pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi penderita HIV/AIDS agar klien dan keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia dalam melakukan pemeriksaan kesehatan pada pasien HIV/AIDS dan juga sebagai tempat berobat secara rutin.

#### **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi dilakukan setiap kali implementasi dilakukan, saat implementasi pada diagnosa pertama yaitu **Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan dalam mengatasi masalah** **Evaluasi TUK 1 :** Didapatkan hasil objektif keluarga dapat menjelaskan perilaku yang baik bagi keluarga dengan mengatur pola makan, mengatur pola istirahat, mengawasi An.A minum obat. Hasil analisa, bahwa masalah teratasi dan untuk menindak lanjuti telah diambil keputusan bahwa menghentikan intervensi. Dilanjutkan dengan **intervensi TUK 2 :** didapatkan hasil objektif keluarga mampu melakukan hidup sehat untuk An.R dengan makan makanan yang sehat, olahraga dan menjaga kebersihan lingkungan. Hasil analisa bahwa masalah tersebut teratasi dan untuk menindak lanjuti telah diambil keputusan untuk menghentikan intervensi. Dilanjutkan dengan **intervensi TUK 3 :** didapatkan hasil objektif keluarga dapat memelihara kesehatan dengan menjaga kesehatan An.A Hasil analisa, bahwa masalah teratasi dan untuk menindak lanjuti telah diambil keputusan untuk menghentikan intervensi. Dilanjutkan intervensi selanjutnya, **TUK 5 :** didapatkan evaluasi objektif keluarga mampu mendampingi Anak Adan menggunakan

puskesmas untuk memeriksa kesehatan An.A Hasil analisa, bahwa masalah teratasi dan telah diambil keputusan untuk melanjutkan intervensi.

Evaluasi diagnosa kedua **Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri TUK 1** : didapatkan evaluasi pada keluarga sudah memahami pengertian, penyebab dan tanda gejala HIV/AIDS dengan ansietas, klien dan keluarga sudah mampu menjawab pertanyaan seputar ansietas pada HIV/AIDS setelah diberikan penjelasan. **TUK 2** : An.A juga sudah dapat mengambil keputusan dari dampak ansietas pada HIV/AIDS serta keputusan terkait merawat anggota keluarga dengan ansietas. **TUK 3** : yaitu cara merawat anggota keluarga dengan HIV/AIDS yang mengalami ansietas dengan cara demonstrasi teknik relaksasi otot progresif untuk mengurangi tingkat kecemasan yang dialami, dan klien sudah memahami bagaimana cara perawatan keluarga dengan HIV/AIDS yang mengalami ansietas. An.A mengatakan sudah memahami teknik relaksasi otot progresif untuk mengurangi ansietas dan akan melakukan teknik ini rutin jika merasa cemas. Hasil bisa dilihat dari yang tampak tegang dan takut jadi lebih rileks. **TUK 4** : Keluarga juga dapat menyebutkan cara memodifikasi lingkungan yang aman, nyaman dan sehat untuk keluarga dengan HIV/AIDS, serta dapat menyebutkan fasilitas kesehatan yang ada untuk menunjang kesehatan anggota keluarga. Hasil analisa bahwa masalah teratasi dan untuk memantau hal tersebut telah diambil keputusan untuk melanjutkan intervensi.

Evaluasi diagnosa ketiga yaitu **Nyeri akut berhubungan dengan krisis situasional TUK 1** : didapatkan evaluasi pada keluarga sudah memahami pengertian, penyebab dan tanda gejala HIV/AIDS dengan Nyeri, klien dan keluarga sudah mampu menjawab pertanyaan seputar ansietas pada HIV/AIDS setelah diberikan penjelasan. **TUK 2** : An.A juga sudah dapat mengambil keputusan dari dampak Nyeri pada HIV/AIDS serta keputusan terkait merawat anggota keluarga dengan Nyeri. **TUK 3** : yaitu cara merawat anggota keluarga dengan HIV/AIDS yang mengalami Nyeri dengan cara demonstrasi teknik relaksasi progresif untuk mengurangi tingkat Nyeri yang dialami, dan klien sudah memahami bagaimana cara perawatan keluarga dengan HIV/AIDS yang mengalami Nyeri Akut. An.A mengatakan sudah memahami teknik relaksasi

progresif untuk mengurangi ansietas dan akan melakukan teknik ini rutin jika menrasa cemas. Hasil bisa dilihat dari yang tampak tegang dan takut jadi lebih rileks. **TUK 4** : Keluarga juga dapat menyebutkan cara memodifikasi lingkungan yang aman, nyaman dan sehat untuk keluarga dengan HIV/AIDS, serta dapat menyebutkan fasilitas kesehatan yang ada untuk menunjang kesehatan anggota keluarga. Hasil analisa bahwa masalah teratasi dan untuk memantau hal tersebut telah diambil keputusan untuk melanjutkan intervensi.

## **B. Pembahasan Kasus**

Setelah dilakukan penerapan Asuhan Keperawatan Keluarga Anak A dengan masalah Remaja dengan HIV/AIDS diwilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang kota Padang, maka pada bab pembahasan ini penulis akan menjabarkan adanya kesesuaian maupun kesenjangan yang terdapat pada pasien antara teori dengan kasus. Tahap pembahasan sesuai dengan tahapan Asuhan Keperawatan yang dimulai dari pengkajian merumuskan diagnosa, merumuskan rencana keperawatan, pelaksanaan tindakan, dan evaluasi keperawatan.

### **1. Pengkajian**

Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 29 Maret 2023 pada keluarga Bapak M, Anak A tanda dan gejala klien dinyatakan sama dengan teori Padila (2012) dan WHO (2016). Sebelumnya Anak A dinyatakan Positif HIV/AIDS sejak Januari 2023 setelah melakukan pemeriksaan di Puskesmas Seberang Padang, klien melakukan seks dengan sesama jenis. Dimana tanda dan gejala yang dirasakan yaitu perubahan tubuh yang menurun yang ditandai dengan Anak A sering demam, sariawan di mulut, badan terasa letih dan sakit kepala.

Pengkajian adalah tahap awal dari proses perawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi suatu kesehatan klien. Tahap pengkajian merupakan dasar utama dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kenyataan. Kebenaran data sangat penting dalam merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan respon

individu (Nursalam, 2011). Sesuai dengan teori yang telah dipelajari oleh peneliti sebelumnya, maka akan dilakukan pengkajian keluarga sesuai dengan teori Nursalam, pengkajian pada penderita HIV/AIDS menggunakan metode wawancara, observasi/pengamatan, pemeriksaan fisik dari anggota keluarga (*head to toe*), data sekunder (studi dokumentasi) untuk menambah data yang diperlukan.

Pengkajian adalah tahap awal dari proses perawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi suatu kesehatan klien. Tahap pengkajian merupakan dasar utama dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kenyataan. Kebenaran data sangat penting dalam merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan respon individu (Nursalam, 2011). Sesuai dengan teori yang telah dipelajari oleh peneliti sebelumnya, maka akan dilakukan pengkajian keluarga sesuai dengan teori Nursalam, pengkajian pada penderita HIV/AIDS menggunakan metode wawancara, observasi/pengamatan, pemeriksaan fisik dari anggota keluarga (*head to toe*), data sekunder (studi dokumentasi) untuk menambah data yang diperlukan.

(Padila, 2012) menjelaskan pada sebagian penderita memperlihatkan gejala tidak khas pada HIV/AIDS, gejala yang terjadi adalah demam, flu, diare, pembengkakan kelenjar getah bening, kelelahan, keringat malam, penurunan berat badan, diare kronik, limfadenopati umum dan kandidiasis oral. Sementara itu hasil penelitian menurut (Permitasari, 2016) adanya bercak merah pada kulit, sakit kepala, sakit tenggorokan, batuk, mual muntah, sariawan dan herpes zooster. Sementara itu hasil penelitian (Sastri, 2014), mengatakan bahwa tanda dan gejala HIV/AIDS tubuhnya menjadi lemah, sakit kepala, kehilangan memorinya, menggigil, rasa haus, nyeri pada sendi, tidak nafsu makan, panas tinggi, dan kelelahan.

Berdasarkan penjabaran diatas, maka peneliti tidak menemukan kesenjangan antara tanda dan gejala dari teori dan hasil penelitian sebelumnya oleh Susila Sastri (2014) dengan hasil pengkajian yang peneliti lakukan.

Sebelum dinyatakan positif HIV/AIDS Anak A juga mengatakan sering melakukan seks beresiko sesama jenis semenjak berusia 17 tahun karena

penasaran dan rasa ingin mencoba-coba, Anak A juga mengatakan kurangnya perhatian dari orang tua dikarenakan sibuk bekerja dan Anak A mengatakan tidak adanya waktu luang yang dihabiskan bersama keluarga. Anak A mengatakan saat pertama kali melakukan seks beresiko dikarenakan ikut-ikutan pergaulan menyimpang bersama temannya dan perasaan ingin mencoba. Anak A mengatakan pertama kali melakukan seks beresiko sesama karena di-di pengaruhi, diajak dan melihat teman yang melakukan hubungan seks dengan teman laki-laki. Dikarenakan terbiasa melihat akhirnya Anak A merasa penasaran dan mencoba hal tersebut sampai dinyatakan positif HIV/AIDS.

Berdasarkan (Simangunsong,2015) masa remaja adalah masa peralihan dari masa anak-anak menuju masa dewasa. Pada masa ini, rasa keingintahuan anak sedang meningkat. Keinginan untuk mencari jati diri dan mendapatkan pengakuan dari lingkungan sekitar sedang tinggi tingginya. Hal ini dikarenakan dari beberapa hal seperti rasa keingintahuan yang tinggi, solidaritas antar teman, ikut-ikutan teman atau kurangnya perhatian dari orang tua. Menurut Iskandar (2015) Remaja sangat dikaitkan dengan aktivitas yang berisiko seperti melakukan hubungan seks tidak aman sehingga menjadi kelompok yang berisiko terhadap infeksi HIV. Dikaitkan dengan sebab dan perjalanan infeksi HIV, bisa dimaklumi jika pada umumnya infeksi dimulai ketika usia remaja. Didukung oleh Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Adu Samuel & Mireku, dimana penelitiannya melihat hubungan komunikasi orang tua memiliki peranan penting untuk mengurangi perilaku berisiko pada remaja. Diharapkan selalu menjalin komunikasi yang baik dengan anak disetiap kesempatan dengan selalu memberi perhatian, aturan dan terbuka untuk membicarakan permasalahan-permasalahan pada anak termasuk mengenai kesehatan reproduksi. Untuk itu orangtua juga diharapkan untuk selalu meningkatkan pengetahuannya mengenai mengenai HIV dan AIDS, kesehatan reproduksi dan narkoba karena merupakan tembok pertama dalam upaya pencegahan perilaku berisiko pada remaja didalam keluarga.

Berdasarkan penjabaran diatas, maka peneliti tidak menemukan kesenjangan antara komunikasi orang tua dan teori dari (Simangunsong,2015) dan Iskandar (2015) dengan hasil pengkajian yang peneliti lakukan

Keluarga Anak A berlatar budaya minang, tidak ditemukan pengaruh budaya suku yang berkaitan dengan kesehatan keluarga remaja dengan HIV/AIDS. Status sosial ekonomi keluarga Anak A menengah kebawah dan cukup untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Hal ini sedikit berbeda dengan penjelasan Susilowati (2018) dimana status sosial ekonomi dapat menjadi faktor pemicu seseorang tertular HIV/AIDS, penularan HIV/AIDS disebabkan karena tingkat sosial yang tinggi sehingga dinyatakan menderita HIV/AIDS karena alasan adanya status coba-coba dalam seks.

Keluarga Anak A adalah keluarga tahap perkembangan tahap V yaitu keluarga dengan anak remaja. Menurut teori dalam Erna (2014) pada tahap keluarga dengan anak remaja memiliki permasalahan prioritas kesehatan reproduksi seperti penyakit infeksi menular HIV/AIDS dan tindakan kekerasan seksual. Di dukung oleh penelitian Wulandari (2014) pada tahap keluarga dengan remaja memiliki masalah kesehatan yang lebih kompleks, yaitu terkait dengan masa pubertas, didapatkan masalah kesehatan remaja berawal dari perilaku berisiko seperti seks bebas yang menjadi faktor terjadinya HIV/AIDS.

Dari penjabaran diatas, maka peneliti tidak menemukan adanya kesenjangan antara tahap keluarga dengan remaja dari teori dan hasil penelitian sebelumnya Wulandari (2014) dengan hasil pengkajian yang peneliti lakukan.

Anak A merasa cemas dan takut terkait kondisinya yang terkena HIV/AIDS di usia remaja, cemas akan masa depannya dan mengatakan takut jika penyakitnya ini menimbulkan komplikasi yang parah dan keluarganya ikut tertular penyakit HIV/AIDS, sulit tidur karena memikirkan penyakitnya. Hal ini disebut ansietas pada pasien HIV/AIDS, sesuai dengan penelitian Ethel, Dkk (2016) infeksi virus HIV menjadi bagian dari penyakit kronis yang menimbulkan tekanan psikologis yang tinggi dan rasa cemas pada orang dengan HIV/AIDS (ODHA). Kecemasan sangat berkaitan dengan perasaan yang tidak pasti, tidak berdaya. ODHA mengalami kecemasan lebih tinggi dibandingkan dengan orang pada umumnya.

Dari penjabaran diatas, maka peneliti tidak menemukan adanya kesenjangan antara ansietas atau kecemasan dari teori dan hasil penelitian sebelumnya Ethel,

Dkk (2016) dengan hasil pengkajian yang peneliti lakukan.

Dan juga Anak A sering merasa sakit kepala, pusing, tampak meringis, badan tampak lemah, sering demam. Anak A juga mengatakan nyeri lebih sering dirasakan setelah meminum obat ARV yang diakibatkan oleh efek samping pengobatan.

Sesuai dengan teori dalam Hidayati (2019) gejala HIV/AIDS yang dirasakan dapat berupa nyeri kepala yang semakin parah yang merupakan gejala neurologis atau terganggunya sistem saraf. Menurunnya sistem imun semakin lama akan memperburuk kekebalan tubuh, akibatnya virus HIV mulai menampilkan gejala seperti gangguan neurologis. Hal ini sesuai dengan penjelasan Kemenkes (2011) pengobatan ARV dapat menimbulkan efek samping jangka pendek yaitu sakit kepala, mual, muntah, diare, dan nyeri otot. Efek samping ini berbeda-beda pada setiap orang. Didukung juga dengan penelitian Puspasari (2015) efek samping yang paling banyak dialami adalah mual, pusing, gatal dan ruam. Efek samping yang paling sering terjadi adalah terkait sistem saraf pusat yang tidak spesifik sehingga menyebabkan mual, pusing, vertigo dan sakit kepala. Mual merujuk pada perasaan subjektif ingin muntah, hal ini timbul karena teraktivasi pusat muntah yang berada di medulla oblongata.

Fungsi perawatan keluarga Anak A juga cukup baik, keluarga Anak A mampu mengenal masalah kesehatan yang dialami Anak A, akan tetapi belum melakukan semua hal yang diketahui seperti masalah kecemasan atau ansietas, penyebab nyeri dan pengobatan ARV. Pengambilan keputusan terkait tindakan kesehatan cukup baik dan keluarga Anak A yang mampu menerima penjelasan mengenai keputusan yang tepat untuk peningkatan kesehatan anggota keluarga. Untuk merawat anggota keluarga dengan HIV/AIDS tidak terlalu paham, karena kurangnya pengetahuan mengenai cara perawatan yang tepat. Kemampuan keluarga dalam memelihara kesehatan lingkungan sebenarnya cukup bagus, karena setiap hari selalu menyapu rumah, meskipun pada beberapa hal kecil sering terlupa seperti membuka jendela, tapi anggota keluarga mengetahui lingkungan yang sehat, hygiene dan manfaat lingkungan sehat. Kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada sesuai dengan

yang diharapkan dimana anggota keluarga tahu manfaat dari berbagai fasilitas kesehatan yang ada, dibuktikan dengan Anak A yang rutin mengambil obat.

Data diatas menunjukkan bahwa keluarga Anak A memiliki fungsi keluarga cukup baik karena mampu memenuhi fungsi – fungsi keluarga sesuai dengan teori Friedman (2010) dimana pentingnya terpenuhi fungsi keluarga untuk mendukung peningkatan kesehatan individu dalam keluarga.

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosis keperawatan keluarga mengacu pada P – E – S dimana untuk problem (P) dapat digunakan tipologi dari (SDKI, 2017) dan etiologi (E) berkenaan dengan tugas keluarga dalam hal kesehatan atau keperawatan menurut (Friedman, 2010). Sedangkan menurut penelitian yang dilakukan (Andarmoyo, 2014) Diagnosis keluarga adalah hasil dari analisis data dari hasil pengkajian keluarga, yang dimana diagnosis diangkat berdasarkan masalah-masalah pada fungsi keluarga, struktur keluarga dan lingkungan keluarga. Pada perumusan diagnosis yang didapatkan dari analisis data berdasarkan data subjektif dan objektif.

Diagnosa yang pada kasus ini yaitu :

- a. Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif berhubungan dengan ketidakmampuan mengatasi masalah (D.0117)**
- b. Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri(D.0080)**
- c. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencidera Fisiologis(D.0077)**

Dari beberapa masalah yang didapatkan dalam kasus ditentukan 3 diagnosis yang dipilih berdasarkan prioritas masalah. Diagnosis yang muncul dan ditemukan pada tinjauan teori dengan kasus mengenai masalah HIV/AIDS terdapat sedikit perbedaan. Dalam teori terdapat 8 diagnosis keperawatan, tetapi pada kasus ini terdapat 5 diagnosa keperawatan, dan setelah diprioritaskan maka didapat 3 diagnosis keperawatan pada keluarga Ibu. P khususnya Anak A yaitu Pemeliharaan Kesehatan tidak Efektif, Ansietas, Nyeri Akut.

Diagnosis pertama yaitu **Pemeliharaan Kesehatan tidak Efektif berhubungan dengan Ketidakmampuan Mengatasi Masalah (D.0117)** didapatkan dari data Anak A mengatakan dinyatakan positif HIV/AIDS sejak 3 bulan yang lalu pada saat diperiksa di Puskesmas Seberang Padang, Anak A tidak terlalu paham cara pemeliharaan kesehatan agar keluarga tidak tertular penyakit yang sama, dan Bapak M mengatakan belum tahu sepenuhnya cara merawat Anak A, Bapak M mengatakan jarang menemani Anak A berobat ke Puskesmas Seberang Padang dan mengawasi minum obat, belum paham cara mengatasi masalah untuk pencegahan lgbt untuk pencegahan HIV/AIDS.

Diagnosis kedua yaitu **Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri (D.0080)**, didapatkan dari data klien yaitu, ia sering merasa cemas dan takut cepat mati dengan HIV/AIDS yang dialaminya. Anak A mengatakan didapatkan karena pernah berhubungan seks beresiko dengan sesama jenis lalu setelah itu badan terasa meriang dan adanya sariawan di mulut, klien datang ke puskesmas untuk dilakukan pemeriksaan, ternyata klien positif HIV/AIDS, klien sering terbangun tengah malam karna kepikiran dengan penyakit yang diderita. Data ini didukung oleh pendapat Ricca, dkk (2016) yang menyatakan semakin lama pasien menderita sakit, dapat menimbulkan ketakutan akan kematian yang akan menimpanya (perasaan negatif)

Diagnosa ketiga yaitu **Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis (D.0077)** didapatkan data dari klien yaitu dimana Anak A mengatakan terkadang merasa sakit kepala, nyeri dirasakan hilang timbul durasi 5 menit dengan skala 5 menggunakan pengukuran *Numeric Rating Scale*. Berdasarkan data diatas terdapat kesesuaian dengan penjelasan (Hidayati 2019) gejala yang dirasakan penderita HIV/AIDS terdapat nyeri kepala yang semakin parah merupakan gejala neurologis atau terganggunya sistem saraf, hal ini sesuai dengan penjelasan (Kemenkes 2011) ARV dapat menimbulkan efek samping jangka pendek yaitu sakit kepala, mual, muntah, diare, dan nyeri otot. Efek samping ini berbeda-beda pada setiap orang. Didukung juga dengan penelitian Puspasari, Dkk ( 2018) yaitu efek samping yang sering terjadi adalah terkait sistem saraf pusat yang tidak spesifik sehingga menyebabkan mual, pusing, vertigo dan nyeri kepala.

Data diatas sesuai dengan diagnosis nyeri akut (D.0077) di SDKI (2017) dimana nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat, yang dapat disebabkan oleh agen pencedera fisiologis. Gejala dan tanda mayornya juga sesuai, dimana Anak A mengeluh nyeri, tampak meringis, dan gelisah.

Setelah didapatkan diagnosis keperawatan keluarga lalu perawat memprioritaskan masalah berdasarkan sifat masalah, kemungkinan masalah dapat diubah, potensial untuk dicegah, dan menonjolnya masalah dan didapatkan masalah keperawatan. Faktor pendukung tegaknya diagnosis yaitu terdapat kaitan antara problem, etiologi, dan symptom sehingga memudahkan peneliti menegakkan diagnosis. Setelah didapatkan beberapa diagnosa keperawatan keluarga, penulis memprioritaskan masalah dan didapatkan masalah utama adalah **Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif berhubungan dengan ketidakmampuan mengatasi masalah (D.0117)**

Berdasarkan diagnosis keperawatan yang ditegakkan, peneliti beramsumsi bahwa untuk diagnosis keperawatan pada keluarga Anak A sesuai dengan teori asuhan keperawatan keluarga pada remaja dengan HIV/AIDS yaitu Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif, Ansietas, dan Nyeri Akut.

### **3. Intervensi Keperawatan**

Intervensi atau perencanaan keperawatan diartikan sebagai suatu dokumen dalam penyelesaian masalah, tujuan dan merupakan metode komunikasi tentang Asuhan Keperawatan pada pasien (Nursalam, 2011). Pembahasan intervensi dalam keperawatan keluarga meliputi tujuan umum, tujuan khusus, kriteria hasil dan kriteria standar. Dalam mengatasi masalah ini peran perawat adalah memberikan asuhan keperawatan keluarga untuk mencegah komplikasi lebih lanjut (Friedman, 2010).

Recana keperawatan keluarga terdiri dari penetapan tujuan, yaitu meliputi tujuan jangka pendek (TUK), kriteria dan standar serta intervensi. Kriteria dan standar

merupakan pernyataan spesifik tentang hasil yang diharapkan setiap tindakan yang dilakukan berdasarkan TUK atau tujuan jangka pendek yang ditetapkan. Tujuan jangka panjang mengacu pada problem, sedangkan tujuan jangka pendek mengacu pada etiologi (Widyanto, 2014).

Berhubungan dengan diagnosis pertama **Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif berhubungan dengan ketidakmampuan mengatasi masalah** yaitu sesuai dengan tugas perawatan keluarga yang pertama yaitu mengenal masalah kesehatan menggunakan intervensi SIKI yaitu sesuai dengan tugas perawatan keluarga yang pertama yaitu mengenal masalah kesehatan menggunakan intervensi SIKI edukasi kesehatan (I.12383) dengan mendiskusikan bersama keluarga tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta cara perawatan penderita HIV/AIDS dengan Pemeliharaan Kesehatan tidak efektif. Intervensi ini sesuai dengan teori Friedman (2010) mengenal masalah kesehatan anggota keluarga.

Intervensi kedua mengambil keputusan dengan intervensi SIKI dukungan keluarga merencanakan perawatan (I.13477) untuk mengatasi masalah pemeliharaan kesehatan tidak efektif pada HIV/AIDS dan mengambil keputusan untuk merawat anggota keluarga dengan HIV/AIDS yang pemeliharaan kesehatan keluarga tidak efektif. Intervensi ini sesuai dengan teori Friedman (2010) mengambil keputusan untuk melakukan tindakan perawatan dengan masalah kesehatan keluarga.

Selanjutnya merawat anggota keluarga dengan Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif menggunakan intervensi SIKI edukasi manajemen program pencegahan HIV/AIDS(I.12441) dengan menjelaskan mengenai manajemen pengobatan ARV yang tepat pada penderita HIV/AIDS, pendidikan kesehatan terkait panduan pengobatan ARV, pendidikan kesehatan terkait peran keluarga dalam pengobatan , mengenai manajemen pencegahan HIV/AIDS yang tepat pada penderita HIV/AIDS, pendidikan kesehatan terkait panduan pencegahan HIV/AIDS, pendidikan kesehatan terkait peran keluarga dalam pencegahan HIV/AIDS. Semua bentuk cara perawatan penderita HIV/AIDS dengan masalah kesehatan keluarga tidak efektif dapat direncanakan dengan baik, dikarenakan semua perencanaan berupa pendidikan kesehatan pada klien dan keluarga untuk

memungkinkan masalah dapat diubah, dan tersedianya sumber daya yang dapat mendukung terlaksananya perencanaan dengan baik (IPKKI, 2017).

Intervensi diatas sesuai dengan penelitian Kambu (2020 )melakukan intervensi edukasi dan evaluasi perkembangan terhadap kemajuan kesehatan ODHA.

Intervensi keempat modifikasi lingkungan menggunakan intervensi SIKI Manajemen Lingkungan (I.14514) dengan kriteria keluarga tahu dan mampu menciptakan lingkungan rumah yang aman, nyaman dan bersih untuk HIV/AIDS. Intervensi ini sesuai dengan teori Friedman (2010) keluarga mampu memodifikasi lingkungan untuk menunjang kesehatan dan pengobatan anggota keluarga yang sakit.

Intervensi selanjutnya memanfaatkan fasilitas kesehatan sesuai dengan intervensi SIKI Pengenalan Fasilitas Kesehatan (I.14549) dan membawa anggota keluarga yang sakit ke pelayanan kesehatan. Intervensi ini sesuai dengan teori Friedman (2010) keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan dan dapat memilih fasilitas kesehatan yang diinginkan untuk mengatasi masalah kesehatan anggota keluarga.

Selanjutnya merawat anggota keluarga dengan masalah pemeliharaan kesehatan tidak efektif dengan menjelaskan mengenai HIV/AIDS. Rencana selanjutnya modifikasi lingkungan dengan kriteria keluarga tahu dan mampu menciptakan lingkungan rumah yang aman, nyaman dan bersih untuk HIV/AIDS serta memanfaatkan fasilitas kesehatan dan membawa anggota keluarga yang sakit ke pelayanan kesehatan.

Intervensi dari diagnosis pertama **Ansietas berhubungan dengan Krisis Situasional (D.0080)** yaitu sesuai dengan tugas perawatan keluarga yang pertama yaitu mengenal masalah kesehatan sesuai dengan intervensi SIKI edukasi proses penyakit (I.12444) dengan mendiskusikan bersama keluarga tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta cara perawatan penderita HIV/AIDS dengan ansietas. Intervensi ini sesuai dengan teori dalam (2010) keluarga mampu mengenal masalah kesehatan anggota keluarga.

Intervensi kedua mengambil keputusan sesuai intervensi SIKI dukungan pengambilan keputusan (I.09265) untuk mengatasi masalah ansietas pada HIV/AIDS dan mengambil keputusan untuk merawat anggota keluarga dengan HIV/AIDS yang mengalami ansietas. Intervensi ini sesuai dengan teori Friedman (2010) mengambil keputusan untuk melakukan tindakan perawatan dengan masalah kesehatan keluarga.

Interevensi ketiga merawat anggota keluarga dengan menggunakan intervensi SIKI manajemen stress (I.09293) untuk masalah ansietas dengan mendemonstrasikan teknik relaksasi otot progresif dan penjelasan mengenai pengobatan non farmakologis yaitu teknik relaksasi bagi penderita untuk mengurangi tingkat kecemasan. Teknik relaksasi ini memiliki faktor-faktor untuk memungkinkan masalah dapat diubah sesuai IPPKI (2017) yakni tersedianya sumber daya keluarga baik dalam bentuk fisik, keuangan dan tenaga, sumber daya perawat dalam bentuk pengetahuan, keterampilan dan waktu, disebabkan kedua teknik ini tidak terlalu sulit untuk dilakukan dan memiliki manfaat yang lebih terlihat dibanding hanya memberikan penyuluhan mengenai cara menciptakan situasi yang kondusif.

Intervensi diatas sejalan dengan penelitian Fitria (2013) intervensi manajemen stress menggunakan penatalaksanaan secara non farmakologis dengan teknik relaksasi otot progresif sangat dianjurkan digunakan karena tidak menimbulkan efek bagi organ tubuh serta dapat dilakukan secara mandiri dimana saja, kapan saja pada tempat yang nyaman.

Intervensi selanjutnya memodifikasi lingkungan menggunakan intervensi SIKI manajemen kenyamanan lingkungan (I.08237) dengan kriteria keluarga tahu dan mampu menciptakan lingkungan rumah yang aman, nyaman dan memantau meminum obat pada remaja dirumah. Intervensi ini sesuai dengan teori Friedman (2010) keluarga mampu memodifikasi lingkungan untuk menunjang kesehatan dan pengobatan anggota keluarga yang sakit

Intervensi kelima memanfaatkan fasilitas kesehatan dan membawa anggota keluarga yang sakit ke pelayanan kesehatan. Intervensi ini sesuai dengan teori

Friedman (2010) keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan dan dapat memilih fasilitas kesehatan yang diinginkan untuk mengatasi masalah kesehatan anggota keluarga.

Intervensi pada diagnosis ketiga **Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis (D.0077)** yaitu sesuai dengan tugas perawatan keluarga yang pertama yaitu mengenal masalah kesehatan menggunakan intervensi SIKI Edukasi Manajemen Nyeri (I.12391) dengan mendiskusikan bersama keluarga tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta cara perawatan penderita HIV/AIDS dengan nyeri. Intervensi ini sesuai dengan teori Friedman (2010) mengenal masalah kesehatan anggota keluarga.

Intervensi kedua mengambil keputusan dengan menggunakan intervensi SIKI Dukungan pengambilan Keputusan (I.09265) untuk mengatasi masalah nyeri pada HIV/AIDS dan mengambil keputusan untuk merawat anggota keluarga dengan HIV/AIDS yang mengalami nyeri. Intervensi ini sesuai dengan teori Friedman (2010) mengambil keputusan untuk melakukan tindakan perawatan dengan masalah kesehatan keluarga.

Intervensi ketiga merawat anggota keluarga menggunakan intervensi SIKI Manajemen Nyeri (I.08238) dengan masalah nyeri dengan mendemonstrasikan terapi teknik relaksasi nafas dalam dengan menggunakan pengobatan non farmakologis.

Intervensi ini sesuai dengan penelitian Dalam (2020) teknik relaksasi otot progresif merupakan penatalaksanaan non farmakologis yang menjadi salah satu intervensi perawat dan manajemen nyeri. Manajemen nyeri dengan teknik relaksasi otot progresi ini dapat dilakukan oleh perawat pada pemberian asuhan keperawatan di rumah pasien.

Intervensi keempat modifikasi lingkungan menggunakan intervensi SIKI Manajemen Lingkungan (I.14514) dengan kriteria keluarga tahu dan mampu menciptakan lingkungan rumah yang aman, nyaman dan bersih untuk HIV/AIDS. Intervensi ini sesuai dengan teori Friedman (2010) keluarga mampu

memodifikasi lingkungan untuk menunjang kesehatan dan pengobatan anggota keluarga yang sakit.

Intervensi selanjutnya memanfaatkan fasilitas kesehatan sesuai dengan intervensi SIKI Pengenalan Fasilitas Kesehatan (I.14549) dan membawa anggota keluarga yang sakit ke pelayanan kesehatan. Intervensi ini sesuai dengan teori Friedman (2010) keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan dan dapat memilih fasilitas kesehatan yang diinginkan untuk mengatasi masalah kesehatan anggota keluarga.

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan berdasarkan rencana keperawatan yang telah disusun secara spesifik untuk setiap individu dan berfokus pada pencapaian hasil. Peran perawat keluarga membantu keluarga untuk menyelesaikan masalah kesehatan dengan cara meningkatkan kesanggupan keluarga melakukan fungsi dan tugas perawatankesehatan keluarga Friedman (2010) Tindakan yang dilakukan mencakup monitoring klien terhadap tanda dan perubahan atau peningkatan, perawatan langsung yang diberikan kepada klien atau tindakan kolaborasi, pendidikan kesehatan atau intruksi kepada klien tentang pengelolaan kesehatan dan merujuk klien untuk *follow-up care* (IPPKI, 2017).

Implementasi diagnosis pertama **Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan kompleksitas program pengobatan** dilakukan pada tanggal. Peran perawat membantu keluarga dalam mengenal dan memahami masalah kesehatan yang dialami keluarga remaja HIV/AIDS dengan memberikan edukasi tentang manajemen pengobatan ARV, kesehatan keluarga. Sesuai dengan TUK 1 mengenai masalah kesehatan, dengan menjelaskan dan mendiskusikan bersama keluarga tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta perawatan. Didukung oleh teori Padila (2012) peran perawat sebagai *health monitor* atau pengenal masalah untuk membantu keluarga mengenal penyimpangan kesehatan keluarga. Sekaligus melakukan TUK 2 yaitu cara pengambilan keputusan terkait masalah kesehatan yang dialami dengan mendiskusikan tindakan yang harus dilakukan jika terjadi masalah dalam

keluarga. Perawat bersama keluarga memberikan asuhan keperawatan dengan memutuskan perawatan yang akan diberikan kepada anggota keluarga yang sakit. Didukung oleh teori Padila (2012) peran perawat sebagai fasilitator untuk membantu keluarga mencari jalan pemecahan masalah keperawatan.

Implementasi **TUK 3** dengan melakukan penyuluhan mengenai manajemen Pengobatan ARV dan pencegahan HIV/AIDS. Memberikan penjelasan kepada klien dan keluarga mengenai mengenai pengobatan ARV pada penderita HIV/AIDS akan sangat tepat untuk mengatasi masalah klien, serta menjamin keterlibatan keluarga agar pengobatan ARV pencegahan HIV/AIDS pada penderita HIV/AIDS akan sangat tepat untuk mengatasi masalah klien, serta menjamin keterlibatan keluarga agar pencegahan HIV/AIDS dapat dilaksanakan dengan tepat dan tercapai tujuan yang diinginkan. Implementasi diagnosis diatas sesuai dengan penjelasan Ade Kusmadi (2018) Pendidikan pencegahan HIV AIDS di lingkungan pendidikan nonformal dan informal bertanggung jawab untuk memberikan pengetahuan tentang pencegahan dan penularan HIV AIDS kepada peserta didik. Selain itu, pendidikan pencegahan HIV AIDS juga harus mengembangkan pengetahuan keterampilan serta nilai- nilai penting yang berhubungan dengan kesehatan, pencegahan, dan penularan pencegahan HIV AIDS.

Berdasarkan teori diatas, peneliti berasumsi bahwa penerapan asuhan keperawatan keluarga dengan memberikan penyuluhan sudah sesuai dengan teori, dimana peneliti melakukan program pencegahan HIV/ADS dan implementasi yang dilakukan telah sesuai dengan intervensi yang direncanakan.

Implementasi diagnosis kedua **Ansietas berhubungan dengan krisis situasional** . Sesuai dengan **TUK 1** mengenal masalah kesehatan, dengan menjelaskan dan mendiskusikan bersama keluarga tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta bentuk-bentuk penanganan masalah ansietas pada penderita HIV/AIDS serta mendiskusikan ansietas akibat HIV/AIDS meliputi pengertian HIV/AIDS, penyebab dan gejala HIV/AIDS, faktor penyebab dan cara penularan HIV/AIDS . Peran perawat membantu keluarga dalam mengenal dan memahami masalah kesehatan yang dialami keluarga remaja HIV/AIDS dengan memberikan

edukasi tentang ansietas. Menurut teori Padila (2012) peran perawat sebagai *health monitor* atau pengenal masalah untuk membantu keluarga mengenal penyimpangan kesehatan keluarga.

**Implementasi TUK 2** dengan cara pengambilan keputusan terkait dengan masalah kesehatan yang dialami dengan mendiskusikan cara perawatan ansietas pada penderita HIV/AIDS. Perawat bersama keluarga memberikan asuhan keperawatan dengan memutuskan perawatan yang akan diberikan kepada anggota keluarga yang sakit. Menurut teori Padila (2012) peran perawat sebagai fasilitator untuk membantu keluarga mencari jalan pemecahan masalah keperawatan.

**Implementasi TUK 3** dengan mendemonstrasikan teknik relaksasi otot progresif untuk mengurangi tingkat kecemasan yang dialaminya. Untuk menghindari efek dari kecemasan ini maka diperlukan tindakan keperawatan, salah satu tindakan keperawatan yang dapat menurunkan kecemasan pasien ODHA ialah terapi relaksasi otot progresif

Data di atas sesuai dengan penelitian Pardede et al (2018) hipnotis lima jari berpengaruh terhadap perubahan tingkat kecemasan pada pasien HIV/AIDS karena relaksasi merupakan suatu kegiatan yang ditunjukkan untuk menghilangkan ketegangan tubuh dan merileksasikan tubuh maupun pikiran sehingga memberikan rasa nyaman dalam diri.

Berdasarkan teori di atas, peneliti berassumsi bahwa penerapan asuhan keperawatan keluarga remaja dengan HIV/AIDS sudah sesuai dengan teori, di mana peneliti melakukan demonstrasi teknik hipnotis lima jari untuk menurunkan tingkat kecemasan, dan implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi yang direncanakan.

Implementasi dari diagnosis ketiga **Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis** dilakukan pada tanggal Peran perawat membantu keluarga dalam mengenal dan memahami masalah kesehatan yang dialami keluarga remaja HIV/AIDS, sesuai dengan TUK 1 mengenal masalah kesehatan, dengan

menjelaskan dan mendiskusikan bersama keluarga tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta perawatan. Sekaligus melakukan TUK 2 yaitu cara pengambilan keputusan terkait masalah kesehatan yang dialami dengan mendiskusikan tindakan yang harus dilakukan jika terjadi masalah dalam keluarga.

Selanjutnyadilakukan implementasi TUK 3 yaitu dengan mendemonstrasikan terapi otot progresif (relaksasi otot dengan nafas dalam) untuk mengurangi tingkat nyeri yang dialami. Implementasi diagnosa ini didukung oleh penelitian Prihanto Dkk (2020) penggunaan teknik relaksasi otot progresif memberikan manfaat yang sama yaitu menurunkan nyeri akut atau nyeri kronis. Kelebihan dari teknik relaksasi progresif yaitu dapat memberikan manfaat sebagai penatalaksanaan manajemen nyeri yang tidak membutuhkan dana, tenaga yang besar dan dapat dilakukan secara mandiri ataupun bimbingan. Sesuai dengan penelitian Amal (2019) teknik relaksasi nafas dalam ini telah digunakan untuk mengobati ketegangan, sakit kepala, sakit kepala migrain.

Berdasarkan teori diatas, peneliti berasumsi bahwa penerapan asuhan keperawatan keluarga remaja dengan HIV/AIDS sudah sesuai dengan teori, dimana peneliti melakukan demonstrasi teknik relaksasi progresif dalam dan implementasi yang dilakukan telah sesuai dengan intervensi yang direncanakan.

Kemudian melakukan **implementasi TUK 4** yaitu cara memodifikasi lingkungan yang aman dan nyaman untuk penderita HIV/AIDS pada tanggal, dan diharapkan keluarga dapat memodifikasi lingkungan yang aman dan nyaman,dan memantau kepatuhan meminum obat An.Y di rumah. Didukung oleh penelitian Khairunniza (2020) dimana ODHA memerlukan dukungan dari keluarga untuk menghambat berbagai pengaruh negatif maupun perubahan kronis akibat HIV/AIDS, dukungan berupa lingkungan yang nyaman dan aman dapat meningkatkan kualitas hidup ODHA.

Berdasarkan teori diatas, peneliti berasumsi bahwa penerapan asuhan keperawatan keluarga remaja dengan HIV/AIDS sudah sesuai dengan teori, dimana peneliti melakukan penyuluhan lingkungan yang nyaman untuk

perawatan HIV/AIDS dan implementasi yang dilakukan telah sesuai dengan intervensi yang direncanakan.

Selanjutnya pada tanggal melakukan **implemntasi TUK 5** menjelaskan dan mendiskusikan pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi penderita HIV/AIDS agar klien dan keluarga mampu memilih fasilitas kesehatan yang tepat dan mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia dalam melakukan pemeriksaan kesehatan pada penderita HIV/AIDS dan melakukan pengobatan secara rutin. Didukung dengan penelitian Burhan (2015) pengetahuan yang baik tentang penyakit HIV/AIDS dan sikap positif terhadap pelayanan kesehatan berhubungan positif dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan untuk dukungan hidup ODHA.

Berdasarkan teori diatas, peneliti berasumsi bahwa penerapan asuhan keperawatan keluarga remaja dengan HIV/AIDS sudah sesuai dengan teori, dimana peneliti melakukan penyuluhan penggunaan fasilitas kesehatan untuk perawatan dan pengobatan HIV/AIDS, dan implementasi yang dilakukan telah sesuai dengan intervensi yang direncanakan.

Pada implementasi keperawatan keluarga An.R terdapat faktor penghambat yaitu klien tampak sulit melakukan langkah-langkah relaksasi progresif sehingga masih perlu untuk melihat catatan agar dapat melakukannya dengan baik, selain itu kadang keluarga tidak bisa mengikuti semua implementasi dikarenakan bekerja dan kewajiban lainnya hanya bisa dilakukan dengan memberikan penjelasan saat bertemu sesekali.

## **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan keluarga adalah kegiatan yang dilakukan untuk menilai keberhasilan rencana tindakan yang telah dilakukan. Apabila tidak/belum berhasil perlu disusun rencana baru yang sesuai. Semua tindakan keperawatan mungkin tidak dapat dilaksanakan dalam satu kali kunjungan kerumah keluarga. Untuk itu dapat dilaksanakan secara bertahap sesuai dengan waktu dan ketersediaan keluarga yang telah disepakati bersama (Widyanto, 2014).

Kemudian evaluasi diagnosis kedua **Pemeliharaan Kesehatan tidak efektif berhubungan dengan kompleksitas program pengobatan** setelah dilakukan tindakan keperawatan untuk **TUK 1** pada tanggal didapatkan evaluasi subjektif (S), klien dan keluarga mengatakan sudah mengerti dengan pengertian, tanda dan gejala serta penyebab dari pemeliharaan kesehatan tidak efektif terhadap HIV/AIDS yang dialami Anak A evaluasi objektif (O) klien dan keluarga tampak mengerti dan paham, serta dapat mengulangi materi yang dijelaskan dengan bahasa sendiri dan memiliki ketertarikan dengan materi yang dijelaskan. Evaluasi analisa (A) masalah mengenal manajemen kesehatan keluarga tidak efektif teratasi dan evaluasi planning (P) intervensi edukasi kesehatan manajemen kesehatan efektif dihentikan. Hasil evaluasi **TUK 1** sesuai dengan teori standar rencana evaluasi yang diharapkan menurut SLKI (2017) kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang manajemen kesehatan keluarga meningkat.

**TUK 2** yang juga dilakukan pada tanggal didapatkan evaluasi subjektif (S) Klien dan keluarga mengatakan mampu mengambil keputusan terkait perawatan yang akan dilakukan untuk masalah pemeliharaan kesehatan tidak efektif yaitu dengan melakukan tindakan yang membuat manajemen kesehatan keluarga menjadi efektif dengan manajemen pengobatan ARV. Evaluasi objektif (O) klien tampak mengerti dan mampu mengambil keputusan untuk mengatasi masalah yang dialami dengan menyetujui melakukan manajemen pengobatan ARV, Pencegahan HIV/AIDS. Evaluasi analisa (A) masalah keluarga mampu mengambil keputusan tindakan yang tepat untuk manajemen kesehatan keluarga dengan HIV/AIDS teratasi dan evaluasi planning (P) intervensi dukungan keluarga merencanakan perawatan dihentikan. Hasil evaluasi **TUK 2** sesuai dengan teori standar rencana evaluasi yang diharapkan menurut SLKI (2017) keluarga verbalisasi keinginan untuk mendukung anggota keluarga yang sakit meningkat, bekerja sama dengan anggota keluarga yang sakit dalam menentukan perawatan, bekerja sama dengan perawat menentukan perawatan.

**TUK 3** didapatkan evaluasi (S), klien dan keluarga mengatakan sudah mengerti dengan materi yang dijelaskan dan mengetahui manajemen pencegahan

HIV/AIDS untuk An.R, keluarga mengatakan lebih memantau pergaulan An.R , Evaluasi objektif (O) klien dan keluarga tampak mengerti dan mampu merawat anggota keluarga yang sakit, klien dan keluarga mampu menyebutkan kembali pentingnya pencegahan HIV/AIDS menggunakan bahasanya sendiri . Evaluasi analisa (A) masalah keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan masalah manajemen kesehatan tidak efektif dengan manajemen pencegahan HIV/AIDS teratasi dan evaluasi planning (P) intervensi dilanjutkan dengan memberi penjelasan agar An.R menerapkan manajemen pencegahan HIV/AIDS untuk manajemen kesehatan keluarga kedepannya dan mampu menerapkan manajemen kesehatan keluarga.

Hasil evaluasi TUK 3 sesuai dengan teori standar rencana evaluasi yang diharapkan menurut SLKI (2017) verbalisasi kemauan mematuhi program perawatan atau pencegahan HIV/AIDS meningkat, perilaku mengikuti program pencegahan HIV/AIDS meningkat dan perilaku menjalankan pencegahan meningkat.

Didukung dengan penelitian Novrianda Dkk (2015) adanya pemahaman atau pengetahuan keluarga tentang pencegahan ODHA dapat meningkatkan dukungan keluarga yang baik dalam pencegahan berupa sikap, tindakan dan pencegahan akan meningkatkan kualitas hidup ODHA sehingga keluarga dapat melakukan perawatan pada penderita HIV/AIDS.

Untuk evaluasi diagnosis kedua **Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080)** dilakukan tanggal didapatkan evaluasi TUK 1 yaitu subjektif (S) klien dan keluarga mengatakan sudah mengerti pengertian, tanda dan gejala serta penyebab dari ansietas yang dialami. Evaluasi objektif (O) klien dan keluarga tampak mengerti dan paham serta dapat mengulangi materi yang dijelaskan menggunakan bahasa sendiri dan memiliki ketertarikan dengan materi yang dijelaskan. Evaluasi analisa (A) masalah mengenal masalah ansietas teratasi dan evaluasi planning (P) intervensi edukasi proses penyakit dengan mengenal masalah ansietas dihentikan.

Hasil evaluasi **TUK 1** sesuai dengan teori standar rencana evaluasi yang

diharapkan menurut SLKI (2017) kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang ansietas meningkat, verbalisasi minat dan mengenal masalah ansietas dengan HIV/AIDS meningkat.

**TUK 2** didapatkan evaluasi objektif (S), klien dan keluarga mengatakan mampu mengambil keputusan untuk perawatan Anak A dengan masalah Ansietas, yaitu mampu keputusan untuk melakukan tindakan untuk mengurangi tingkat kecemasan dengan menyetujui perawatan menggunakan teknik relaksasi otot progresif. Evaluasi objektif (O) klien tampak mengerti dan mampu mengambil keputusan untuk mengatasi masalah ansietas yang dialami. Evaluasi analisa (A) masalah mengambil keputusan tindakan yang tepat untuk mengatasi ansietas teratasi dan evaluasi planning (P) intervensi dukungan pengambilan keputusan untuk perawatan ansietas dihentikan. Hasil evaluasi TUK 2 sesuai dengan teori standar rencana evaluasi yang diharapkan menurut SLKI (2017) keluarga verbalisasi keinginan untuk mendukung anggota keluarga yang sakit meningkat, bekerja sama dengan anggota keluarga yang sakit dalam menentukan perawatan, bekerja sama dengan perawat menentukan perawatan meningkat.

**TUK 3** yang dilakukan pada tanggal didapatkan evaluasi (S) klien dan keluarga mengatakan mengerti dan bisa melakukan teknik relaksasi progresif meskipun harus melihat catatan terlebih dahulu. Evaluasi objektif (O) klien bisa melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan benar dan mengikuti instuksi yang diberikan dengan baik, Klien mengatakan merasa lebih relaks setelah melakukan teknik hipnotis lima jari, Anak A dari tampak tegang dan takut menjadi lebih rileks dan tidak mengungkapkan ketakutan lagi. Evaluasi analisa (A) masalah ansietas dengan keluarga mampu melakukan perawatan untuk mengatasi ansietas teratasi dan evaluasi palnning (P) intervensi manajemen stress dilanjutkan dengan Anak A tetap melakukan teknik relaksasi otot progresif secara rutin serta diberi penjelasan mengenai pengendalian stress dan membuat kecemasan menurun.

Berdasarkan hasil evaluasi diatas sesuai dengan penelitian Pardede et al. (2018) menunjukkan bahwa ada pengaruh hipnotis lima jari terhadap kecemasan pasien HIV/AIDS yang menunjukkan bahwa hipnotis lima jari berpengaruh terhadap

perubahan tingkat kecemasan pada pasien HIV/AIDS. Setelah diberikan terapi teknik relaksasi otot progresif terjadi perubahan tingkat kecemasan dari berat ke sedang dengan teknik relaksasi otot progresif menyebabkan rileks dan memberikan ketenangan.

Hasil evaluasi **TUK 3** sesuai dengan teori standar rencana evaluasi yang diharapkan menurut SLKI (2017) verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun dan verbalisasi cemas menurun.

Evaluasi diagnosis ketiga **Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis** setelah dilakukan tindakan keperawatan untuk TUK 1 pada tanggal didapatkan evaluasi subjektif (S), klien dan keluarga mengatakan sudah mengerti dengan pengertian, tanda dan gejala serta penyebab nyeri akut dengan HIV/AIDS. Evaluasi objektif (O) klien dan keluarga tampak mengerti dan paham, serta dapat mengulangi materi nyeri yang dijelaskan menggunakan bahasa sendiri dan memiliki ketertarikan dengan materi nyeri yang dijelaskan. Evaluasi analisa (A) masalah mengenal masalah nyeri akut dengan HIV/AIDS teratasi dan evaluasi planning (P) intervensi edukasi manajemen nyeri untuk mengenal masalah kesehatan nyeri dihentikan. Hasil evaluasi **TUK 1** sesuai dengan teori standar rencana evaluasi yang diharapkan menurut SLKI (2017) kemampuan menjelaskan pengetahuan nyeri akut dengan HIV/AIDS meningkat.

**TUK 2** yang juga dilakukan pada tanggal didapatkan evaluasi subjektif (S), klien dan keluarga mengatakan mampu mengambil keputusan perawatan untuk masalah nyeri dengan menyetujui melakukan perawatan nyeri menggunakan manajemen nyeri. Evaluasi objektif (O) klien tampak dan mampu mengambil keputusan untuk melakukan perawatan nyeri. Evaluasi analisa (A) masalah keluarga mampu mengambil keputusan tindakan yang tepat untuk merawat anggota keluarga HIV/AIDS dengan nyeri teratasi, dan evaluasi planning (P) intervensi dukungan mengambil keputusan dihentikan.

Hasil evaluasi **TUK 2** sesuai dengan teori standar rencana evaluasi yang diharapkan menurut SLKI (2017) keluarga verbalisasi keinginan untuk mendukung anggota keluarga yang sakit meningkat, bekerja sama dengan

anggota keluarga yang sakit dalam menentukan perawatan, bekerja sama dengan perawat menentukan perawatan.

**TUK 3** yang dilaksanakan pada tanggal didapatkan evaluasi (S) klien dan keluarga mengatakan mengerti dan mampu melakukan teknik relaksasi progresif meskipun harus melihat catatan terlebih dahulu. Evaluasi objektif (O) klien tampak mengerti dan bisa mengikuti instruksi dengan baik dan keluarga tampak bisa merawat anggota keluarga yang sakit dengan menggunakan teknik relaksasi progresif, klien mengatakan skala nyeri menurun dari skala 5 menjadi skala 3, klien mengatakan lebih merasa tenang dan nyaman setelah melakukan relaksasi otot progresif. Evaluasi analisa (A) masalah keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan masalah nyeri menggunakan teknik relaksasi otot progresif teratasi dan evaluasi planning (P) intervensi dilanjutkan dengan menjelaskan agar An.R melakukan teknik relaksasi progresif untuk nyeri. Hasil evaluasi **TUK 3** sesuai dengan teori standar rencana evaluasi yang diharapkan menurut SLKI (2017) keluhan nyeri menurun, meringis menurun dan gelisah menurun.

Hasil evaluasi diatas sesuai dengan penelitian Dalam (2020) manajemen nyeri dengan teknik relaksasi progresif dapat berdampak terhadap meningkatnya tingkat kenyamanan dan kesembuhan pasien. Yang memberikan efek maksimal untuk mengatasi atau menurunkan nyeri.

**TUK 4** didapatkan evaluasi (S), klien dan keluarga mengatakan mengerti dan bisa melakukan modifikasi lingkungan untuk mengatasi masalah kesehatan dengan HIV/AIDS. Evaluasi objektif (O) klien dan keluarga tampak mengerti dan mampu memodifikasi lingkungan dengan melakukan penataan rumah lebih nyaman dan tenang. Evaluasi analisa (A) masalah keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang sehat teratasi dan evaluasi planning (P) intervensi manajemen lingkungan dihentikan. Hasil evaluasi **TUK 4** sesuai dengan teori standar rencana evaluasi yang diharapkan menurut SLKI (2017) pemeliharaan rumah meningkat dan kebersihan hunian meningkat.

**TUK 5** dilakukan pada tanggal didapatkan evaluasi (S) subjektif tentang fasilitas kesehatan dan manfaatnya untuk perawatan HIV/AIDS. Evaluasi objektif (O)

klien tampak mengerti dan bisa menjelaskan kembali tentang fasilitas pelayanan kesehatan yang ada untuk perawatan dan pengobatan HIV/AIDS dengan bahasa sendiri, klien mengatakan rutin melakukan pengobatan setiap bulan di Puskesmas Seberang Padang. Evaluasi analisa (A) masalah keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan tertasu dan evaluasi planning (P) intervensi pengenalan fasilitas kesehatan dihentikan. Hasil evaluasi TUK 5 sesuai dengan teori standar rencana evaluasi yang diharapkan menurut SLKI (2017) memanfaatkan kesehatan meningkat, pengawasan perawatan akan meningkat, mennetukan sumber perawatan meningkat

Evaluasi semua implementasi yang dilakukan pada tanggal didapatkan hasil evaluasi (S), klien dan keluarga mengatakan sudah mengerti dengan HIV/AIDS dan masalah kesehatan yang dialami mulai dari ansietas, manajemen kesehatan keluarga tidak efektif, dan nyeri akut. Klien dan keluarga mengatakan sudah bisa mengambil keputusan terkait masalah kesehatan yang dialami, kemudian klien dan keluarga mengatakan sudah mampu merawat anggota keluarga yang sakit sesuai dengan masalah yang dialami, klien dan keluarga juga mengatakan mampu memodifikasi lingkungan, dan klien beserta keluarga mengatakan mengerti dengan manfaat fasilitas kesehatan yang ada. Evaluasi objektif (O) klien dan keluarga tampak mampu mengulang kembali dengan baik materi yang telah dijelaskan pada pertemuan-pertemuan sebelumnya. Evaluasi analisa (A) masalah teratasi dan evaluasi planning (P) intervensi dihentikan

Berdasarkan hasil evaluasi dapat disimpulkan bahwa partisipan sudah mampu untuk mengenal masalah yang ada pada keluarga, mampu mengambil keputusan, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan pelayanan fasilitas kesehatan. Klien dan keluarga sudah mampu menerapkan demonstrasi yang telah diajarkan selamakunjungan. Serta didapatkan peningkatan kesehatan sebelum dan sesudah dilakukan implementasi. Berdasarkan hasil evaluasi peneliti beramsumsi evaluasi yang didapatkan sesuai dengan rencana evaluasi intervensi.

Setelah dilakukan evaluasi didapatkan hasil tingkat kemandirian pada partisipan

dari tingkat kemandirian kedua yaitu menerima petugas perawatan kesehatan dan menerima pelayanan keperawatan yang sesuai dengan rencana keperawatan, mengetahui dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar, memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai anjuran dan melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai anjuran. Meningkatkan menjadi tingkat mandiri ketiga yaitu menerima petugas perawatan kesehatan, menerima pelayanan keperawatan yang diberikan, mengetahui dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar, melakukan tindakan keperawatan sederhana, memanfaatkan fasilitas kesehatan secara aktif dan melaksanakan anjuran.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. KESIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian Asuhan Keperawatan Keluarga pada Remaja dengan HIV/AIDS pada keluarga Anak A di Wilayah kerja Puskesmas Seberang Padang Kota Padang, peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut;

Hasil pengkajian yang telah peneliti lakukan didapatkan kesamaan yadata kasus yang diangkat dengan teori yang sudah ada. Dimana penyebab klien terinfeksi HIV/AIDS adalah melalui hubungan seksual yaitu seks bebas. Karakteristik remaja yang mencoba segala sesuatu yang dapat menyebabkan perilaku berisiko terkena HIV/AIDS, serta faktor dari keluarga seperti tipe keluarga dan bentuk kurangnya perhatian dari orang tua. Terganggunya pola asuh orang tua pada tahap perkembangan remaja, remaja merasa kurang mendapatkan perhatian dan kasih sayang dari orang tua. Hasil pengkajian didapatkan juga klien mengeluh cemas dengan kondisinya, nyeri kepala, pusing yang merupakan gejala akibat HIV/AIDS. Klien juga jarang melakukan perkumpulan dan lebih tertutup semenjak mengetahui terdiagnosis HIV/AIDS

Diagnosis keperawatan yang muncul pada klien sesuai dengan teori diagnosa keperawatan keluarga yaitu Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Tidak Efektif, Ansietas dan Nyeri Akut.

Intervensi keperawatan yang direncanakan tergantung kepada masalah keperawatan yang ditemukan. Intervensi yang dilakukan dirumuskan berdasarkan diagnosis yang telah didapatkan dan berdasarkan 5 tugas khusus keluarga yaitu mengenal masalah, memutuskan tindakan, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan.

Implementasi mulai dilakukan pada tanggal berdasarkan intervensi keperawatan yang telah dibuat. Implementasi yang telah dilakukan dengan metode konseling, diskusi, demonstrasi dan penyuluhan. Dalam pelaksanaan ada beberapa implementasi yang digabung seperti TUK 1 mengenal masalah dan TUK 2

mengambil keputusan

Pada tahap akhir dilakukan evaluasi kepada klien dan keluarga didapatkan klien dan keluarga sudah paham mengenai tindakan keperawatan yang telah dilakukan berdasarkan catatan perkembangan. Ditemukan klien dan keluarga sudah paham bagaimana perawatan HIV/AIDS, pentingnya menjaga kesehatan, dan keluarga juga mengatakan menjadi lebih tau cara merawat anggota keluarga yang sakit.

## **B. SARAN**

### **1. Bagi Keluarga**

Diharapkan dapat menjadi tambahan informasi dan pengetahuan untuk keluarga agar dapat melakukan fungsi perawatan kesehatan dengan baik khususnya terkait masalah HIV/AIDS, mulai dari penanganan keluarga menerapkan pola asih asuh pada anak, membantu anak mengurangi ansietas dengan cara mengajak pasien untuk melakukan hal yang dia sukai, mengajak melakukan hal hal yang baru, olahraga, dan mengontrol agar klien istirahat dengan cukup. Selain dukungan ansietas keluarga juga memberikan dukungan nyeri dengan cara

### **2. Bagi Institusi Puskesmas Seberang Padang Kota Padang**

Diharapkan pemegang Program HIV/AIDS di Puskesmas Seberang Padang Kota Padang dapat memberikan dan mengembangk edukasi dan memotivasi pasien HIV/AIDS, dengan memberikan konseling untuk pencegahan stress dan kecemasan akibat HIV/AIDS dan juga dapat mengajarkan teknik relaksasi untuk menghilangkan kecemasan serta teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri yang dapat dilakukan dirumah, memberikan motivasi pada penderita HIV/AIDS untuk rutin dan meningkatkan kepatuhan pengobatan ARV, memberikan edukasi serta pemahaman efek samping pengobatan ARV dan pencegahan penularan pada keluarga, memberikan edukasi kepada keluarga untuk mendukung penderita HIV/AIDS sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup penderita HIV/AIDS, serta menjelaskan kepada keluarga tentang penyakit dan cara perawatan pada penderita HIV/AIDS dan melakukan penyuluhan pada

masyarakat agar berkurangnya stigma negatif masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS.

### 3. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan institusi pendidikan dapat meningkatkan pemahaman mahasiswa pada materi dan praktek tentang HIV/AIDS, untuk meningkatkan mutu pelayanan pendidikan yang lebih berkualitas sehingga dapat menghasilkan perawat yang profesional, terampil, inovatif dan bermutu dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien HIV/AIDS secara komprehensif berdasarkan ilmu dan kode etik keperawatan.

### 4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya lebih aktif dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga pada remaja dengan HIV/AIDS dan sebagai bahan tambahan bagi mahasiswa keperawatan untuk melakukan tindakan keperawatan pada keluarga dengan HIV/AIDS

## DAFTAR PUSTAKA

- Agustriyana, N. A. (2017). Fully Human Being Pada Remaja Sebagai Pencapaian Perkembangan Identitas. *JBKI (Jurnal Bimbingan Konseling Indonesia)*, 2(1), 9. <https://doi.org/10.26737/jbki.v2i1.244>
- Ali, M., & Asrori, M. (2012). *Psikologi Remaja: Perkembangan Peserta Didik*. Bumi Aksara.
- Dede Husnaniyah, R. & K. (2022). *Buku ajar Keperawatan Keluarga (Zakiatur Rosidah (ed.)).* Grup Penerbitan CV BUDI UTAMA. [https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=FrF-EAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=buku+ajar+keperawatan+keluarga&ots=93cNtAoYnT&sig=bGxeKsyRt\\_pM27PGLw5zakvZcmU&redir\\_esc=y#v=onepage&q=buku+ajar+keperawatan+keluarga&f=false](https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=FrF-EAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=buku+ajar+keperawatan+keluarga&ots=93cNtAoYnT&sig=bGxeKsyRt_pM27PGLw5zakvZcmU&redir_esc=y#v=onepage&q=buku+ajar+keperawatan+keluarga&f=false)
- Depertemen kesehatan. (2014). *HIV/AIDS*.
- Dewi, K. S., & Widayanti, C. G. (2011). Gambaran Makna Keluarga Ditinjau Dari Status Dalam Keluarga, Usia, Tingkat Pendidikan, Dan Jenis Pekerjaan (Studi Pendahuluan). *Jurnal Psikologi Undip*, 10(2), 163–172.
- Erna Setyaningrum. (2014). *Pelayanan Keluarga Berencana & Kesehatan Reproduksi*. Trans Info Media.
- Friedman, Marilyn M., and V. R. B. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*.
- Jannah, M. (2018). Konsep Keluarga Idaman Dan Islami. *Gender Equality: International Journal of Child and Gender Studies*, 4(2), 87. <https://doi.org/10.22373/equality.v4i2.4538>
- Kemenkes RI. (2015). *Infeksi HIV/AIDS Pada Remaja*.
- Kemenkes RI. (2020). Infodatin HIV AIDS. *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*, 1–8. <https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin-2020-HIV.pdf>
- Marliani, R. (2016). *Psikologi Perkembangan Anak & Remaja*. Pustaka Setia.
- Mulyani, E., Handajani, D. O., & Safriana, R. E. (2020). *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Wanita*. Literasi Nusantara.
- Najmah. (2016). *Epidemiologi Penyakit Menular*. Trans Info Media.
- Nana Noviana, S. S. M. K. (2016). *Konsep HIV/ AIDS Seksualitas & Kesehatan Reproduksi*. CV. Trans Info Media.

- Nurhandayani, F. (2022). Optimalisasi Fungsi Keluarga Dalam Pencegahan Fenomena Kehamilan Yang Tidak Diinginkan Pada Remaja. *Comm-Edu (Community Education Journal)*, 5(1), 9. <https://doi.org/10.22460/comm-edu.v5i1.10550>
- Nursalam, K. (2011). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*. salemba medika.
- Nurwati, N., & Rusyidi, B. (2019). Pengetahuan Remaja Terhadap Hiv-Aid. *Prosiding Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat*, 5(3), 288. <https://doi.org/10.24198/jppm.v5i3.20607>
- Padila. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Nuhamerika.
- PATIMAH, I. S. F. (2020). Transformasi Bentuk dan Fungsi Keluarga di Desa Mekarwangi. *SosioGlobal : Jurnal Pemikiran Dan Penelitian Sosiologi*, 4(1), 12. <https://doi.org/10.24198/jsg.v4i1.23405>
- Pieter, H. Z., & Lubis, N. L. (2017). *Pengantar Psikologi dalam Keperawatan*. PT Karisma Putra Utama.
- Price sylvia A, W. L. (2012). *Konsep Klinis Proses-proses Penyakit*. Penerbit buku kedokteran EGC.
- wahyu saefudin. (2019). *Mengembalikan Fungsi Keluarga*. ide Publishing.
- Wiratri, A. (2018). Menilik Ulang Arti Keluarga Pada Masyarakat Indonesia ( *Revisiting the Concept of Family in Indonesian Society* ). 13(1), 15–26

## DOKUMENTASI

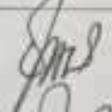
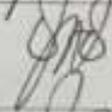
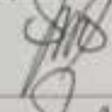
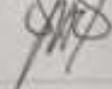
No	Hari/Tanggal	Dokumentasi	Keterangan
1.	29 Maret 2023		Informed Consent, pengkajian dan pemeriksaan fisik
2.	30 Maret 2023		Pengkajian Lanjutan
3.	31 Maret 2023		Analisa data dan menetapkan masalah prioritas utama keluarga
4.	1 April 2023		Merumuskan diagnosa keperawatan
5.	2 April 2023		Imlementasi diagnosa 1 Pada TUK 1 dan 2

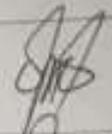
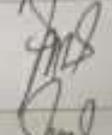
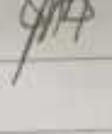
6.	3 April 2023		TUK 3 : Manajemen pengobatan ARV dan pencegahan HIV/AIDS
7.	5 April 2023		TUK 1 dan 2 tentang ansietas
8.	7 April 2023		TUK 3 yaitu mendemonstrasikan teknik relaksasi otot progresif untuk mengurangi tingkat kecemasan
9.	9 April 2023		TUK 1 dan 2 tentang nyeri akut
10.	10 April 2023		TUK 3 mendemonstrasikan tentang terapi otot progresif

11.	11 April 2023		TUK 4 dan TUK 5 mendiskusikan tentang pemeliharaan lingkungan dan dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan
12.	12 April 2023		Evaluasi

**LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH**  
**PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN**  
**POLTEKKES KEMENKES RI PADANG**

Nama : Vatriya Cherya Putri Sahernan  
 NIM : 205110158  
 Pembimbing I : Tauman, M.Kep. Sp.Kom  
 Judul : Audit Keperawatan Keluarga pada Remaja dengan HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang Kota Padang

No	Tanggal	Kegiatan atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	02 Desember 2022	ACC judul	
2	11 Desember 2022	Memeriksa BAB 1	
3	15 Desember 2022	Memeriksa, perbaikan BAB 1 dan 2	
4	20 Desember 2022	Memeriksa BAB 1 & 2	
5	18 Desember 2022	Memeriksa BAB 1 & 2, BAB 3 dan BAB 4	
6	28 Desember 2022	ACC seluruh proposal	

7	14 Mei 2022	Perencanaan RUMAH SAKIT	
8	15 Mei 2022	1. Ketersediaan anggaran pendidikan dan kesehatan	
9	17 Mei 2022	ACC Sidang Sidang + PPT	
10			
11			
12			
13			
14			

Catatan :

1. Lembar konsul harus dibawa setiap kali konsultasi
2. Lembar konsultasi diserahkan ke panitia sidang sebagai salah syarat pendaftaran sidang

Mengotahui  
Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang



Ny. Yessi Fadriyanti, S.Kep., M.Kep.  
NIP. 197501211996032005

**LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH  
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN  
POLTEKES KEMENKES RI PADANG**

Nama : Vaniya Cherya Putri Saterman  
 NIM : 203110158  
 Pembimbing 1 : Ns. Laila Fildanda Azri, M. Kep  
 Judul : Asuhan Keperawatan Keluarga pada Remaja dengan HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Sebung Padang.

No	Tanggal	Kegiatan atau saran Pembimbing	Tanda Tangan
1.	08-11-2022	ACC Judul	
2.	11-11-2022	Pembahasan BAB I	
3.	20-12-2022	Revisi Bab I dan II, menambahkan referensi buku	
4.	25-12-2022	Revisi BAB I dan II, menambahkan referensi	
5.	28-11-2022	ACC Bab I dan II	
6.	04-01-2023	ACC Bab III dan IV	
7.	09-01-2023	Revisi Bab III dan IV, menambahkan referensi	
8.	12-01-2023	Revisi Bab III dan IV, menambahkan referensi	
9.	15-01-2023	Revisi Bab III dan IV, menambahkan referensi	
10.	19-01-2023	Revisi Bab III dan IV, menambahkan referensi	
11.	23-01-2023	Revisi Bab III dan IV, menambahkan referensi	
12.	25-01-2023	ACC Bab III dan IV	
13.			
14.			

**Catatan :**

- Lembar konsil harus dibawa setiap kali konsultasi
- Lembar konsultasi diserahkan ke panitia sebagai utang silang oleh syarat penulafaran silang

Mengetahui  
Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang



Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep., M.Kep.  
NIP. 197501211999032005

PERSETUJUAN (INFORMED CONSENT)  
PELAYANAN KEPERAWATAN KELUARGA DI RUMAH

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Klien : An. A  
 Nama : -  
 Tempat, Tanggal Lahir : Padang.  
 No. Telephon : 085160245231  
 Penanggung Jawab (Keluarga)  
 Nama : M. Y. P  
 Alamat : -  
 No. Telephon : -  
 Hubungan dengan klien : Ibu.

Setelah mendapatkan penjelasan tentang pelayanan keperawatan keluarga dirumah, yang memuat tentang HAK dan KEWAJIBAN KLIEN, menyatakan setuju/tidak setuju menerima pelayanan perawatan diri oleh tim pelayanan keperawatan keluarga di rumah (oreet salah satu)

**HAK KLIEN:**

1. Bkut menentukan rencana pelayanan keperawatan keluarga dirumah
2. Menerima pelayanan yang sesuai dengan norma yang berlaku berdasarkan kode etik, norma, agama, dan social tanpa deskriminasi, berdasarkan ras, warna kulit, agama, jenis kelamin, usia atau asal usul kebangsaan.
3. Mengemukakan keberatan tentang tindakan setelah menerima penjelasan yang lengkap, kecuali tindakan kegawat darurat.
4. Mengemukakan keberatan terhadap individu, petugas yang melayani, dan dapat mengosufkan petugas pengganti.

5. Memperoleh informasi yang berkaitan dengan setiap perubahan pelayanan, termasuk perubahan tarif pelayanan.
6. Memperoleh perlindungan, hukum atas tindakan yang menyimpang dari standart prosedur.

#### **KEWAJIBAN KLIEN/KELUARGA**

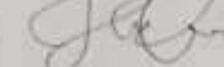
1. Bekerja sama dan membantu petugas untuk mendukung tercapainya tujuan pelayanan keperawatan keluarga di rumah.
2. Menatuhi rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat berdasarkan kesepakatan bersama petugas.
3. Membayar pelayanan yang diterima sesuai dengan tarif yang berlaku.
4. Memperlakukan petugas sesuai dengan norma yang berlaku berdasarkan etika, norma, agama, dan social tanpa deskriminasi, berdasarkan ras, warna kulit, agama, jenis kelamin, usia atau asal usul kebangsaan.

Saya memahami bahwa persetujuan ini dibuat sebagai upaya meningkatkan rasa aman dalam menerima pelayanan sesuai standar dan memastikan bahwa pelayanan sesuai dengan peraturan yang ditetapkan. Saya percaya bahwa petugas pelayanan keperawatan keluarga di rumah akan menjaga hak-hak saya dan kerahasiaan pribadi saya sebagai klien, sesuai dengan peraturan yang ditetapkan dan hak-hak yang berkenaan dengan kepribadian saya.

KLIEN

()

PENANGGUNG JAWAB

()

PERAWAT

(  
Nurhayati Chayni)



KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG



No. / PP.01.01/010/2022  
Lamp. / 4  
Tgl. / 28 Oktober 2022

Kepada Yth.  
Kepala Dinas Promosi, Medikol dan Pelayanan Terpadu Satu Pita Kota Padang  
Di  
Tempat

Dengan hormat,

Selubungan dengan dilaksanakan Program Pengabdian Masyarakat (PkM) / Layanan Sosial Komunitas (LSK) Mahasiswa Program Studi D III Keperawatan Padang tahun Akademik 2022/2023, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan Survey Data di rumah yang dapat memberikan informasi kesehatan Terpadu.

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerahmatan Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

  
Kepala Dinas Promosi, Medikol dan Pelayanan Terpadu Satu Pita Kota Padang



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI**  
**DEKRETORAT JENDERAL TIYAGA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN PADANG**



Jl. Hutan Kelapa Raya No. 100, Padang, Sumatera Barat 25139  
 Telp. (075) 741 111, Faks. (075) 741 112, Email: pkn@pkn.go.id  
 Website: www.pkn.go.id

Lampiran  
 Nomor: 00/01/01/2022  
 Tanggal: 29 Oktober 2022

**NAMA-NAMA MAHASISWA YANG MELAKUKAN SURVEY DATA PUSKEMAS**

NO	NAMA	NOMOR	JUDUL PROPOSAL KTI
1	Ardia Kalliana Herya	202110101	Analisis kepatuhan keaharisan dan sanitasi dengan Asesmen di Puskesmas
2	Haniqul Ahsyoni	202110102	Analisis kepatuhan keaharisan dan sanitasi dengan Asesmen di Puskesmas Kelurahan Padang
3	Yusuf Ananda Putri	202110103	Analisis kepatuhan keaharisan dan sanitasi dengan Asesmen di Puskesmas
4	Yusuf Chandra Putri	202110104	Analisis kepatuhan keaharisan dan sanitasi dengan Asesmen di Puskesmas





DINAS KESEHATAN SURABAYA  
 SISTEMAS PEGANG PELAYANAN KESEHATAN  
 No. CC 1646

A. IDENTITAS WALIA KEHATUNGAN - KASIH

Nama: Wahid Wahid Fatah Subhan No. KK: 00000000000000000000  
 Jenis Kelamin: Pria  
 Nama: Wahid Wahid No. KK: 00000000000000000000  
 Tanggal Masuk: 02/11/2019 Nomor Ruang: 00000000000000000000

B. NOTA PERHITUNGAN

No.	Keterangan / Deskripsi Tindakan Medis	Poin KIR/IKD	Jenis Tarif		Sat. Rinc.
			Rawat	Perawatan	
	Insulin (100 mg)				75.000
	Keperawatan Hiliris				
	Keperawatan				
	Jumlah yang Dibayar				75.000

terbilang: Tujuh puluh lima ribu rupiah

C. LEGALISASI PEMBAYARAN

Yang Menyetujui  
 Bendahara Pemegang

Yang Menyetujui  
 WALIA KEHATUNGAN



Perwoko No. 58 Th. 2019



KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG



Jl. Sisinga Padang 35111 (MAGALU TOL) 20131 (PADANG) 20131 (PADANG) 20131 (PADANG) 20131 (PADANG) 20131 (PADANG)  
Jurusan Keperawatan (2052) 2021040, Prodi Keperawatan Jarak (2052) 20440, Jurusan Kesehatan Lingkungan (2052) 2021041, Jurusan  
Jurusan Gizi (2052) 2021042, Jurusan Kebidanan (2052) 445101, Prodi Bidan Kebidanan Bidiklat (2052) 42470,  
Jurusan Keperawatan Gigi (2052) 20405-21070, Jurusan Prostetik Keperawatan  
Website : <http://www.poltekkes.kemkes.go.id>

Nomor : PP.03.01/ 0 296 / 2023  
Perihal : Izin Penelitian

11 Januari 2023

Yth Kepala Puskesmas Seberang Kota Padang  
Di

Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan telah dilaksanakannya Ujian Seminar Proposal Karya Tulis Ilmiah / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D 3 Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan *Penelitian* di institusi yang Bapak/Ibu Pimpinan a.n :

NO	N A M A / NIM	JUDUL KTI
1	Vatrisya Cherya Putri Saherman / 203110158	Asuhan Keperawatan Keluarga pada Remaja dengan HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang Tahun 2023

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.

Widie I,  
  
Dr. Guswadi, STP, MPH  
NIP-197105301994031001

DINAS KESEHATAN BLUD PUSKESMAS SEBERANG PADANG	SURAT KETETAPAN RESTRIBUSI DAERAH (SKRD) PELAYANAN KESEHATAN (YANKES)	No. 000004
		<small>Lembar 1. Pasien, Lembar 2. Surat Perintah Lembar 3. Rekap</small>

**A. IDENTITAS WAJIB RESTRIBUSI / PASIEN**

Nama : <i>Wahyuni Chery</i>		No. MR
Jenis Kelamin	<i>P</i>	
Umur/tgl lahir	<i>2016</i>	
Alamat	<i>Kp. Zuhri</i>	Instansi / Ruang
Tanggal Masuk	<i>23/1/13</i>	Kelas
Tanggal Keluar		

**B. NOTA PERHITUNGAN**

No.	Pemeriksaan / Perawatan Tindakan Medis	Frek- wensi	Jasa (Rp)		Tarif (Rp)
			Sarana	Pelayanan	
	<i>Revisi Rawat Inap</i>				<i>1.000.000</i>
	Jumlah yang dibayar				<i>1.000.000</i>

Tertibang \_\_\_\_\_

**C. LEGALISASI PEMBAYARAN**

Yang Menyetujui Bendahara Pencairan	Padang <i>23/1/13</i> Yang Menyetujui WAJIB RESTRIBUSI KEMUKAJASA
--	---



PEMERINTAHAN KOTA PADANG  
DINAS KESEHATAN  
**PUSKESMAS SEBERANG PADANG**

Jalan Seberang Padang Utara I, Telokpadang120602  
Email: puskesmasseberangpadang19@gmail.com Laman: puskesmasseberangpadang.go.id

**SURAT KETERANGAN**

Nomor : 01 / PKM-SP/2023

Yang bertanda tangan di bawah Kepala Puskesmas Seberang Padang dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Vatriya Cherya Putri Baherman  
NIM : 203110158  
Pendidikan : DIII - Keperawatan  
Tempat Penelitian : Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang  
Waktu Penelitian : November 2022 - Mei 2023

Telah melakukan penelitian di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang dengan judul :

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA REMAJA DENGAN HIV/AIDS  
DIWILAYAH KERJA PUSKESMAS SEBERANG PADANG KOTA PADANG.**

Demikianlah surat keterangan ini kami berikan sebagai bukti-bukti atas penelitian mahasiswa yang bersangkutan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Padang, 23 Mei 2023  
Kepala Tata Usaha

Novita Anggraini, SKM  
Penata / III c  
NIP. 19801114 201101 2 007

