

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.R DENGAN HIV/AIDS
DI RUANG RAWAT INAP AMBUN SURI LANTAI III
RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI
TAHUN 2018**

LAPORAN STUDI KASUS

*Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan Program Studi DIII
Keperawatan STIKes Perintis Sumatera Barat*



OLEH :

FERDY SAPUTRA
NIM : 1514401005

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PERINTIS PADANG
TAHUN 2018**

**KARYA TULIS ILMIAH
LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.R DENGAN HIV/AIDS
DI RUANG RAWAT INAP AMBUN SURI LANTAI III
RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI
TAHUN 2018**



OLEH :

FERDY SAPUTRA
NIM : 1514401005

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PERINTIS PADANG
TAHUN 2018**

**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang
Program Studi DIII Keperawatan
Karya Tulis Ilmiah, Laporan Studi Kasus Juli 2018**

**FERDY SAPUTRA
1514401005**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. R DENGAN HIV AIDS DIRUANGAN
INTERNE AMBUN SURI LANTAI III RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR
BUKITTINGGI TAHUN 2018**

V BAB + 84 Halaman + 15 Tabel + 1 Gambar + 2 Lampiran

ABSTRAK

HIV adalah virus penyebab Acquired Immuno Defisiensi Syndrom (AIDS). Virus ini memiliki kemampuan untuk mentransfer informasi genetic, mereka dari RNA ke DNA dengan menggunakan enzim yang disebut Reverse Transcriptase, yang merupakan kebalikan dari proses transkripsi dari RNA & DNA dan transflasi dari RNA ke protein pada umumnya. Penyebabnya adalah golongan virus retro yang disebut human immunodeficiency virus (HIV). HIV dapat menyerang semua golongan umur, termasuk bayi, pria maupun wanita. Yang termasuk kelompok resiko tinggi adalah lelaki homoseksual atau biseks, bayi dari ibu/bapak terinfeksi HIV, orang yang ketagian obat intravena, partner seks dari penderita AIDS, penerima darah atau produk darah (transfusi). Tujuan dari penulisan karya tulis ilmiah ini adalah mampu melakukan Asuhan Keperawatan dengan pasien HIV serta mendapatkan pengalaman nyata diruang ambun suri lantai 3 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018. Penyusunan karya tulis ini menggunakan metode pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi. Setelah melakukan pengkajian selama 3 hari dari tanggal 06-08 Juni 2018 ditemukan 3 diagnosa keperawatan pada Tn. R dengan HIV yaitu ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan nafsu makan masalah belum teratasi karena tujuan yang diharapkan belum tercapai, nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik masalah belum teratasi karena tujuan yang diharapkan belum tercapai, intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan kekuatan otot masalah belum teratasi karena tujuan yang diharapkan belum tercapai.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, HIV, Ketidakseimbangan nutrisi, Nyeri akut, Intoleransi aktivitas.
Daftar Bacaan : 11 (2007-2017)

*School Of Health Science, Perintis Fndation, West Sumatra
Diploma Of Nursing
Scientific Papers, July 2018*

**FERDY SAPUTRA
1514401005**

***NURSING CARE IN TN. R WITH HIV AIDS INTERNATIONAL DIRUANGAN
AMBUN HEAVEN FLOOR 3 RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI
2018***

V Chapter + 84 Page + 15 Table + 1 Image + 2 Attachments

ABSTRACT

HIV is the virus that causes Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS). These viruses have the ability to transfer their genetic information from RNA to DNA using an enzyme called Reverse Transcriptase, which is the reverse of the transcriptional process of RNA & DNA and transflation of RNA to proteins in general. The cause is a group of retro viruses called human immunodeficiency virus (HIV). HIV can affect all age groups, including infants, men and women. Including high-risk groups are homosexual or bisexual men, infants of HIV-infected mothers / fathers, people who are receiving intravenous drugs, AIDS partners of AIDS, blood recipients or blood products (transfusions). The purpose of writing scientific papers is to be able to do Nursing Care with HIV patients and get real experience in room 3rd floor ambudy RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Year 2018. The preparation of this paper using the method of physical examination and documentation study.

After 3 days review from 06-08 June 2018 found 3 nursing diagnoses on Tn. R with HIV ie nutritional imbalance is less than body needs related to decreased appetite the problem has not been resolved because the expected goal has not been achieved, acute pain associated with physical injury agent the problem has not been resolved because the expected goal has not been achieved, activity intolerance associated with decreased muscle strength problem not resolved because the expected goal has not been achieved.

***Keywords : Nursing Care, HIV, Nutrition Imbalance, Acute Pain,
Activity Intolerance.***

References : 11 (2007-2017)

LEMBARAN PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa : FERDY SAPUTRA

NIM : 1514401005

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Tn. R Dengan HIV AIDS Di Ruang Interne Ambun Suri Lantai 3 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 19 Juli 2018

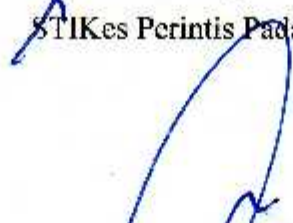
Pembimbing,



Ns. Yuli Permata Sari, M. Kep
NIK. 1440122078614104

Mengetahui,

Ka Prodi D III Keperawatan
STIKes Perintis Padang



Ns. Endra Amalia, S. Kep, M. Kep
NIK. 1420123106993012

LEMBARAN PENGESAHAN

Nama Mahasiswa : FERDY SAPUTRA

NIM : 1514401005

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Tn. R Dengan HIV AIDS Di Ruang Interne Ambun Suri Lantai 3 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

Karya Tulis Ilmiah ini telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus dan diterima sebagai bagian persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 19 Juli 2018

Dosen Penguji

Penguji I,



Ns. Ida Suryati, M. Kep
NIK. 1420130047501027

Penguji II,



Ns. Yuli Permata Sari, M. Kep
NIK. 1440122078614104

KATA PENGANTAR



Asalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatu.

Segala puji syukur kepada Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunianya yang telah dilimpahkan sebagai sumber kekuatan hati dan peneguhan iman dan atas izin – Nya penulis dapat menyelesaikan Laporan Ujian Hasil Pengamatan Kasus dan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “**Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn. R Dengan HIV / AIDS Di Ruang Rawat Inap Interne Ambun Suri lantai III RSUD DR. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018** “ Tanpa nikmat sehat yang diberikan oleh - Nya sekiranya penulis tidak akan mampu menyelesaikan Laporan Ujian Hasil Pengamatan Kasus, Ini merupakan salah satu syarat untuk mencapai gelar Amd. Kep dan menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan di STIKes Perintis Padang tahun 2018.

Sholawat berangkaian salam juga selalu tercurahkan kepada Junjungan Nabi Muhammmad SAW, semoga atas izin Allah SWT penulis dan teman – teman seperjuangan semua mendapatkan syafaatnya nanti, Amin Amin Amin Yarabbal Aalamin.

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini terselesaikan berkat dukungan, dorongan motifasi, bimbingan, nasehat dan semangat dari orang terdekat dan orang yang berada disekitar penulis, sehingga penulis mampu menyelesaikannya. Tidak sedikit kesulitan dan hambatan yang penulis alami. Oleh karena itu penulis

mengucapkan banyak terimakasih terutama kepada yth. Ibuk Ns.Yuli Permata Sari,M.Kep dan Ibuk Ns.Yenita Roza,S.Kep Kepala Ruangan Rawat Inap Interne RSUD DR. Achmad Mochtar Bukittinggi Sumatera Barat selaku pemimbing yang telah meluangkan waktunya dengan penuh perhatian memberi arahan, petunjuk dan bimbingan sehingga Karya tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan. Selanjutnya penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar –besarnya kepada pihak-pihak yang telah banyak membantu dan membimbing terutama sekali kepada :

- a. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp, M.Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Padang.
- b. IbuNs. Endra Amalia, S.Kep, M.Kep selaku Kepala Prodi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.
- c. Kepada Direktur RSUD DR. Achmad Mochtar Bukittinggi yang telah memberikan izin untuk melakukan studi kasus ini, beserta staf yang memberi izin dalam pengambilan data yang penulis butuhkan.
- d. Bapak / Ibuk dosen pengajar D III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang.
- e. Bapak / Ibu dosen serta seluruh Staf STIKes Perintis Padang Kampus II Bukittinggi yang telah banyak memberikan ilmu, kritik dan saran selama mengikuti pendidikan, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
- f. Kepada mamaku dan kakakku tercinta yang telah memberikan kasih sayang, nasehat, do'a serta dukungan baik moril maupun materil sehingga penulis bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.

- g. Rekan-rekan D III Keperawatan 2015 yang telah memberikan semangat dan kontribusi selama 3 tahun, baik langsung maupun tidak langsung dalam pendidikan & penulisan Karya Tulis ilmiah ini.

Mudah-mudahan Tuhan Yang Maha Esa selalu melimpahkan rahmat dan karunanya kepada semua pihak yang telah membantu dan dihitung sebagai amal ibadah disisi-Nya.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran agar tersempurnanya Karya Tulis Ilmiah ini. Penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini bisa bermanfaat bagi penulis khususnya dan bagi pembaca pada umumnya yang berhubungan dengan HIV AIDS.

Bukittinggi, 24 Juni 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR TABEL	xi
BAB I PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Tujuan	3
1.2.1. Tujuan Umum	4
1.2.2. Tujuan Khusus	4
1.3. Manfaat	4
1.3.1. Bagi Mahasiswa	5
1.3.2. Bagi Institusi	5
1.3.3. Rumah Sukit	5
BAB II TINJAUAN TEORITIS	
2.1. Konsep Dasar	6
2.1.1. Pengertian	6
2.2. Konsep Anatomi dan Fisiologi	7
2.3. Etiologi	10
2.4. Manifestasi Klinis	11
2.5. Patofisiologi	13
2.6. Pemeriksaan Penunjang	17

2.7. Penatalaksanaan	20
2.7.1. Keperawatan	20
2.7.2. Medis	22
2.8. Komplikasi	28
2.9. Asuhan Keperawatan	30
2.9.1. Pengkajian	30
2.9.2. Kemungkinan Diagnosa Ynag Muncul	32
2.9.3. Rencana Asuhan Keperawatn Medis	33
2.9.4. Implementasi	37
2.9.5. Evaluasi	37
 BAB III TINJAUAN KASUS	
3.1. Pengkajian	38
3.1.1. Identitas Klien	38
3.1.2. Alasan Masuk	39
3.1.3. Riwayat Kesehatan	39
3.1.4. Pemeriksaan Fisik	41
3.1.5. Data Penunjang	47
3.1.6. Data Pengobatan	52
3.1.7. Data Fokus	62
3.2. Diagnosa Keperawatan	61
3.3. Intervensi	62
3.4. Implementasi dan Evaluasi	64
 BAB IV PEMBAHASAN	
4.1. Pengakjian	72

4.2. Diagonsa Keperawatan	75
4.3. Intervensi	76
4.4. Implementasi	78
4.5. Evaluasi	80
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1. Kesimpulan	82
5.2. Saran	84
DAFTAR PUSTAKA	85

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 : Sitim Imun	7
-------------------------------	---

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 : Rencana Asuhan Keperawatan	36
Tabel 3.1 : Pemeriksaan Persarafan.....	45
Tabel 3.2 : Aktifitas sehari.....	47
Tabel 3.3 : Pemeriksaan Labor 1	47
Tabel 3.4 : Pemeriksaan Labor 2	48
Tabel 3.5 : Pemeriksaan Labor 3	48
Tabel 3.6 : Pemeriksaan Labor 4	48
Tabel 3.7 : Pemeriksaan Labor 5	49
Tabel 3.8 : Pemeriksaan Labor 6	50
Tabel 3.9 : Pemeriksaan Labor 7	51
Tabel 3.10 : Data Pengobatan	56
Tabel 3.11 : Data Fokus	59
Tabel 3.12 : Analisa Data	61
Tabel 3.13 : Intervensi	63
Tabel 3.14 : Implementasi dan Evaluasi	71

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

HIV (Human Immunodeficiency virus) adalah jenis virus yang dapat menurunkan kekebalan tubuh (BKKBN, 2007). Menurut Depkes RI (2008) menyatakan bahwa HIV adalah sejenis retrovirus-RNA yang menerang sistem kekebalan tubuh manusia. AIDS adalah singkatan dari Acquired Immunodeficiency Syndrome suatu kumpulan gejala penyakit yang didapat akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh yang disebabkan oleh virus HIV. HIV/AIDS adalah suatu kumpulan kondisi klinis tertentu yang merupakan hasil akhir dari infeksi oleh HIV (Sylvia & Wilson, 2009).

Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) adalah sekumpulan gejala dan infeksi atau sindrom yang timbul karena rusaknya sistem kekebalan tubuh manusia akibat infeksi virus HIV. Virusnya Human Immunodeficiency Virus HIV yaitu virus yang memperlemah kekebalan pada tubuh manusia. Orang yang terkena virus ini akan menjadi rentan terhadap infeksi oportunistik ataupun mudah terkena tumor. Meskipun penanganan yang telah ada dapat memperlambat laju perkembangan virus, namun penyakit ini belum benar-benar bisa disembuhkan.

Penyebab penyakit AIDS adalah virus HIV dan saat ini telah diketahui dua tipe yaitu tipe HIV-1 dan HIV-2. Infeksi yang terjadi sebagian besar disebabkan oleh HIV-1, sedangkan HIV-2 banyak terdapat di Afrika Barat. Gambaran klinis dari HIV-1 dan HIV-2 relatif sama, hanya infeksi oleh HIV-1 jauh lebih mudah ditularkan dan masa inkubasi sejak mulai infeksi sampai timbulnya penyakit lebih pendek (Martono, 2009).

HIV umumnya ditularkan melalui kontak langsung antara lapisan kulit dalam (membran mukosa) atau aliran darah, dengan cairan tubuh yang mengandung HIV, seperti darah, air mani, cairan vagina, cairan preseminal, dan air susu ibu. Penularan dapat terjadi melalui hubungan intim (vaginal, anal, ataupun oral), transfusi darah, jarum suntik yang terkontaminasi, antara ibu dan bayi selama kehamilan, bersalin, atau menyusui, serta bentuk kontak lainnya dengan cairan-cairan tubuh tersebut.

Menurut Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAD, 2007) komplikasi yang terjadi pada pasien HIV/AIDS adalah sebagai berikut : Kandidiasis bronkus, trakea, atau paru-paru, Kandidiasis esophagus, Kriptokokosis ekstra paru, Kriptosporidiosis intestinal kronis (>1 bulan), Renitis CMV (gangguan penglihatan), Herpes simplek, ulkus kronik (> 1 bulan), Mycobacterium tuberculosis di paru atau ekstra paru, Ensefalitis toxoplasma.

Penyakit AIDS ini telah menyebar ke berbagai negara di dunia. Bahkan menurut UNAIDS dan WHO memperkirakan bahwa AIDS telah membunuh lebih dari 25 juta jiwa sejak pertama kali diakui tahun 1981, dan ini membuat AIDS sebagai salah satu epidemik paling menghancurkan pada sejarah. Meskipun baru saja, akses perawatan antiretrovirus bertambah baik di banyak region di dunia, epidemik AIDS diklaim bahwa diperkirakan 2,8 juta (antara 2,4 dan 3,3 juta) hidup pada tahun 2005 dan lebih dari setengah juta (570.000) merupakan anak-anak. Secara global, antara 33,4 dan 46 juta orang kini hidup dengan HIV. Pada tahun 2005, antara 3,4 dan 6,2 juta orang terinfeksi dan antara 2,4 dan 3,3 juta orang dengan AIDS meninggal dunia, peningkatan dari 2003 dan jumlah terbesar sejak tahun 1981. (Nasronudin, 2013)

Di Indonesia menurut laporan kasus kumulatif HIV/AIDS sampai dengan 31 Desember 2014 yang dikeluarkan oleh Ditjen PP & PL, Kemenkes RI tanggal 29 Februari 2015 menunjukkan jumlah kasus AIDS sudah menembus angka 100.000. Jumlah kasus yang sudah dilaporkan 106.758 yang terdiri atas 76.979 HIV dan 29.879 AIDS dengan 5.430 kematian. Angka ini tidak mengherankan karena di awal tahun 2000-an kalangan ahli epidemiologi sudah membuat estimasi kasus HIV/AIDS di Indonesia yaitu berkisar antara 80.000 – 130.000. Dan sekarang Indonesia menjadi negara peringkat ketiga, setelah Cina dan India, yang percepatan kasus HIV/AIDS-nya tertinggi di Asia.(Depkes, 2011).

Di Sumatera Barat, tahun 2017 tercatat penderita HIV/AIDS yang sudah terdaftar karena sudah sadar dan berobat sebanyak 1.935 orang. Mayoritas mereka anak muda, mahasiswa, pegawai, karyawan perusahaan, bahkan dosen (Efrida aziz, 2017).

Pada ruangan interne RSUD DR.Achmad Mochtar Bukittinggi data yang didapatkan dari rekam medis tercatat penderita HIV AIDS sebanyak 26 orang dari bulan Januari 2018 sampai dengan juni 2018 (Rekam medis, 2018)

Berdasarkan fenomena dan data yang diatas maka penulis tertarik untuk membahas tentang “ Asuhan Keperawatan Pada Tn.R dengan HIV AIDS diruangan Interne ambun suri lantai III RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018”.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melakukan asuhan keperawatan pada Tn.R dengan HIV AIDS di Ruangan Interne Rumah Sakit DR.Achmad Mochtar Bukittinggi.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mampu memahami konsep tentang penyakit HIV AIDS pada Tn.R di Ruangan Interne Rumah Sakit DR.Achmad Mochtar Bukittinggi.
2. Mampu melakukan pengkajian pada Tn.R dengan HIV AIDS di ruangan Interne Rumah Sakit DR.Achmad Mochtar Bukittinggi.
3. Mampu menentukan diagnosa keperawatan pada Tn.R dengan HIV AIDS di ruangan Interne Rumah Sakit DR.Achmad Mochtar Bukittinggi.
4. Mampu merencanakan tindakan keperawatan pada Tn.R dengan HIV AIDS di ruangan Interne Rumah Sakit DR.Achmad Mochtar Bukittinggi.
5. Mampu melakukan tindakan keperawatan pada Tn.R dengan HIV AIDS di ruangan Interne Rumah Sakit DR.Achmad Mochtar Bukittinggi.
6. Mampu melakukan evaluasi pada Tn.R dengan HIV AIDS di ruangan Interne Rumah Sakit DR.Achmad Mochtar Bukittinggi.

1.3 Manfaat

1.3.1 Bagi Mahasiswa

Memberikan pengetahuan dan memperkaya pengalaman bagi penulis dalam memberikan dan menyusun asuhan keperawatan pada klien dengan HIV AIDS dan sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan program studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Perintis Padang.

1.3.2 Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai masukan bagi institusi pendidikan dalam proses belajar mengajar, khususnya tentang Karya Tulis Ilmiah Laporan Studi Kasus dan memberikan sumbangan pikiran yang kiranya dapat berguna sebagai informasi awal.

1.3.3 Bagi Institusi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan bagi tenaga kesehatan, perawat yang ada dirumah sakit untuk mengambil langkah-langkah kebijakan dalam rangka upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan klien dengan kasus HIV AIDS.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1 KONSEP DASAR

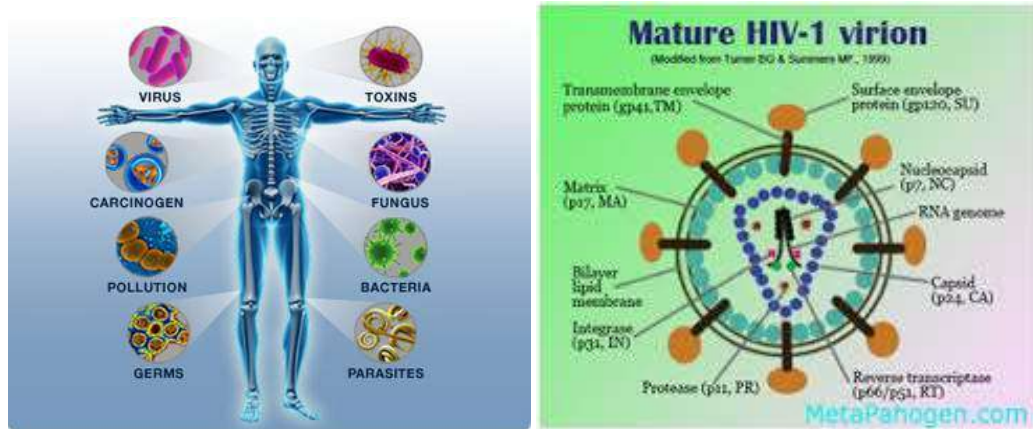
2.1.1 Pengertian

HIV adalah virus penyebab Acquired Immuno Defisiensi Syndrom (AIDS). Virus ini memiliki kemampuan untuk mentransfer informasi genetic, mereka dari RNA ke DNA dengan menggunakan enzim yang disebut Reverse Transcriptase, yang merupakan kebalikan dari proses transkripsi dari RNA & DNA dan transflasi dari RNA ke protein pada umumnya (Murma, et.al,1999).

HIV merupakan salah satu penyakit menular seksual yang berbahaya di dunia (Silalahi, Lampus, dan Akili, 2013). Seseorang yang terinfeksi HIV dapat diibaratkan sebagai gunung es (Lestary, Sugiharti dan Susyanty, 2016) yang dimana HIV memang tidak tampak tetapi penyebarannya mengakibatkan banyaknya kasus HIV baik di Indonesia maupun di dunia.

AIDS adalah Suatu kumpulan kondisi tertentu yang merupakan hasil akhir dari infeksi oleh HIV (Virginia Macedolan, 2008) AIDS Kependekan dari A: Acquired: Didapat, Bukan penyakit keturunan I:Immune:Sistem kekebalan tubuh D:Deficiency: KekuranganSyndrome , Jadi AIDS adalah berarti kumpulan gejala akibat kekurangan dan kelemahan system tubuh yang dibentuk setelah kita lahir (Depkes,2007).

2.2 KONSEP ANATOMI DAN FISILOGI HIV



Gambar 2.1 : Anantomi Fisiologi

Imunologi Sistem

- Sistem imun

Sistem pertahanan internal tubuh yang berperan dalam mengenali dan menghancurkan bahan yang bukan “normal self” (bahan asing atau abnormal cells)

- Imunitas atau respon imun

Kemampuan tubuh manusia untuk melawan organisme atau toksin yang berbahaya

Ada 2 macam RI, yaitu :

- RI Spesifik : deskriminasi self dan non self, memori, spesifisitas.
- RI non Spesifik : efektif untuk semua mikroorganisme

Sel-sel yang berperan dalam respon Imun

a. Sel B

Sel B adalah antigen spesifik yang berproliferasi untuk merespons antigen tertentu. Sel B merupakan nama bursa fabrisius, yaitu jaringan limfoid

yang ditemukan pada ayam. Jaringan sejenis yang ada pada mamalia yaitu sumsum tulang, jaringan limfe usus, dan limpa.

Sel B matur bermigrasi ke organ-organ limfe perifer seperti limpa, nodus limfe, bercak Peyer pada saluran pencernaan, dan amandel. Sel B matur membawa molekul immunoglobulin permukaan yang terikat dengan membran selnya. Saat diaktifasi oleh antigen tertentu dan dengan bantuan limfosit T, sel B akan berdiferensiasi melalui dua cara, yaitu :

1. Sel plasma adalah: Sel ini mampu menyintesis dan mensekresi antibodi untuk menghancurkan antigen tertentu.
2. Sel memori B adalah Sel memori menetap dalam jaringan limfoid dan siap merespons antigen perangsang yang muncul dalam paparan selanjutnya dengan respons imun sekunder yang lebih cepat dan lebih besar.

b. Sel T

Sel T juga menunjukkan spesifisitas antigen dan akan berproliferasi jika ada antigen, tetapi sel ini tidak memproduksi antibodi. Sel T mengenali dan berinteraksi dengan antigen melalui reseptor sel T, yaitu protein permukaan sel yang terikat membran dan analog dengan antibodi. Sel T memproduksi zat aktif secara imunologis yang disebut limfokin. Sub type limfosit T berfungsi untuk membantu limfosit B merespons antigen, membunuh sel-sel asing tertentu, dan mengatur respons imun. Respons sel T adalah :Sel T, seperti sel B berasal dari sel batang prekursor dalam sumsum tulang. Pada periode akhir perkembangan janin atau segera

setelah lahir, sel prekursor bermigrasi menuju kelenjar timus, tempatnya berproliferasi, berdiferensiasi dan mendapatkan kemampuan untuk mengenali diri.

Setelah mengalami diferensiasi dan maturasi, sel T bermigrasi menuju organ limfoid seperti limpa atau nodus limfe. Sel ini dikhususkan untuk melawan sel yang mengandung organisme intraselular.

c. Sel T efektor :

- Sel T sitotoksik (sel T pembunuh)

Mengenali dan menghancurkan sel yang memperlihatkan antigen asing pada permukaannya

- Sel T pembantu

Tidak berperan langsung dalam pembunuhan sel. Setelah aktivasi oleh makrofag antigen, sel T pembantu diperlukan untuk sintesis antibodi normal, untuk pengenalan benda asing sel T pembantu melepas interleukin-2 yang menginduksi proliferasi sel T sitotoksik, menolong sel T lain untuk merespons antigen dan sel T pembantu dapat memproduksi zat (limfokin) yang penting dalam reaksi alergi (hipersensitivitas).

d. Sel T supresor

Setelah diaktifasi sel T pembantu akan menekan respon sel B dan sel T.

e. Makrofag

Makrofag memproses antigen terfagositosis melalui denaturasi atau mencerna sebagian antigen untuk menghasilkan fragmen yang

mengandung determinan antigenic. Makrofag akan meletakkan fragmen antigen pada permukaan selnya sehingga terpapar untuk limfosit T tertentu.

2.3 Etiologi

Penyebab adalah golongan virus retro yang disebut human immunodeficiency virus (HIV). 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 pathogen dibandingkan dengan HIV-1. Maka untuk memudahkan keduanya disebut HIV.

Transmisi infeksi HIV dan AIDS terdiri dari lima fase yaitu :

1. Periode jendela. Lamanya 4 minggu sampai 6 bulan setelah infeksi. Tidak ada gejala.
2. Fase infeksi HIV primer akut. Lamanya 1-2 minggu dengan gejala flulikes illness.
3. Infeksi asimtomatik. Lamanya 1-15 atau lebih tahun dengan gejala tidak ada.
4. Supresi imun simtomatik. Diatas 3 tahun dengan gejala demam, keringat malam hari, B menurun, diare, neuropati, lemah, rash, limfadenopati, lesi mulut.

5. AIDS. Lamanya bervariasi antara 1-5 tahun dari kondisi AIDS pertama kali ditegakkan. Didapatkan infeksi oportunistik berat dan tumor pada berbagai system tubuh, dan manifestasi neurologist.

AIDS dapat menyerang semua golongan umur, termasuk bayi, pria maupun wanita. Yang termasuk kelompok resiko tinggi adalah :

1. Lelaki homoseksual atau biseks.
2. Bayi dari ibu/bapak terinfeksi HIV.
3. Orang yang ketagihan obat intravena
4. Partner seks dari penderita AIDS
5. Penerima darah atau produk darah (transfusi).

2.4 Manifestasi Klinis

Pada suatu WHO Workshop yang diadakan di Bangui, Republik Afrika Tengah, 22–24 Oktober 1985 telah disusun suatu defmisi klinik AIDS untuk digunakan oleh negara-negara yang tidak mempunyai fasilitas diagnostik laboratorium. Ketentuan tersebut adalah sebagai berikut :

1. AIDS dicurigai pada orang dewasa bila ada paling sedikit dua gejala mayor dan satu gejala minor dan tidak terdapat sebab sebab immunosupresi yang diketahui seperti kanker, malnutrisi berat, atau etiologi lainnya.

a. Gejala mayor :

- Penurunan berat badan lebih dari 10%
- Diare kronik lebih dari 1 bulan
- Demam lebih dari 1 bulan (kontinu atau intermiten).

b. Gejala minor :

- Batuk lebih dari 1 bulan
- Dermatitis pruritik umum
- Herpes zoster rekurens
- Candidiasis oro-faring
- Limfadenopati umum
- Herpes simpleks disseminata yang kronik progresif

2. AIDS dicurigai pada anak (bila terdapat paling sedikit dua gejala mayor dan dua gejala minor dan tidak terdapat sebab sebab immunosupresi yang diketahui seperti kanker, malnutrisi berat, atau etiologi lainnya.

a. Gejala mayor :

- Penurunan berat badan atau pertumbuhan lambat yang abnormal
- Diare kronik lebih dari 1 bulan
- Demam lebih dari 1 bulan

b. Gejala minor :

- Limfadenopati umum
- Candidiasis oro-faring
- Infeksi umum yang berulang (otitis, faringitis, dsb).
- Batuk persisten
- Dermatitis umum
- Infeksi HIV maternal

Kriteria tersebut di atas khusus disusun untuk negara-negara Afrika yang mempunyai prevalensi AIDS tinggi dan mungkin tidak sesuai untuk digunakan di Indonesia. Untuk keperluan surveilans AIDS di Indonesia sebagai pedoman digunakan definisi WHO/CDC yang telah direvisi dalam tahun 1987. Sesuai dengan hasil Inter-country Consultation Meeting WHO di New Delhi, 30-31 Desember 1985, dianggap perlu bahwa kasus-kasus pertama yang akan dilaporkan sebagai AIDS kepada WHO mendapat konfirmasi dengan tes ELISA dan Western Blot.

2.5 Patofisiologi

Penyakit AIDS disebabkan oleh Virus HIV. Masa inkubasi AIDS diperkirakan antara 10 minggu sampai 10 tahun. Diperkirakan sekitar 50% orang yang terinfeksi HIV akan menunjukkan gejala AIDS dalam 5 tahun pertama, dan mencapai 70% dalam sepuluh tahun akan mendapat AIDS. Berbeda dengan virus lain yang menyerang sel target dalam waktu singkat, virus HIV menyerang sel target dalam jangka waktu lama. Supaya terjadi infeksi, virus harus masuk ke dalam sel, dalam hal ini sel darah putih yang

disebut limfosit. Materi genetik virus dimasukkan ke dalam DNA sel yang terinfeksi. Di dalam sel, virus berkembangbiak dan pada akhirnya menghancurkan sel serta melepaskan partikel virus yang baru. Partikel virus yang baru kemudian menginfeksi limfosit lainnya dan menghancurkannya.

Virus menempel pada limfosit yang memiliki suatu reseptor protein yang disebut CD4, yang terdapat di selaput bagian luar. CD4 adalah sebuah marker atau penanda yang berada di permukaan sel-sel darah putih manusia, terutama sel-sel limfosit. Sel-sel yang memiliki reseptor CD4 biasanya disebut sel CD4+ atau limfosit T penolong. Limfosit T penolong berfungsi mengaktifkan dan mengatur sel-sel lainnya pada sistem kekebalan (misalnya limfosit B, makrofag dan limfosit T sitotoksik), yang kesemuanya membantu menghancurkan sel-sel ganas dan organisme asing. Infeksi HIV menyebabkan hancurnya limfosit T penolong, sehingga terjadi kelemahan sistem tubuh dalam melindungi dirinya terhadap infeksi dan kanker.

Seseorang yang terinfeksi oleh HIV akan kehilangan limfosit T penolong melalui 3 tahap selama beberapa bulan atau tahun. Seseorang yang sehat memiliki limfosit CD4 sebanyak 800-1300 sel/mL darah. Pada beberapa bulan pertama setelah terinfeksi HIV, jumlahnya menurun sebanyak 40-50%. Selama bulan-bulan ini penderita bisa menularkan HIV kepada orang lain karena banyak partikel virus yang terdapat di dalam darah. Meskipun tubuh berusaha melawan virus, tetapi tubuh tidak mampu meredakan infeksi. Setelah sekitar 6 bulan, jumlah partikel virus di dalam darah mencapai kadar yang stabil, yang berlainan pada setiap penderita. Perusakan sel CD4+ dan

penularan penyakit kepada orang lain terus berlanjut. Kadar partikel virus yang tinggi dan kadar limfosit CD4+ yang rendah membantu dokter dalam menentukan orang-orang yang beresiko tinggi menderita AIDS. 1-2 tahun sebelum terjadinya AIDS, jumlah limfosit CD4+ biasanya menurun drastis. Jika kadarnya mencapai 200 sel/mL darah, maka penderita menjadi rentan terhadap infeksi.

Infeksi HIV juga menyebabkan gangguan pada fungsi limfosit B (limfosit yang menghasilkan antibodi) dan seringkali menyebabkan produksi antibodi yang berlebihan. Antibodi ini terutama ditujukan untuk melawan HIV dan infeksi yang dialami penderita, tetapi antibodi ini tidak banyak membantu dalam melawan berbagai infeksi oportunistik pada AIDS. Pada saat yang bersamaan, penghancuran limfosit CD4+ oleh virus menyebabkan berkurangnya kemampuan sistem kekebalan tubuh dalam mengenali organisme dan sasaran baru yang harus diserang.

Setelah virus HIV masuk ke dalam tubuh dibutuhkan waktu selama 3-6 bulan sebelum titer antibodi terhadap HIV positif. Fase ini disebut “periode jendela” (window period). Setelah itu penyakit seakan berhenti berkembang selama lebih kurang 1-20 bulan, namun apabila diperiksa titer antibodinya terhadap HIV tetap positif (fase ini disebut fase laten) Beberapa tahun kemudian baru timbul gambaran klinik AIDS yang lengkap (merupakan sindrom/kumpulan gejala). Perjalanan penyakit infeksi HIV sampai menjadi AIDS membutuhkan waktu sedikitnya 26 bulan, bahkan ada yang lebih dari 10 tahun setelah diketahui HIV positif. (Heri : 2012.)

2.6 PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. Tes Laboratorium

Telah dikembangkan sejumlah tes diagnostic yang sebagian masih bersifat penelitian. Tes dan pemeriksaan laboratorium digunakan untuk mendiagnosis Human Immunodeficiency Virus (HIV) dan memantau perkembangan penyakit serta responnya terhadap terapi Human Immunodeficiency Virus (HIV)

A. Serologis

1) Tes antibody serum

Skrining Human Immunodeficiency Virus (HIV) dan ELISA.

Hasiltes positif, tapi bukan merupakan diagnosa

2) Tes blot western

Mengkonfirmasi diagnosa Human Immunodeficiency Virus (HIV)

3) Sel T limfosit

Penurunan jumlah total

4) Sel T4 helper Indikator system imun (jumlah <200>

5) T8 (sel supresor sitopatik)

Rasio terbalik (2 : 1) atau lebih besar dari sel suppressor pada sel helper (T8 ke T4) mengindikasikan supresi imun.

6) P24 (Protein pembungkus Human ImmunodeficiencyVirus

(HIV) Peningkatan nilai kuantitatif protein mengidentifikasi progresi infeksi

7) Kadar Ig

Meningkat, terutama Ig A, Ig G, Ig M yang normal atau mendekati normal

8) Reaksi rantai polimerase

Mendeteksi DNA virus dalam jumlah sedikit pada infeksi sel perifer monoseluler.

9) Tes PHS

Pembungkus hepatitis B dan antibody, sifilis, CMV mungkin positif

B. Neurologis

EEG, MRI, CT Scan otak, EMG (pemeriksaan saraf)

C. Tes Lainnya

a) Sinar X dada

Menyatakan perkembangan filtrasi interstisial dari PCP tahap lanjut atau adanya komplikasi lain

b) Tes Fungsi Pulmonal

Deteksi awal pneumonia interstisial

c) Skan Gallium

Ambilan difusi pulmonal terjadi pada PCP dan bentuk pneumonia lainnya.

d) Biopsis

Diagnosa lain dari sarcoma Kaposi

e) Brankoskopi / pencucian trakeobronkial

Dilakukan dengan biopsi pada waktu PCP ataupun dugaan kerusakan paru-paru

2. Tes HIV

Banyak orang tidak menyadari bahwa mereka terinfeksi virus HIV. Kurang dari 1% penduduk perkotaan di Afrika yang aktif secara seksual telah menjalani tes HIV, dan persentasenya bahkan lebih sedikit lagi di pedesaan. Selain itu, hanya 0,5% wanita mengandung di perkotaan yang mendatangi fasilitas kesehatan umum memperoleh bimbingan tentang AIDS, menjalani pemeriksaan, atau menerima hasil tes mereka. Angka ini bahkan lebih kecil lagi di fasilitas kesehatan umum pedesaan. Dengan demikian, darah dari para pendonor dan produk darah yang digunakan untuk pengobatan dan penelitian medis, harus selalu diperiksa kontaminasi HIV-nya.

Tes HIV umum, termasuk imunoasienzim HIV dan pengujian Western blot, dilakukan untuk mendeteksi antibodi HIV pada serum, plasma, cairan mulut, darah kering, atau urin pasien. Namun demikian, periode antara infeksi dan berkembangnya antibodi pelawan infeksi yang dapat dideteksi (window period) bagi setiap orang dapat bervariasi. Inilah sebabnya mengapa dibutuhkan waktu 3-6 bulan untuk mengetahui serokonversi dan hasil positif tes. Terdapat pula tes-tes komersial untuk mendeteksi antigen HIV lainnya, HIV-RNA, dan HIV-DNA, yang dapat digunakan untuk mendeteksi infeksi HIV meskipun perkembangan antibodinya belum dapat terdeteksi. Meskipun metode-metode tersebut tidak disetujui secara khusus

untuk diagnosis infeksi HIV, tetapi telah digunakan secara rutin di negara-negara maju.

3. USG Abdomen
4. Rongen Thorak

2.7 Penatalaksanaan

2.7.1 Penatalaksanaan keperawatan

1. Aspek Psikologis, meliputi :

- a. Perawatan personal dan dihargai
- b. Mempunyai seseorang untuk diajak bicara tentang masalah-masalahnya
- c. Jawaban-jawaban yang jujur dari lingkungannya
- d. Tindak lanjut medis
- e. Mengurangi penghalang untuk pengobatan
- f. Pendidikan/penyuluhan tentang kondisi mereka

2. Aspek Sosial.

Seorang penderita HIV AIDS setidaknya membutuhkan bentuk dukungan dari lingkungan sosialnya. Dimensi dukungan sosial meliputi 3 hal:

- a. Emotional support, meliputi; perasaan nyaman, dihargai, dicintai, dan diperhatikan
- b. Cognitive support, meliputi informasi, pengetahuan dan nasehat

c. Materials support, meliputi bantuan / pelayanan berupa sesuatu barang dalam mengatasi suatu masalah. (Nursalam, 2007)

Dukungan sosial terutama dalam konteks hubungan yang akrab atau kualitas hubungan perkawinan dan keluarga barangkali merupakan sumber dukungan sosial yang paling penting. House (2006) membedakan empat jenis dimensi dukungan social :

a. Dukungan Emosional

Mencakup ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap pasien dengan HIV AIDS yang bersangkutan

b. Dukungan Penghargaan

Terjadi lewat ungkapan hormat / penghargaan positif untuk orang lain itu, dorongan maju atau persetujuan dengan gagasan atau perasaan individu dan perbandingan positif orang itu dengan orang lain

c. Dukungan Instrumental

Mencakup bantuan langsung misalnya orang memberi pinjaman uang, kepada penderita HIV AIDS yang membutuhkan untuk pengobatannya

d. Dukungan Informatif

Mencakup pemberian nasehat, petunjuk, sarana.

2.7.2. Penatalaksanaan Medis

1. Apabila terinfeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV), maka terapinya yaitu (Endah Istiqomah : 2009) :

a. Pengendalian Infeksi Oportunistik

Bertujuan menghilangkan, mengendalikan, dan pemulihan infeksi oportunistik, nasokomial, atau sepsis. Tidakan pengendalian infeksi yang aman untuk mencegah kontaminasi bakteri dan komplikasi penyebab sepsis harus dipertahankan bagi pasien dilingkungan perawatan kritis.

b. Terapi AZT (Azidotimidin)

Disetujui FDA (1987) untuk penggunaan obat antiviral AZT yang efektif terhadap AIDS, obat ini menghambat replikasi antiviral Human Immunodeficiency Virus (HIV) dengan menghambat enzim pembalik traskriptase. AZT tersedia untuk pasien AIDS yang jumlah sel T4 nya < 3 . Sekarang, AZT tersedia untuk pasien dengan Human Immunodeficiency Virus (HIV) positif asimptomatik dan sel T4 > 500 mm³

c. Terapi Antiviral Baru

Beberapa antiviral baru yang meningkatkan aktivitas system imun dengan menghambat replikasi virus / memutuskan rantai reproduksi virus pada prosesnya. Obat-obat ini adalah :

- Didanosin

- Ribavirin
- Didoxycytidine
- Recombinant CD 4 dapat larut

d. Vaksin dan Rekonstruksi Virus

Upaya rekonstruksi imun dan vaksin dengan agen tersebut seperti interferon, maka perawat unit khusus perawatan kritis dapat menggunakan keahlian dibidang proses keperawatan dan penelitian untuk menunjang pemahaman dan keberhasilan terapi AIDS.

1. Diet

Penatalaksanaan diet untuk penderita AIDS (UGI:2012) adalah

a. Tujuan Umum Diet Penyakit HIV/AIDS adalah:

- Memberikan intervensi gizi secara cepat dengan mempertimbangkan seluruh aspek dukungan gizi pada semua tahap dini penyakit infeksi HIV.
- Mencapai dan mempertahankan berat badan secara komposisi tubuh yang diharapkan, terutama jaringan otot (Lean Body Mass).
- Memenuhi kebutuhan energy dan semua zat gizi.
- Mendorong perilaku sehat dalam menerapkan diet, olahraga dan relaksasi.

b. Tujuan Khusus Diet Penyakit HIV/AIDS adalah:

- Mengatasi gejala diare, intoleransi laktosa, mual dan muntah.
- Meningkatkan kemampuan untuk memusatkan perhatian, yang terlihat pada: pasien dapat membedakan antara gejala anoreksia,

perasaan kenyang, perubahan indra pengecap dan kesulitan menelan.

- Mencapai dan mempertahankan berat badan normal.
- Mencegah penurunan berat badan yang berlebihan (terutama jaringan otot).
- Memberikan kebebasan pasien untuk memilih makanan yang adekuat sesuai dengan kemampuan makan dan jenis terapi yang diberikan.

c. Syarat-syarat Diet HIV/AIDS adalah:

- Energi tinggi. Pada perhitungan kebutuhan energi, diperhatikan faktor stres, aktivitas fisik, dan kenaikan suhu tubuh. Tambahkan energi sebanyak 13% untuk setiap kenaikan Suhu 1°C.
- Protein tinggi, yaitu 1,1 – 1,5 g/kg BB untuk memelihara dan mengganti jaringan sel tubuh yang rusak. Pemberian protein disesuaikan bila ada kelainan ginjal dan hati.
- Lemak cukup, yaitu 10 – 25 % dari kebutuhan energy total. Jenis lemak disesuaikan dengan toleransi pasien. Apabila ada malabsorpsi lemak, digunakan lemak dengan ikatan rantai sedang (Medium Chain Triglyceride/MCT). Minyak ikan (asam lemak omega 3) diberikan bersama minyak MCT dapat memperbaiki fungsi kekebalan.
- Vitamin dan Mineral tinggi, yaitu 1 ½ kali (150%) Angka Kecukupan Gizi yang di anjurkan (AKG), terutama vitamin A,

B12, C, E, Folat, Kalsium, Magnesium, Seng dan Selenium. Bila perlu dapat ditambahkan vitamin berupa suplemen, tapi megadosis harus dihindari karena dapat menekan kekebalan tubuh.

- Serat cukup; gunakan serat yang mudah cerna.
- Cairan cukup, sesuai dengan keadaan pasien. Pada pasien dengan gangguan fungsi menelan, pemberian cairan harus hati-hati dan diberikan bertahap dengan konsistensi yang sesuai. Konsistensi cairan dapat berupa cairan kental (thick fluid), semi kental (semi thick fluid) dan cair (thin fluid).
- Elektrolit. Kehilangan elektrolit melalui muntah dan diare perlu diganti (natrium, kalium dan klorida).
- Bentuk makanan dimodifikasi sesuai dengan keadaan pasien. Hal ini sebaiknya dilakukan dengan cara pendekatan perorangan, dengan melihat kondisi dan toleransi pasien. Apabila terjadi penurunan berat badan yang cepat, maka dianjurkan pemberian makanan melalui pipa atau sonde sebagai makanan utama atau makanan selingan.
- Makanan diberikan dalam porsi kecil dan sering
- Hindari makanan yang merangsang pencernaan baik secara mekanik, termik, maupun kimia.

d. Jenis Diet dan Indikasi Pemberian

Diet AIDS diberikan pada pasien akut setelah terkena infeksi HIV, yaitu kepada pasien dengan:

- a. Infeksi HIV positif tanpa gejala.
- b. Infeksi HIV dengan gejala (misalnya panas lama, batuk, diare, kesulitan menelan, sariawan dan pembesaran kelenjar getah bening).
- c. Infeksi HIV dengan gangguan saraf
- d. Infeksi HIV dengan TBC.
- e. Infeksi HIV dengan kanker dan HIV Wasting Syndrome.

Makanan untuk pasien AIDS dapat diberikan melalui tiga cara, yaitu secara oral, enteral(sonde) dan parental(infus). Asupan makanan secara oral sebaiknya dievaluasi secara rutin. Bila tidak mencukupi, dianjurkan pemberian makanan enteral atau parental sebagai tambahan atau sebagai makanan utama. Ada tiga macam diet AIDS yaitu Diet AIDS I, II dan III.

1. Diet AIDS

Diet AIDS I diberikan kepada pasien infeksi HIV akut, dengan gejala panas tinggi, sariawan, kesulitan menelan, sesak nafas berat, diare akut, kesadaran menurun, atau segera setelah pasien dapat diberi makan. Makanan berupa cairan dan bubur susu, diberikan selama beberapa hari sesuai dengan keadaan pasien, dalam porsi kecil setiap 3 jam. Bila ada kesulitan menelan, makanan diberikan dalam bentuk sonde atau dalam bentuk kombinasi makanan cair dan makanan sonde. Makanan sonde dapat dibuat sendiri atau menggunakan makanan enteral komersial energi dan protein tinggi. Makanan ini cukup energi, zat besi, tiamin dan vitamin

C. bila dibutuhkan lebih banyak energy dapat ditambahkan glukosa polimer (misalnya polyjoule).

2. Diet AIDS II

Diet AIDS II diberikan sebagai perpindahan Diet AIDS I setelah tahap akut teratasi. Makanan diberikan dalam bentuk saring atau cincang setiap 3 jam. Makanan ini rendah nilai gizinya dan membosankan. Untuk memenuhi kebutuhan energy dan zat gizinya, diberikan makanan enteral atau sonde sebagai tambahan atau sebagai makanan utama.

3. Diet AIDS III

Diet AIDS III diberikan sebagai perpindahan dari Diet AIDS II atau kepada pasien dengan infeksi HIV tanpa gejala. Bentuk makanan lunak atau biasa, diberikan dalam porsi kecil dan sering. Diet ini tinggi energy, protein, vitamin dan mineral. Apabila kemampuan makan melalui mulut terbatas dan masih terjadi penurunan berat badan, maka dianjurkan pemberian makanan sonde sebagai makanan tambahan atau makanan utama.

Pasien Hiv tidak boleh memakan makanan seperti :

- a. Makanan yang dipanggang
- b. Makanan yang mentah
- c. Sayur – sayuran mentah
- d. Kacang – kacanga

2.8 Komplikasi

a. Oral Lesi

Karena kandidia, herpes simplek, sarcoma Kaposi, HPV oral, gingivitis, peridontitis Human Immunodeficiency Virus (HIV), leukoplakia oral, nutrisi, dehidrasi, penurunan berat badan, kelelahan dan cacat.

b. Neurologik

Kompleks dimensia AIDS karena serangan langsung Human Immunodeficiency Virus (HIV) pada sel saraf, berefek perubahan kepribadian, kerusakan kemampuan motorik, kelemahan, disfasia, dan isolasi social.

Enselophaty akut, karena reaksi terapeutik, hipoksia, hipoglikemia, ketidakseimbangan elektrolit, meningitis / ensefalitis. Dengan efek : sakit kepala, malaise, demam, paralise, total / parsial.

Infark serebral kornea sifilis meningovaskuler, hipotensi sistemik, dan maranik endokarditis.

Neuropati karena inflamasi demielinasi oleh serangan Human Immunodeficiency Virus (HIV)

c. Gastrointestinal

- Diare karena bakteri dan virus, pertumbuhan cepat flora normal, limfoma, dan sarcoma Kaposi. Dengan efek, penurunan berat badan, anoreksia, demam, malabsorpsi, dan dehidrasi.

- Hepatitis karena bakteri dan virus, limfoma, sarcoma Kaposi, obat ilegal, alkoholik. Dengan anoreksia, mual muntah, nyeri abdomen, ikterik, demam atritis.
- Penyakit Anorektal karena abses dan fistula, ulkus dan inflamasi perianal yang sebagai akibat infeksi, dengan efek inflamasi sulit dan sakit, nyeri rectal, gatal-gatal dan siare.

d. Respirasi

- Infeksi karena Pneumocystic Carinii, cytomegalovirus, virus influenza, pneumococcus, dan strongyloides dengan efek nafas pendek, batuk, nyeri, hipoksia, kelelahan, gagal nafas.

e. Dermatologik

- Lesi kulit stafilokokus : virus herpes simpleks dan zoster, dermatitis karena xerosis, reaksi otot, lesi scabies/tuma, dan dekoitus dengan efek nyeri, gatal, rasa terbakar, infeksi sekunder dan sepsis.

f. Sensorik

- Pandangan : Sarkoma Kaposi pada konjungtiva berefek kebutaan
Pendengaran : otitis eksternal akut dan otitis media, kehilangan pendengaran dengan efek nyeri.

2.9 Asuhan Keperawatan

2.9.1 Pengkajian

a. Identitas Klien

Meliputi : Nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, alamat, penanggung jawab, tanggal pengkajian, dan diagnose medis.

b. Keluhan Utama / Alasan Masuk Rumah Sakit

Mudah lelah, tidak nafsu makan, demam, diare, infermitten, nyeri panggul, rasa terbakar saat miksi, nyeri saat menelan, penurunan BB, infeksi jamur di mulut, pusing, sakit kepala, kelemahan otot, perubahan ketajaman penglihatan, kesemutan pada extremitas, batuk produkti / non.

c. Riwayat Kesehatan

- **Riwayat kesehatan sekarang**

Meliputi keluhan yang dirasakan biasanya klien mengeluhkan diare, demam berkepanjangan, dan batuk berkepanjangan.

- **Riwayat kesehatan dahulu**

Riwayat menjalani tranfusi darah, penyakit herpes simplek, diare yang hilang timbul, penurunan daya tahan tubuh, kerusakan immunitas hormonal (antibody), riwayat kerusakan respon imun seluler (Limfosit T), batuk yang berdahak yang sudah lama tidak sembuh.

- **Riwayat Keluarga**

Human Immuno Deficiency Virus dapat ditularkan melalui hubungan seksual dengan penderita HIV positif, kontak langsung dengan darah penderita melalui ASI.

Pemeriksaan Fisik

- **Aktifitas Istirahat**

Mudah lemah, toleransi terhadap aktifitas berkurang, progresi, kelelahan / malaise, perubahan pola tidur.

- **Gejala subyektif**

Demam kronik, demam atau tanpa mengigil, keringat malam hari berulang kali, lemah, lelah, anoreksia, BB menurun, nyeri, sulit tidur.

- **Psikososial**

Kehilangan pekerjaan dan penghasilan, perubahan pola hidup, ungkapkan perasaan takut, cemas, meringis.

- **Status Mental**

Marah atau pasrah, depresi, ide bunuh diri, apati, withdrawl, hilanginterest pada lingkungan sekitar, gangguan proses piker, hilang memori, gangguan atensi dan konsentrasi, halusinasi dan delusi.

- **Neurologis**

Gangguan reflex pupil, nystagmus, vertigo, ketidak seimbangan, kaku kuduk, kejang, paraf legia.

- **Muskuloskeletal**

Focal motor deficit, lemah, tidak mampu melakukan ADL

- Kardiovaskuler

Takikardi, sianosis, hipotensi, edem perifer, dizziness.

- Pernafasan

Nafas pendek yang progresif, batuk (sedang – parah), batuk produktif/non produktif, bendungan atau sesak pada dada.

- Integument

Kering, gatal, rash dan lesi, turgor jelek, petekie positif.

2.9.2 Kemungkinan diagnosa yang muncul

1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d penurunan nafsu makan
2. Nyeri akut b.d agen injuri fisik
3. Intoleransi aktivitas b.d penurunan nafsu makan
4. Perubahan eliminasi BAB
5. Kelelahan b/d status penyakit, anemia, malnutrisi
6. risiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan faktor :Penurunan respon imun , kerusakan kulit.

(Buku Nanda,NIC,NOC)

2.9. Intervensi (Rencana Asuhan Keperawatan)

NO	DIAGNOSA	NOC	NIC
1	ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d penurunan nafsu makan	<p>Tujuan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nutritional Status : • Nutritional Status : food and Fluid Intake • Nutritional Status: nutrient Intake Weight control <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan • Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan • Tidak adanya tanda-tanda malnutrisi • Menunjukkan peningkatan fungsi menelan • Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Kaji adanya alergi makanan 2.Monitor adanya penurunan berat badan 3.Monitor adanya mual, muntah dan diare 4.kolaborasi dengan dokter untuk pemasangan NGT 5.Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori 6.Monitor kadar albumin, Hb dan Ht 7.Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien 8.Berikan substansi gula 9.Berikan makanan yang sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi.
2	Nyeri akut b.d agen injuri fisik	<p>Tujuan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pain Level, • Pain control • Comfort leve <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1.pasien dapat mengontrol nyerinya • 2.skala nyeri berkurang dari skala 6 menjadi skala 3 • Klien mengatakan nyeri sudah berkurang 	<ol style="list-style-type: none"> 1.lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. 2.control lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri, seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan.

		<ul style="list-style-type: none"> • Dapat mengenali faktor penyebab nyeri 	<p>3.ajarkan tentang tehnik nonfarmakologi.</p> <p>4.berikan analgetik untuk mengurangi nyeri.</p> <p>5.ajarkan teknik relaksasi</p>
3	Intoleransi aktivitas b.d penurunan kekuatan otot	<p>Tujuan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Joint Movement : Active • Mobility level • Self care : ADLs • Transfer performance <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien meningkat dalam aktivitas fisik • Mengerti tujuan dan peningkatan mobilitas • Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah • Memperagakan penggunaan alat Bantu untuk mobilisasi 	<p>1.Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan</p> <p>2.Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan</p> <p>3.Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera</p> <p>4.Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulasi</p> <p>5.Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi</p> <p>6.Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan</p> <p>7.ADLs secara mandiri sesuai kemampuan</p> <p>8.Dampingi dan Bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan</p> <p>9.ADLs pasien. Berikan alat bantu jika klien memerlukan.</p>

			10. Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan
4	Perubahan eliminasi BAB	<p>Tujuan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bowel elimination • Fluid Balance • Hydration • Electrolyte and Acid base Balance <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Feses berbentuk, BAB sehari sekali- tiga hari • Menjaga daerah sekitar rectal dari iritasi • Tidak mengalami diare • Menjelaskan penyebab diare dan rasional tindakan • Mempertahankan turgor kulit 	<p>1. Evaluasi efek samping pengobatan terhadap gastrointestinal</p> <p>2. Ajarkan pasien untuk menggunakan obat antidiare</p> <p>3. Instruksikan pasien/keluarga untuk mencatat warna, jumlah, frekuensi dan konsistensi dari feses</p> <p>4. Evaluasi intake makanan yang masuk</p> <p>5. Identifikasi factor penyebab dari diare</p> <p>6. Monitor tanda dan gejala diare</p> <p>7. Observasi turgor kulit secara rutin</p> <p>8. Ukur diare/keluaran BAB</p> <p>9. Hubungi dokter jika ada kenanikan bising usus</p> <p>9. Instruksikan pasien untuk makan rendah serat, tinggi protein dan tinggi kalori jika memungkinkan</p> <p>10. Instruksikan untuk menghindari laksative</p> <p>11. Ajarkan tehnik menurunkan stress</p> <p>Monitor persiapan makanan yang aman</p>
5	Kelelahan b/d status penyakit, anemia, malnutrisi	<p>Tujuan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indurance • Concentration • Energy conservation • Nutritional status : energy 	<p>Energy Management</p> <p>1. Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas</p> <p>2. Dorong anal untuk</p>

		<p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memverbalisasikan peningkatan energi dan merasa lebih baik • Menjelaskan penggunaan energi untuk mengatasi kelelahan 	<p>mengungkapkan perasaan terhadap keterbatasan</p> <p>3.Kaji adanya factor yang menyebabkan kelelahan</p> <p>4.Monitor nutrisi dan sumber energi tangadkuat</p> <p>5.Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan</p> <p>6.Monitor respon kardivaskuler terhadap aktivitas</p> <p>7.Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien</p>
6	<p>Risiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan faktor :Penurunan respon imun , kerusakan kulit.</p>	<p>Tujuan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • western blot positif <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • temperature dan SDP kembalikebatas normal, • keringat malam berkurang dan tidak ada batuk, • meningkatnya masukan makanan , tercapai 	<p>1.Berikan obat antibiotik dan evaluasi ke efektifannya</p> <p>2.jamin pemasukan cairan paling sedikit 2-3 liter sehari.</p> <p>3.Pelihara kenyamanan suhu kamar. Jaga kebersihan dan keringnya kulit.</p> <p>4.Pantau hasil JDL dan CD4 pantau temperatur setiap 4 jam</p> <p>5.pantau status umum (apendiks F) setiap 8 jam</p>

Tabel 2.1: Rencana Asuhan Keperawatan

2.9.4 Implementasi

Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan dimana rencana keperawatan dilaksanakan : melaksanakan intervensi/aktivitas yang telah ditentukan, pada tahap ini perawat siap untuk melaksanakan intervensi dan aktivitas yang telah dicatat dalam rencana perawatan klien.

Agar implementasi perencanaan dapat tepat waktu dan efektif terhadap biaya, pertama-tama harus mengidentifikasi prioritas perawatan klien, kemudian bila perawatan telah dilaksanakan, memantau dan mencatat respons pasien terhadap setiap intervensi dan mengkomunikasikan informasi ini kepada penyedia perawatan kesehatan lainnya. Kemudian, dengan menggunakan data, dapat mengevaluasi dan merevisi rencana perawatan dalam tahap proses keperawatan berikutnya.

2.9.5 Evaluasi

Tahap evaluasi menentukan kemajuan pasien terhadap pencapaian hasil yang diinginkan dan respons pasien terhadap dan keefektifan intervensi keperawatan kemudian mengganti rencana perawatan jika diperlukan. Tahap akhir dari proses keperawatan perawat mengevaluasi kemampuan pasien ke arah pencapaian hasil.

BAB III
TINJAUAN KASUS

3.1 PENGKAJIAN

3.1.1 Identitas diri klien

Nama : Tn. R
Umur : 20 Tahun
No. MR : 499193
Jenis kelamin : Laki-laki
Status perkawinan : Menikah
Agama : Islam
Pekerjaan : Pedagang
Pendidikan : Tamat SD
Ruang Rawat : Interne
Alamat : Malalak
Tanggal masuk : 05-06-2018
Tanggal pengkajian : 06-06-2018
Suku bangsa : Minang-Indonesia
Sumber informasi : Ibu kandung dan Istri
Diagnosa Medis : HIV-AIDS

Identitas Penaanggung Jawab

Nama : Ny. M
Umur : 42 Tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pekerjaan : Petani
Hub.keluarga : Ibu kandung

3.1.2 ALASAN MASUK

Klien masuk ke rumah sakit dr.Achmad mochtarkiriman atau rujukan dari Rumah Sakit Yarsi Bukittinggi melalui IGD pada tanggal 05 juni 2018 dengan keluhan demam hilang timbul sejak 2 bulan sebelum masuk rumah sakit

3.1.3 RIWYAT KESEHATAN

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Saat dilakukan pengkajian tanggal 06 juni 2018 pada pukul 08.00WIB, keluargaklien mengatakan klien mempunyai riwayat hubungan sex bebas semenjak 3 tahun yang lalu, klien mengatakan badan letih,klien mengatakan nafsu makannya kurang, makan klien selama dirumah sakit hanya 2 sendok makan,muntah (-) , mual (+) klien mengatakan tenggorokannya sakit saat menelan klien mengatakan tidur sering terbangun pada malam hari.klien kadang merasakan pusing,klien mengatakan badan nya terasa lemas, nyeri pada perut nyeri tekan (+) skala nyeri 5-6, pasien merasakan nyeri pada persendian saat istirahat dan aktivitas. klien mengatakan batuk berdahak, klien mengatakan dada sakit jika batuk, nafas sesak,pendengaran pasien mulai terganggu pada telinga bagian kanan, pasien mengatakan dia tidak mampu untuk beraktivitas dari berbaring ke posisi duduk sangat lemah, pasien mengalami penurunan berat badan seberat8 Kg, klien tampak pucat.BAB (-) sejak 1 hari saat pengkajianSelama dirawat dirumah sakit klien tampak tidak menghabiskan porsi makan nya, hanya 2 sendok makan, klien tampak lemah dan letih, klien tampak susah untuk beraktifitas secara mandiri, klien tampak kurus, klien tampak meringis menahan sakit, klien tampak pucat, mulut klien tampak ada sariawan dan kering, klien tampak terbaring

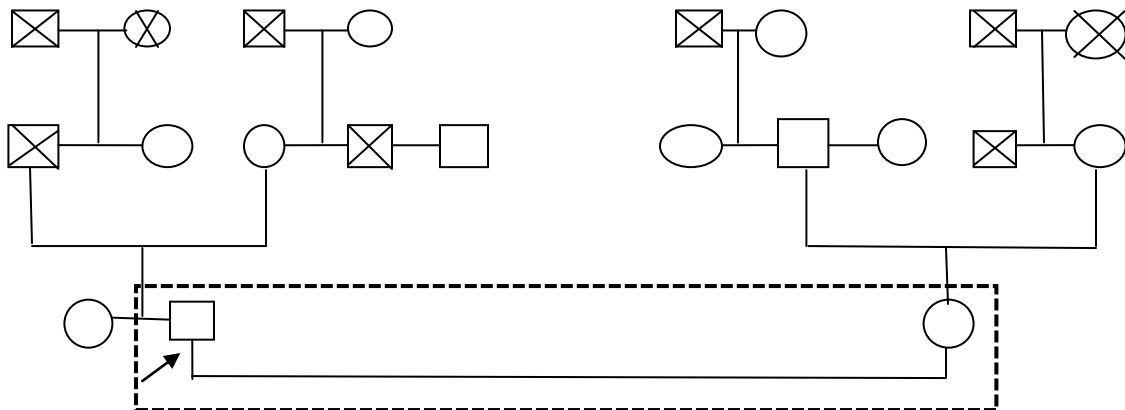
a. Riwayat Kesehatan Dahulu

Keluarga klien mengatakan tidak pernah menderita penyakit seperti ini sebelumnya, keluarga mengatakan pasien tidak pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya.

b. Riwayat Kesehatan Keluarga

keluarga mengatakan keluarganya tidak ada mengalami riwayat penyakit yang sama dengan yang diderita klien dan tidak memiliki penyakit keturunan seperti DM, Hipertensi, Jantung. Penyakit menular seperti, TBC, HIV, Hepatitis, dll

GENOGRAM



Keterangan :

- □ : Laki - laki
- ○ : Perempuan
- ↗ : Pasien
- ✕ : Meninggal
- : Tinggal serumah

3.1.4 PEMERIKSAAN FISIK

Kesadaran : Composmentis (CM)

GCS :13 (E₄ M₅ V₄)

BB sehat : 51 kg

BB sakit : 43 kg

TB : 160 cm

Tanda-tanda vital :

Tekanan Darah: 92/57 mmHg

Nadi : 104x/i

Temperatur : 36,9 C

Pernafasan : 22 x/i

1. Kepala

- Rambut :

I:rambut klien tampak kotor, berminyak, tidak ada ketombe, rambut tidak beruban, rambut tampak kering, mulai rontok, bau tidak sedap,

dan rambut klien tampak tidak rapi

P:tekstur rambut kering

- Mata

I: Mata terlihat simetris kiri dan kanan, penglihatan mulai menurun, konjungtiva anemis, palpebra tidak oedema, sklera ikterik, mata

tampak cekung, pupil isokor, reflek cahaya (+/+)

- Telinga

I:Telinga tampak simetris kiri dan kanan,

P: tidak ada nyeri tekan, pendengaran mulai terganggu pada telinga kanan, tidak ada pembesaran disekitar telinga, tidak ada oedema, tidak ada perdarahan disekitar telinga

- Hidung

I: Lubang hidung simetris kiri dan kanan, tidak ada lecetan di daerahhidung, lubang hidung tampak bersih tidak ada secret, penciuman masih bagus dan normal

- Mulut dan gigi

I: Rongga mulut tampak kotor, mukosa bibir kering, gigi tidak lengkap,gigi berkaries, lidah klien kotor, tonsil tidak ada peradangan

2. Leher

I: Simetris kiri dan kanan, warna kulit sawo matang

P: Tidak ada pembesaran kelenjer tiroid.KGB.

3. Thorax

Paru-paru

I: Terlihat simetris kiri dan kanan (ekspansi dinding dada), frekuensi pernafasan 22x/menit

P: Traktus peritussis melemah di bagian paru ka/ki

P: bunyi sonor

A: Bunyi nafas wheezing

Jantung

I: Tidak terlihat pembengkakan, iktus kordis tidak terlihat

P: Tidak ada nyeri tekan, iktus teraba, nadi 104x/i

P: Terdengar bunyi redup

A: Iramanya teratur (BJ 1 Lup, BJ 2 Dup) heart Rate : 104x/i

4. Abdomen

I: Tidak ada pembesaran

A: Bising usus 18x/i

P: nyeri tekan pada epigastrium

P: bunyi normal (tympani)

5. Punggung

I : Tidak ada lesi, lecet dan tanda dekubitus pada klien.

P: Tidak ada pembengkakan.

6. Ekstermitas

Atas: Simetris kiri dan kanan, ada mengalami kelemahan, ada otot pada lengan kanan klien

Bawah : simetris kiri dan kanan mengalami kelemahan, ada otot pada kaki kanan klien

Kekuatan otot :

4444	4444
4444	4444

Keterangan :

5 : dapat melakukan ROM secara penuh dan dapat melawan gravitasi dan tahanan

4 : dapat melakukan ROM yang penuh dan dapat melawan tahanan yang sedang

3 : dapat melakukan ROM secara penuh dengan melawan gravitasi tetapi tidak bisa melawan tahanan

2 : tidak mampu melawan gaya gravitasi

1 : kontraksi otot hanya dapat dipalpasi

0 : tidak ada kontraksi otot

7. Genitalia : genitalia tampak kotor, ada herpes dibagian batang penis dan

scrotum, sudah bernanah, rambut pubis tidak ada, berbau,

8. integument : Warna kulit sawo matang, turgor kulit kering

9. Persyarafan

No.	NERFUS	FUNGSI	HASIL PEMERIKSAAN	KETERANGAN
1.	Nerfus Olfaktorius	Saraf sensorik untuk penciuman.	Tidak terdapat kelainan pada	Normal

			penciuman klien,karna klien masih dapat membedakan antara bau teh dan kopi ataupun bau lain nya.	
2.	Nervus Opticus	Saraf sensorik untuk penglihatan.	Penglihatan masih bagus.	Normal
3.	Nervus Okulomotorius	Saraf motorik untuk mengangkat kelopak mata keatas,konstriksi pupil dan gerakan ekstrukuler.	Klien dapat mengangkat kelopak mata keatas dan pupil klien dapat mengikuti arah perintah yang di berikan.	Normal
4.	Trochlearis	Saraf motorik,gerakan mata kebawah dan keatas.	Klien dapat mengerakan pupil kearah atas dan bawah.	Normal
5.	Trigeminus	Saraf motorik,gerakan mengunyah,sensasi wajah,lidah dan gigi,reflek kornea dan reflek kedip.	Klien dapat mengunyah makanan dengan baik dan bisa merasakan ransangan nyeri pada daerah pipi dengan benda tumpul.	Normal
6.	Abdusen	Saraf motorik deviasi mata ke lateral.	Klien dapat menggerakan mata ke arah kanan dan kiri dengan mengikuti arah	Normal

			telunjuk perawat.	
7.	Fasialis	Saraf motorik untuk ekspresi wajah.	Klien dapat tersenyum dan tertawa.	Normal
8.	Vestibulokoklearis	Saraf sensorik untuk keseimbangan dan rangsangan suara.	Klien bisa berdiri dan mampu berjalan sendiri ke kamar mandi, pendengaran klien saat diberi rangsangan suara sudah berkurang.	Normal
9.	Glosfaringeus	Saraf sensorik dan motorik untuk sesasi rasa.	Klien dapat menelan sedikit dan klien dapat membedakan rasa asin atau pahit di 1/3 lidah klien.	Normal
10.	Vagus	Saraf sensorik dan motorik untuk sensasi menelan.	Fungsi menelan klien mulai terganggu dan klien dapat menelan saliva dan pada diinstruksikan mengatakan "aaa" uvula terangkat dan tetap berada di median.	Normal
11.	Asesorius	Saraf motorik untuk pergerakan bahu.	Klien dapat pergerakan bahunya dengan diberikan tahanan.	Normal
12.	Hipoglosus	Saraf motorik untuk pergerakan	Klien dapat menggerakkan	Normal

		lidah.	lidahnya dan kekuatan otot lidah klien baik.	
--	--	--------	--	--

Tabel 3.1: Pemeriksaan Persarafan

Aktivitas sehari-hari

NO	AKTIVITAS	DIRUMAH	DIRUMAH SAKIT
1	<p>POLA NUTRISI DAN CAIRAN Makan dan Minum</p> <p>Makan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menu • Porsi • Frekuensi • Makan Kesukaan • Pantangan <p>Minuman</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jumlah • Minuman • Pantangan 	<p>Nasi biasa</p> <p>1 piring 3 kali sehari Nasi bungkus</p> <p>-tidak ada pantangan</p> <p>2 liter/ hari Air mineral Tidak ada</p>	<p>Diit tinggi kalori tinggi protein (TKTP) 2 sendok nasi 3 kali sehari Tidak ada</p> <p>- Tidak ada pantangan</p> <p>600 ml/ hari Air mineral Tidak ada</p>
2	<p>POLA ELIMINASI BAB</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi • Warna • Bau • Konsistensi • Kesulitan <p>BAK</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi • Bau • Warna • Konsistensi • Kesulitan 	<p>1 kali sehari Kuning Khas Padat Tidak ada</p> <p>Kurang lebih 6x sehari Pesing Kuning muda Cair Tidak ada</p>	<p>Tidak ada BAB sejak dirawat di rumah sakit</p> <p>1000 CC</p> <p>Pesing Kuning muda, putih Cair Lelah ketoilet</p>

3	Istirahat dan Tidur <ul style="list-style-type: none"> • Waktu tidur • Lama tidur • Waktu bangun • Hal yang mempermudah bangun • Kesulitan tidur 	20:00 WIB 8 Jam-Subuh Subuh Tidak ada Tidak ada	21:00 WIB 8Jam- Pagi, sering terbangun pada malam hari Pagi hari Tidak ada Tidak nyaman dengan suasana rumah sakit
4	Personal Hygine <ul style="list-style-type: none"> • Mandi • Cuci Rambut • Gosok Gigi • Potong kuku 	2x Sehari 1x Sehari 2x Sehari 1x seminggu	1x Sehari 1x Sehari 1x Sehari Belum potong kuku
5	Rakreasi <ul style="list-style-type: none"> • Hobby • Minat khusus • Penggunaan waktu senggang 	Olahraga Tidak ada Jalan jalan	Tidak ada Tidak ada Tidak ada
6	Ketergantungan <ul style="list-style-type: none"> • Merokok • Minum obat • Ketergantungan 	1-2 bungkus Tidak ada Tidak ada	Tidak ada Tidak ada Tidak ada

Tabel 3.2: Aktivitas sehari

HASIL PEMERIKSAAN PENUNJANG

I. DATA LABORATORIUM

I. SEROLOGI

tgl 6 Juni 2018

No.	PEMERIKSAAN	HASIL
1	Anti HCV	NON REAKTIF
2	HbsAg	14,21 POSITIF
3	TPHA	NON REAKTIF

4	VDRL	NEGATIF
5	Anti HbsAg	NON REAKTIF

Tabel 3.3: Pemeriksaan labor 1

I. IMUNOSEROLOGI

Tgl 06 Juni 2018

No.	PEMERIKSAAN	HASIL	RUJUKAN	SATUAN
1	Anti Toxoplasma igG#	Negatif	Negatif	IU/mL
2	Anti-CMV igG#	Positif kons:247.4	Negatif	AU/ml

Tabel 3.4: Pemeriksaan labor 2

II. HEMATOLOGI I

Tgl 7 juni 2018

Nama pemeriksaan	Hasil	Rujukan
LED (laju endap darah) 1 jam	102 mm	P< 10 mm

Tabel 3.5: Pemeriksaan labor 3

III. KIMIA KLINIK

Tgl 9 juni 2018

No.	TESTS	Report	Flag	Unit	Normal values
1	ALB	3,7	L	g/dL	3,8-5,4
2	ALT	43	H	U/L	0-41
3	AST	150	H	U/L	0-37
4	Gluk	110	H	Mg/dL	74-106

Tabel 3.6: Pemeriksaan labor 4

IV. CT-SCAN 10 juni 2018

Hasil CT-Scan dalam batas normal,tidak di temukan kelainan

V. USG Tanggal 09 juni 2018

Dari hasil pemeriksaan USG menunjukkan Hepatomegali Non Spesifik

VI. LABOR BIOLOGI I

Tanggal 09-06-2018

No.	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Rujukan
1	HGB	8,2	[g/dL]	P:13.0-16.0 W:12.0-14.0
2	RBC	2,92	[10 ⁶ /uL]	P:4.5-5.5 W: 4.0-5.0
3	HCT	24,2-	[%]	P: 40.0-48.0 W:37.0-43.0
4	MCV	82,0-	[fL]	
5	MCH	27,8	[pG]	
6	MCHC	33,9	[g/dL]	
7	RDW-SD	38,5	[fL]	
8	RDW-CV	13,5	[%]	
9	WBC	6,85	[10 ³ /uL]	5.0-10.0
10	EO%	1,5	[%]	1-3
11	BASO%	0,0	[%]	0-3
12	NEUT%	81,0	[%]	50-70
13	LYMPH%	11,8	[%]	20-40
14	MONO%	5,7	[%]	2-8
15	EO#	0,10	[10 ³ /uL]	
16	BASO#	0,00	[10 ³ /uL]	
17	NEUT#	5,55	[10 ³ /uL]	

18	LYMPH#	0,81	[10 ³ /uL]	
19	PLT	23	[%]	>150-400

Tabel 3.7: Pemeriksaan labor 5

VII. LABOR BIOLOGI II

Tanggal 10-06-2018

No.	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Rujukan
1	HGB	9,4	[g/dL]	P:13.0-16.0 W:12.0-14.0
2	RBC	3,34	[10 ⁶ /uL]	P:4.5-5.5 W: 4.0-5.0
3	HCT	27,4	[%]	P: 40.0-48.0 W:37.0-43.0
4	MCV	82,0-	[fL]	
5	MCH	28,1	[pG]	
6	MCHC	34,3	[g/dL]	
7	RDW-SD	37,9	[fL]	
8	RDW-CV	12,9	[%]	
9	WBC	5,58	[10 ³ /uL]	5.0-10.0
10	EO%	0,3-	[%]	1-3
11	BASO%	0,2	[%]	0-3
12	NEUT%	76,5	[%]	50-70
13	LYMPH%	13	[%]	20-40
14	MONO%	9,2	[%]	2-8
15	EO#	0,02	[10 ³ /uL]	
16	BASO#	0,01	[10 ³ /uL]	
17	NEUT#	4,50	[10 ³ /uL]	
18	LYMPH#	0,81	[10 ³ /uL]	

19	PLT	7	[%]	>150-400
----	-----	---	-----	----------

Tabel 3.8: Pemeriksaan labor 6

VIII. LABOR BIOLOGI III

Tanggal 11-06-2018

No.	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Rujukan
1	HGB	10,3	[g/dL]	P:13.0-16.0 W:12.0-14.0
2	RBC	3,72	[10 ⁶ /uL]	P:4.5-5.5 W: 4.0-5.0
3	HCT	29,9	[%]	P: 40.0-48.0 W:37.0-43.0
4	MCV	80,4-	[fL]	
5	MCH	27,7	[pG]	
6	MCHC	34,4	[g/dL]	
7	RDW-SD	36,8	[fL]	
8	RDW-CV	13,0	[%]	
9	WBC	9,84	[10 ³ /uL]	5.0-10.0
10	EO%	0,4	[%]	1-3
11	BASO%	0,1	[%]	0-3
12	NEUT%	81,9	[%]	50-70
13	LYMPH%	10,1	[%]	20-40
14	MONO%	7,5	[%]	2-8
15	EO#	0,04	[10 ³ /uL]	
16	BASO#	0,01	[10 ³ /uL]	
17	NEUT#	81,9	[10 ³ /uL]	

18	LYMPH#	10,1	[10 ³ /uL]	
19	PLT	7	[%]	>150-400

Tabel 3.9: Pemeriksaan labor 7

I. PENGOBATAN

NO	NAMA OBAT	DOSIS	WAKTU	INDIKASI	KONTRA INDIKASI	KEGUNAA N
1.	Paracetamol	500mg	3x1 06.00/14.00 /22.00	Indikasi utama paracetamol yaitu digunakan sebagai obat penurun panas (analgesik) dan dapat digunakan sebagai obat penghilang rasa sakit dari segala jenis seperti sakit kepala, sakit gigi, nyeri pasca operasi, nyeri sehubungan dengan pilek, nyeri otot pasca-trauma, dll. Sakit kepala migrain dan nyeri sendi	Parasetamol tidak boleh diberikan pada orang yang alergi terhadap obat anti-inflamasi non-steroid (AINS), menderita hepatitis, gangguan hati atau ginjal, dan alkoholisme. Pemberian parasetamol juga tidak boleh diberikan berulang kali kepada penderita anemia dan gangguan jantung, paru, dan ginjal.	mengurangi rasa nyeri ringan sampai sedang, seperti sakit kepala, sakit gigi, nyeri otot, dan nyeri setelah pencabutan gigi serta menurunkan demam. Selain itu, parasetamol juga mempunyai efek anti-radang yang lemah.
2.	Levofloxin	500 mg	1x1 18.00	Sinusitis Infeksi kandung kemih terkomplikasi Infeksi kulit dan jaringan lunak	Epilepsi, gangguan tendon, anak atau remaja, wanita hamil atau menyusui	Antibotik infeksi bakteri

				<p>Pneumonia yang didapat dari masyarakat (<i>community-acquired pneumonia</i>) Eksaserbasi akut pada bronkitis kronik Penyakit Antraks</p>		
3.	Ringer laktat	500 ml	20 tetes/i	<p>Tetani hipokalsemik. Ketidakseimbangan elektrolit tubuh. diare. Luka bakar. Gagal ginjal akut. Kadar natrium rendah. Kekurangan kalium. Kekurangan kalsium. Kehilangan banyak darah dan cairan. Hipertensi. aritmia (gangguan irama jantung).</p>	Pemberian bersamaan dengan obat ceftriaxon	<p>Penambah cairan dan elektrolit tubuh untuk mengembalikan keseimbangannya. alkalisator yang mengurangi keasaman.</p>
4.	Dexamethason	0.75-9 mg	3x1 06.00/14.00 /22.00	<p>radang reumatik, radang usus, radang pada ginjal, radang pada mata, radang karena</p>	<p>riwayat hipersensitif pada obat golongan kortikosteroid. tukak lambung,</p>	<p>sebagai agen anti alergi, immunosupresan, anti inflamasi dan anti shock yang sangat</p>

				asma dan radang pada tempat lainnya. berbagai jenis alergi, penyakit lupus, bronkospasme, dan idiopatik thrombocytopenic (penurunan jumlah trombosit darah karena masalah kekebalan tubuh).	osteoporosis, diabetes melitus, infeksi jamur sistemik, glaukoma, psikosis, psikoneurosis berat, penderita TBC aktif, herpes zoster, herpes simplex, infeksi virus lain, sindroma Cushing dan penderita dengan gangguan fungsi ginjal.	kuat.
5	Cotrimoxazole forte	800 mg	1x1 06.00	Infeksi saluran pernafasan, Infeksi saluran pencernaan, Infeksi saluran kemih, Brucellosis dan kolera, Infeksi mikobakteri, Pertusis, demam typhoid	alergi antibiotik trimethoprim dan sulfamethoxazole, atau obat-obat golongan sulfonamide, gangguan hati dan ginjal yang berat, wanita hamil terutama menjelang kelahiran, ibu menyusui	untuk mengobati berbagai macam infeksi bakteri.
6	Loperamid	4-8 mg	3x1 06.00/14.00 /20.00	untuk pengobatan diare akut dan diare kronik	hipersensitivitas dengan loperamid, hambatan peristaltik, bayi, dan anak < 2 tahun, hindari penggunaan sebagai terapi	untuk diare, loperamide juga digunakan untuk mengurangi jumlah feses pada pasien dengan <i>ileostomy</i> , yaitu

					utama, untuk disentri akut, ulseratif kolitis akut, bacterial enterocolitis dan kolitis pseudomembran.	pembuatan lubang baru pengganti anus (dubur) pada dinding perut, yang dihubungkan dengan bagian akhir dari usus halus.
7	Curcuma	3 kali sehari 1 sendok teh	3x1 06.00/14.00 /22.00	Amenore (tidak haid), Anoreksia (kehilangan nafsu makan), Kulit menjadi kuning, Pemeliharaan kesehatan fungsi hati. Penyumbatan saluran empedu, Selaput menjadi kuning	-	Makanan tambahan untuk meningkatkan nafsu makan & sebagai terapi alternatif untuk mengobati hepatitis.
8	Kalnex	250 mg	3x1 06.00/14.00 /22.00	Mengurangi pendarahan mimisan. pendarahan menstruasi berlebihan. pendarahan cedera. Membantu mengatasi pendarahan penderita angio-edema turunan. pendarahan pascaoperasi pendarahan	Hipersensitif alergi asam traneksamat. pendarahan subaraknoid, pendarahan tromboembolik kelainan penglihatan warna. cedera kepala. Darah menggumpal mata. Kejang. Masalah saluran kencing. penggumpalan	menghentikan pendarahan pada sejumlah kondisi, misalnya mimisan, cedera, pendarahan akibat menstruasi berlebihan, dan pendarahan pada penderita angio-edema

				pencabutan gigi, hemofilia. Mengatasi pendarahan hypema traumatis	darah. penyakit ginjal	turunan.
9	Vit K	15 mg	3x1 06.00/14.00 /22.00	perdarahan pada neonatus, hipoprotrombinemia. Prefarat vitamin K, bagi semua keadaan defisiensi vitamin K. juga digunakan sebagai antidote pada dosis berlebih antikoagulasi	Wanita yang merencanakan kehamilan, baru melahirkan, atau sedang menyusui	untuk perawatan <u>Ke</u> <u>kurangan</u> <u>vitamin</u> <u>k</u> , <u>Kekurangan</u> <u>vitamin</u> <u>k</u> , <u>Kelainan</u> <u>darah</u> <u>yang</u> <u>berat</u> <u>dengan</u> <u>defisiensi</u> <u>protrombin</u> <u>d</u> <u>an</u> <u>kondisi</u> <u>lainnya</u>
10	Prsogan	30 mg	1x1 06.00	gastroesophageal reflux disease (GERD), tukak lambung dan tukak usus duabelas jari (duodenum), ritasi asam lambung, infeksi virus atau jamur, Zollinger-Ellison syndrome, suatu penyakit langka yang terjadi karena tumor pankreas atau usus duabelas jari melepaskan hormon yang menyebabkan	jangan menggunakan prosogan FD (lansoprazole) untuk pasien yang memiliki riwayat hipersensitivitas.	digunakan dalam pengobatan gastroesophageal reflux disease, Untuk mengobati tukak lambung dan tukak usus duabelas jari (duodenum)

				terjadinya kelebihan produksi asam lambung.		
--	--	--	--	---	--	--

Tabel 3.10: Data Pengobatan

II. RIWAYAT ALERGI

Klien mengatakan tidak ada mengalami alergi makanan, udara atau obat-obatan.

III. DATA PSYKOLOGIS

1. Prilaku Verbal

- cara menjawab :Klien dapat menjawab setiap pertanyaan yang di beri kan walaupun jawaban nya kurang jelas.
- Cara memberi informasi :pasien menjawab setiap pertanyaan dengan kooperatif

2. Prilaku non verbal

- Klien dibantu dalam melakukan aktifitas.
- Prilaku non verbal klien , klien tampak sering mengeluh kan penyakitnya, meringis kesakitan

3. Keadaan Emosi

Keadaan emosi klien terlihat tidak stabil ,dan emosi pada saat berbicara dengan waktu yagn mulai lama

4. Persepsi penyakit

Klien beranggapan penyakit ini adalah datangnya dari ALLAH dan sebagai cobaan untuk lebih dekat lagi dengan Nya

5. Konsep diri

Klien sebagai laki laki dan berperan sebagai kepala keluarga.

6. Adaptasi

Klien dapat beradaptasi dan mengenali bahwa klin sekarang lagi berada dirumah sakit.

7. Mekanisme pertahanan diri

- Pasien berusaha sedapat mungkin untuk tidak menjadikan penyakit nya sebagai beban pikiran, dan menghambat proses penyembuhan.

IV. DATA SOSIAL

1. Pola komunikasi

Komunikasi klien dengan perawat baik. Dan kooperatif

2. Orang yang dapat memberi rasa nyaman

Istri adalah orang yang dapat membuat kline merasa nyaman.

3. Orang yang paling berharga bagi pasien

Orang yang paling berharga bagi klien adalah istri nya.

4. Hubungan dengan keluarga dan masyarakat

Hubungan klien dengan keluarga dan masyarakat baik.

V. Data Spritual

1. Keyakinan

Klien beragama islam.

2. Ketaatan beribadah

Klien mengatakan sering tidak mengerjakan sholat 5 waktu saat sehat dan sakit

3. Keyakinan terhadap penyembuhan

Klien yakin bahwa penyakitnya dapat disembuhkan dan selalu berdoa kepada ALLAH untuk di angkatkan penyakitnya.

VI. DATA FOKUS

Data Subjektif	Data Objektiv
<ul style="list-style-type: none"> -Klien mengatakan tidak ada nafsu makan -Klien mengatakan sakit tenggorokan nyeri menelan -Klien mengatakan nyeri tekan pada perut -Klien mengatakan nyeri pada persendian, saat beraktivitas dan istirahat -Klien mengatakan batuk berdahak -Klien mengatakan dada sakit jika batuk -Klien mengatakan sulit untuk beraktifitas sendiri -Klien mengatakan badan terasa letih dan lemas jika beraktifitas 	<ul style="list-style-type: none"> -Klien tampak lemah dan letih -Klien tampak susah beraktivitas -Klien tampak tidak bersemangat -Berat badan klien turun selama sakit seberat 8kg, BB sehat 51, BB sakit 43 -Klien tampak kurus -Klien tampak makan hanya 2 sendok saja -Mulut klien tampak sariawan dan kering -Klien tampak pucat -Klien tampak meringis menahan sakit -Nyeri tekan pada perut -Skala nyeri 5 -6 -Klien tampak terbaring -Klien tampak tidak mampu untuk beraktifitas secara mandiri - HB tanggal 9 juni 2018 : 8,2 - HB tanggal 10 juni 2018 : 9,4 - HB tanggal 11 juni 2018 :10,3 - TB : 160 cm

Tabel 3.11: Data Fokus

VII. ANALISA DATA

NO	DATA	PROBLEM	ETIOLOGI
1	DS: <ul style="list-style-type: none"> -Klien mengatakan badan terasa letih dan lemas -Klien mengatakan tidak ada nafsu 	ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	Gangguan menelan

	<p>makan sejak 2 bln yang lalu</p> <ul style="list-style-type: none"> -Klien mengatakan sakit tenggorokan nyeri menelan -Klien mengatakan nyeri tekan pada perut <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Klien tampak lemah dan letih -Berat badan klien turun 8 kg , saat sehat 51 kg ,saat sakit 42 kg -Klien tampak kurus -Klien tampak makan hanya 2 sendok saja -Mulut klien tampak sariawan - HB tanggal 9 juni 2018 : 8,2 - HB tanggal 10 juni 2018 : 9,4 - HB tanggal 11 juni 2018 :10,3 - TB : 160 cm 		
2	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Klien mengatakan nyeri tekan pada perut -Klien mengatakan nyeri pada persendian, saat beraktivitas dan istirahat -Klien mengatakan dada sakit jika batuk <p>P :Klien mengatakan nyeri di persendian,</p> <p>Q :Klien mengatakan nyeri saat beraktivitas, nyeri juga datang tiba tiba</p> <p>R : Klien mengatakan nyeri di persendian</p> <p>S : Klien meringis, skala nyeri 5-6, klien</p>	Nyeri akut	Agen injuri fisik

	<p>mengatakan tidak nyaman saat nyeri datang</p> <p>T : Klien mengatakan nyeri hilang timbul,</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Klien tampak meringis menahan sakit -Skala nyeri 5 -6 -Nyeri tekan pada perut 		
3	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Klien mengatakan sulit untuk beraktifitas sendiri -Klien mengatakan badan terasa letih dan lemas jika beraktifitas <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Klien tampak susah beraktifitas -Klien tampak tidak bersemangat -Klien tampak terbaring -Klien tampak tidak mampu untuk beraktifitas secara mandiri 	Intoleransi aktifitas	Penurunan kekuatan otot

Tabel 3.12: Analisa data

3.2 DIAGNOSA KEPERAWATAN

Daftar Prioritas Diagnosa Keperawatan

1. ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d gangguan menelan

2. Nyeri akut b.d agen injuri fisik
3. Intoleransi b.d penurunan kekuatan

3.3 RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

NO	DIAGNOSA	NOC	NIC
1	ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d penurunan nafsu makan	<p>Tujuan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nutritional Status : • Nutritional Status : food and Fluid Intake • Nutritional Status: nutrient Intake • Weight control <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan • Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan • Tidak adanya tanda-tanda malnutrisi • Menunjukkan peningkatan fungsi menelan • Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Kaji adanya alergi makanan 2.Monitor adanya penurunan berat badan 3.Monitor adanya mual, muntah dan diare 4.kolaborasi dengan dokter untuk pemasangan NGT 5.Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori 6.Monitor kadar albumin, Hb dan Ht 7.Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien 8.Berikan substansi gula 9.Berikan makanan yang sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi.
2	Nyeri akut b.d agen injuri fisik	<p>Tujuan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pain Level, • Pain control • Comfort leve <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1.pasien dapat mengontrol nyerinya • 2.skala nyeri berkurang dari 	<ol style="list-style-type: none"> 1.lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. 2.control lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri, seperti suhu

		<p>skala 6 menjadi skala 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nyeri sudah berkurang • Dapat mengenali faktor penyebab nyeri 	<p>ruangan, pencahayaan dan kebisingan.</p> <p>3.ajarkan tentang tehnik nonfarmakologi.</p> <p>4.berikan analgetik untuk mengurangi nyeri.</p> <p>5.ajarkan tehnik relaksasi</p>
3	Intoleransi aktifitas b.d penurunan kekuatan otot	<p>Tujuan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Joint Movement : Active • Mobility level • Self care : ADLs • Transfer performance <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien meningkat dalam aktivitas fisik • Mengerti tujuan dan peningkatan mobilitas • Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah • Memperagakan penggunaan alatBantu untuk mobilisasi 	<p>1.Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan</p> <p>2.Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan</p> <p>3.Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera</p> <p>4.Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang tehnik ambulasi</p> <p>5.Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi</p> <p>6.Latih pasien dalam menuhan kebutuhan</p> <p>7.ADLs secara mandiri suai kemampuan</p> <p>8.Dampingi dan Bantu sien saat mobilisasi dan ntu penuhi kebutuhan</p> <p>9.ADLs pasienBerikan alat ntu jika klien memerlukan.</p> <p>10.Ajarkan pasien gaimana merubah sisi dan berikan ntuan jika diperlukan</p>

Tabel 3.13: Intervensi

1.3 IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

No.	HARI TANGGAL	DIAGNOSA	Jam	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
1	Rabu 6 juni 2018	ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d penurunan nafsu makan	08.15 08.40 09.20 09.50 10.10	1. Mengkaji adanya alergi makanan 2. Memonitor adanya penurunan berat badan 3. Monitoring adanya mual, muntah dan diare 4. Kolaborasi dengan dokter untuk pemasangan NGT 5. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien	S: Klien mengatakan tidak nafsu makan. Klien mengatakan tidak ada riwayat alergi makanan TTV: TD : 92/57 mmHg Nadi : 104x/i Suhu : 36,9 C Pernafasan : 22 x/i O:Klien tampak tidak menghabiskan porsi makannya, hanya 2-3 sendok makan. Berat badan klien 43kg saat pengkajian, sebelumnya berat badan klien 51kg. klien tampak	

			13,30	6. Memberikan makanan yang sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi	tidak ada mual dan muntah A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan	
2	Rabu 6 juni 2018	Nyeri akut b.d agen injuri fisik	08.00 08.35 08.55	1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. 2. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri, seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan. 3. Mengajarkan tentang tehnik nonfarmakologi.	S: Klien mengatakan persendian nya nyeri saat beraktivitas. Klien mengatakan nyerinya hilang-hilang timbul. O: Klien tampak meringis saat melakukan aktivitas. Skalanya nyeri klien 5-6. Mengajarkan klien teknik napas dalam untuk mengurangi nyeri A: Masalah belum teratasi Tindakan 2,3	

			09.10	4. Memberikan analgetik untuk mengurangi nyeri.	P: Intervensi dilanjutkan Tindakan 2,3	
			11.00	5. Mengajarkan teknik relaksasi nyeri		
3	Rabu 6 juni 2018	Intoleransi aktifitas b.d penurunan kekuatan otot	08.05	1. Memonitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan.	S: pasien mengatakan susah untuk bergerak karena penurunan kekuatan otot	
			09.15	2. Berkonsultasi dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan	O: Ttv klien Td : 92/57mmHg. Nadi : 104x/i. Temperatur : 36,9. P: 22x/i Klien tampak susah saat melakukan aktivitas	
			09.40	3. Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera.	A: Masalah belum teratasi Tindakan 2,4,7,8	
			11.00	4. Mengajarkan pasien tentang teknik Ambulasi.	P: Intervensi dilanjutkan Tindakan 2,4,7,8	

			12.00	5. Mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi		
			13.00	6. Melatihah pasien dalam menuhan kebutuhan		
			13,15	7. Membantu ADLs secara mandiri sesuai kemampuan		
			13,30	8. Mendampingi dan membantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan		
			14.00	9. Mengajarkan pasien bagaimana merubah posisi berikan bantuan jika diperlukan		

No.	HARI TANGGAL	DIAGNOSA	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
1	Kamis 07 juni 2018	ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d penurunan nafsu makan	08.00 09.30 11.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan dokter untuk pemasangan NGT 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien 3. Memberikan makanan yang sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi 	<p>S: Klien mengatakan tidak nafsu makan</p> <p>O: Klien tampak terpasang NGT</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	
2	Kamis 07 juni 2018	Nyeri akut b.d agen injuri fisik	12.00 13.20	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri, seperti Suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan. 2. Mengajarkan tentang tehnik non farmakologi. 	<p>S: Klien mengatakan persendian nya nyeri saat beraktivitas</p> <p>O: Klien tampak meringis saat melakukan aktivitas</p> <p>Mengajarkan klien teknik nafas dalam</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>Tindakan 2</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan 2</p>	

3	Kamis 07 juni 2018	Intoleransi aktifitas b.d penurunan kekuatan otot	11.00 12.00 12.30 13,00	1. Berkonsultasi dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan 2. Mengajarkan pasien tentang teknik ambulasi 3. Membantu ADLs secara mandiri sesuai kemampuan 4. Mendampingi dan membantu pasien saat mobilisasi dan bantu memenuhi kebutuhan	S: pasien mengatakan susah untuk bergerak karena penurunan kekuatan otot O: klien tampak susah saat melakukan aktivitas . Membantu klien saat melakukan mobilisasi duduk di tempat tidur A: masalah belum teratasi Tindakan 1,2 P: intervensi dilanjutkan Tindakan 1,2	
---	--------------------------	--	--	---	--	--

No.	HARI TANGGAL	DIAGNOSA	Jam	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
1	Jum'at 08 juni 2018	ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d penurunan nafsu makan	08.00 09.30 11.00	1. Kolaborasi dengan dokter untuk pemasangan NGT 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien 3. Memberikan makanan yang sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi	S: Klien mengatakan tidak nafsu makan O: Klien tampak tidak menghabiskan porsi makannya, hanya 2-3 sendok makan A: Masalah belum teratasi Tindakan 3 P: Intervensi dilanjutkan Tindakan 3	
2	Jum'at 08 juni 2018	Nyeri akut b.d agen injuri fisik	12.00	1. Mengajarkan tentang tehnik nonfarmakologi.	S: Klien mengatakan persendian nya nyeri saat beraktivitas O: Klien tampak meringis saat melakukan aktivitas A: Masalah belum teratasi Tindakan 1 P: Intervensi dilanjutkan Tindakan 1	

3	Jum'at 08 juni 2018	Intoleransi aktifitas.d penurunan kekuatan otot	13.00	1. Berkonsultasi dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan	S: pasien mengatakan susah untuk bergerak karena penurunan kekuatan otot O: klien tampak susah saat melakukan aktivitas A: masalah belum teratasi Tindakan 1 P: intervensi dilanjutkan Tindakan 1	
---	------------------------	--	-------	---	---	--

Tabel 3.14: Implementasi dan Evaluasi

BAB IV

PEMBAHASAN

Asuhan keperawatan pada Tn.R dengan HIV AIDS di Ruang Rawat Inap Interne Rumah sakit Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi dilakukan dari tanggal 06-08 juni 2018.Berapa hal yang perlu dibahas, disini penulis menemukan beberapa factor penghambat dan terdapat pula factor pendukung dari kasus ini.

Dalam penerapan asuhan keperawatan ini penulis telah menerapkan proses asuhan keperawatan pada kien dengan HIV AIDS sesuai dengan teori-teori yang ada untuk melihat lebih jelas sejauh mana kegiatan dapat dilakukan serta keberhasilan yang dicapai akan diruraikan sesuai dengan proses keperawatan dimulai dari pengkajian,diagnose, intervensi, implementasi dan evaluasi

4.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap yang sistematis dalam mengumpulkan data tentang individu, keluarga dan kelompok(Carpenito& Moyet, 2007).

Dalam melakukan pengkajian pada TN.R data yang didapatkan dari klien, keluarga, catatan medis beserta tenaga kesehatan lain.

4.1.1. Identitas Klien

Pengkajian berdasarkan tinjauan teoritis didapatkan data identitas secara lengkap, seperti nama, jenis kelamin, umur agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, diagnosa medis, dalam melakukan pengkajian kasus pada klien penulis juga mendapatkan data yang lengkap sesuai dengan tinjauan teoritis, namun pada saat melakukan pengkajian penulis mengalami kesulitan untuk mendapatkan

data dari klien karna klien mengalami gangguan pendengaran, sehingga membuat komunikasi antara penulis dengan klien kurang jelas, dan tidak menyambung, namun disini keluarga sangat membantu penulis untuk mendapatkan informasi tentang klien.

4.1.2. Keluhan utama

Pada keluhan utama kasus ini sesuai dengan tinjauan teoritis dimana keluhan utama klien masuk rumah sakit adalah demam hilang timbul sejak 2 bulan sebelum masuk rumah sakit , hal ini sama dengan tinjauan teoritis pada manifestasi klinis gejala mayor yaitu demam lebih dari 1 bulan (kontinu atau intermiten)

4.1.3. Riwayat kesehtan sekarang

Secara teoritis dilihat dari manifestasi klinis pada klien dengan HIV AIDS ditemukan adanya mual muntah, mencret,demam hilang timbul, batuk lebih dari 1 bulan, sedangkan di dalam kasus pasien mengatakan demam hilang timbul sejak 2 bulan terakhir, klien mengatakan badan letih,klien mengatakan nafsu makannya kurang, makan klien selama dirumah sakit hanya 2 sendok makan,muntah (-) , mual (+) klien mengatakan tenggorokannya sakit saat menelan klien mengatakan tidur sering terbangun pada malam hari.klien kadang merasakan pusing, klien mengatakan badannya terasa lemas , nyeri pada perut nyeri tekan (+) sakala nyeri 5-6, pasien merasakan nyeri pada persendian saat istirahat dan aktivitas. klien mengatakan batuk berdahak, klien mengatakan dada sakit jika batuk, nafas sesak,pendengaran pasien mulai terganggu pada telinga bagian kanan, pasien mengatakan dia tidak mampu untuk beraktivitas dari berbaring ke posisi duduk sangat lemah, pasien mengalami penurunan berat badan

seberat 8 Kg, klien tampak pucat. BAB (-) sejak 1 hari saat pengkajian. Selama dirawat di rumah sakit klien tampak tidak menghabiskan porsi makannya, hanya 2 sendok makan, klien tampak lemah dan letih, klien tampak susah untuk beraktifitas secara mandiri, klien tampak kurus, klien tampak meringis menahan sakit, klien tampak pucat, mulut klien tampak ada sariawan dan kering, klien tampak terbaring, klien juga mempunyai riwayat sering berhubungan sex bebas sejak 3 tahun yang lalu.

4.1.4. Riwayat kesehatan dahulu

pada tinjauan kasus riwayat kesehatan dahulu klien belum pernah dirawat dengan penyakit yang sama dan belum pernah juga di rawat dengan keluhan penyakit lainnya

4.1.5. Riwayat kesehatan keluarga

Pada pengkajian riwayat kesehatan keluarga dari genogram keluarga tidak ada mengalami riwayat penyakit yang sama dengan yang diderita klien dan tidak memiliki penyakit keturunan seperti DM, Hipertensi, Jantung. Penyakit menular seperti, TBC, HIV, Hepatitis, dll

4.1.6. Pemeriksaan Fisik

Hasil pemeriksaan fisik jika dibandingkan dengan pemeriksaan fisik secara teoritis pada kasus ini ditemukan sama dan tidak ada kesenjangan. Dimana pada tinjauan teoritis dijelaskan bahwa penurunan berat badan pada klien, pasien mudah lelah, demam, diare, tidak ada nafsu makan, infeksi jamur pada mulut dan batuk produktif . Sedangkan pada tinjauan kasus terdapat penurunan berat badan dari 51kg menjadi 43kg, pasien juga mudah lelah,

menderita diare, nafsu makan tidak ada, infeksi jamur pada kelamin, demam hilang timbu

4.1.7. Data Psikologis

Pada tinjauan teoritis dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan. Dimana pada tinjauan teoritis terdapat tingkat stress dan kecemasan. Sedangkan pada tinjauan kasus Tn. R mengalami tingkat stress tinggi, cemas dengan penyakitnya Tn. R mempunyai harapan bisa cepat pulang kerumah dan berkumpul kembali bersama keluarganya.

4.1.8. Pemeriksaan Penunjang

Pada tinjauan teoritis dan tinjauan kasus penulis mengalami hambatan dalam pengkajian. Dimana pada tinjauan teoritis yang dilakukan pemeriksaan tes diagnostic yang sebagian masih bersifat penelitian. Tes dan pemeriksaan laboratorium. Tes Serology tes antibody serum, tes blot westem. Tes Neurologis : EEG, MRI, CT Scan otak, EMG. Sedangkan pada tinjauan kasus TN.R tidak melakukan pemeriksaan EEG,dan EMG karena keterbatasan dalam perlengkapan alat dari rumah sakit.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Pada tinjauan teoritis ditemukan 6 diagnosa keperawatan sedangkan pada tinjauan kasus ditemukan 3 diagnosa keperawatan teoritis karena pada kasus Tn.R hanya 3 diagnosa keperawatan yang menjadi masalah utama dalam kasus Tn.R. Diagnosa keperawatan tinjauan teoritis yang muncul :

1. ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d penurunan nafsu makan
2. Nyeri akut b.d agen injuri fisi;
3. Intoleransi aktifitas b.d penurunan kekuatan otot
4. Diare b/d proses penyakit
5. Kelelahan b/d status penyakit, anemia, malnutrisi
6. Risiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan faktor :Penurunan respon imun , kerusakan kulit.

Diagnosa keperawatan pada tinjauan kasus yang muncul adalah diagnosa keperawatan prioritas utama yaitu :

1. ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d penurunan nafsu makan
2. Nyeri akut b.d agen injuri fisik
3. Intoleransi aktifitas b.d penurunan kekuatan otot

4.3 Intervensi

Dalam penyusunan rencana tindakan keperawatan pada klien berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan tidak semua rencana tindakan pada teori dapat ditegakkan pada tinjauan kasus karena rencana tindakan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keluhan dan keadaan klien.

Diagnosa pertama ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d penurunan nafsu makan perencanaan penulis yaitu : Kaji adanya alergi makanan, Monitor adanya penurunan berat badan, Monitor adanya mual, muntah dan diare, kolaborasi dengan dokter untuk pemasangan NGT, Monitor jumlah nutrisi

dan kandungan kalori, Monitor kadar albumin, Hb dan Ht, Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien, Berikan substansi gula, Berikan makanan yang sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi.

Diagnosa kedua Nyeri akut b.d agen injuri fisik perencanaan penulis yaitu : lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi, control lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri, seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan, ajarkan tentang tehnik nonfarmakologi, berikan analgetik untuk mengurangi nyeri, ajarkan teknik relaksasi

Diagnosa ketiga Intoleransi aktifitas b.d penurunan kekuatan otot, perencanaan penulis yaitu : Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan, Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan, Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera, Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulasi, Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi, Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan, ADLs secara mandiri sesuai kemampuan, Dampingi dan Bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan, ADLs pasien. Berikan alat bantu jika klien memerlukan, Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan.

4.4. Implementasi

Setelah rencana tindakan ditetapkan maka dilanjutkan dengan melakukan rencana tersebut dalam bentuk nyata, dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan HIV AIDS tidak mudah rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan tetapi terlebih dahulu harus melakukan pendekatan pada klien agar nantinya klien mau melaksanakan apa yang perawat anjurkan. Sehingga seluruh rencana tindakan keperawatan yang dilaksanakan sesuai dengan masalah yang dihadapi klien.

Diagnosa pertama ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d penurunan nafsu makan perencanaan penulis yaitu : Kaji adanya alergi makanan dilakukan pada hari pertama pengkajian pasien ada alergi terhadap udang, Monitor adanya penurunan berat badan, berat badan turun seberat 8 kg dari 51 kg saat sehat menjadi 43kg saat sakit, Monitor adanya mual, muntah dan diare, klien ada diare, kolaborasi dengan dokter untuk pemasangan NGT, pemasangan NGT dilakukan pada tanggal 6 juni 2018 jam 9.30, Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori, Monitor kadar albumin, Hb dan Ht, Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien, memberikan makanan tinggi serat tinggi kalori ,Berikan substansi gula, Berikan makanan yang sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi , sudah berkonsultasi pada tanggal 6 juni 2018 dengan ahli gizi rumah sakit DR. Achmad Mochtar Bukittinggi

Diagnosa kedua Nyeri akut b.d agen injuri fisik perencanaan penulis yaitu : lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi sudah dilakukan pengkajian nyeri pada pasien tanggal 6 juni 2018, karakteristik, durasi,

frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi, control lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri, seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan, ajarkan tentang tehnik nonfarmakologi, berikan analgetik untuk mengurangi nyeri, ajarkan teknik relaksasi

Diagnosa ketiga Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot, perencanaan penulis yaitu : Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan, Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan, Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera, Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulasi, Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi, Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan, ADLs secara mandiri sesuai kemampuan, Dampingi dan Bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan, ADLs pasien. Berikan alat bantu jika klien memerlukan, Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan Dengan melakukan rencana tindakan keperawatan penulis tidak menemukan kesulitan yang berarti hal ini disebabkan karena :

- 1) Adanya factor perencanaan yang baik dan sistematis sehingga klien memudahkan untuk melakukan tindakan keperawatan.
- 2) Pendekatan yang dilakukan pada klien dengan baik sehingga klien merasa percaya pada penulis dan mudah pemberian serta pelaksanaan tindakan keperawatan.
- 3) Adanya kerjasama yang baik dengan petugas ruangan penulis mendapat bantuan dalam melaksanakan tindakan keperawatan.

- 4) Pasien dirawat digabung dengan pasien lain bukan dirawat di ruang isolasi. Pasien di rawat bergabung dengan pasien yang menderita penyakitnya yang berbeda dengan klien.

4.5. Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Rohmah&Walid,2012). Dari tiga diagnosa prioritas utama yang penulis tegakan sesuai dengan apa yang penulis temukan dalam melakukan studi kasus dan melakukan asuhan keperawatan, kurang lebih sudah mencapai perkembangan yang lebih baik dan optimal, maka dari itu dalam melakukan asuhan keperawatan untuk mencapai hasil yang maksimal memerlukan adanya kerja sama antara penulis dengan klien, perawat, dokter, dan tim kesehatan lainnya.

a. Diagnosa pertama yaitu, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d penurunan nafsu makan. Pada hari pertama sampai ketiga yaitu tanggal 06-08 Juni 2018 dengan data yaitu klien mengatakan nafsu makannya masih kurang, dan klien mengatakan BB nya menurun, klien tampak lemas , klien tampak tidak menghabiskan porsi makannya ,pasien masih menggunakan alat bantu makan(NGT) masalah belum teratasi karna tujuan yang diharapkan belum tercapai.

b. Diagnosa kedua yaitu Nyeri akut b.d agen injuri fisik Diagnosa tegak pada tanggal 06 juni 2018, pada hari pertama tanggal 06 Juni 2018 klien mengatakan nyeri pada perut dan persendian , nyeri datang tiba-tiba , skala nyeri 5-6. Pada hari kedua tanggal 07 Juni 2018 klien mengatakan nyeri pada perut sudah

hilang, nyeri pada sendi masih ada. Dan pada hari ketiga tanggal 08 Juni 2018 klien mengatakan nyeri pada persendian nya masih datang secara tiba-tiba. Masalah belum teratasi dan intervensi dilanjutkan.

Diagnosa ketiga yaitu Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot
Diagnosa tegak pada tanggal 06 juni 2018, pada hari pertama tanggal 06 Juni 2018 klien mengatakan tidak mampu untuk melakukan aktifitas secara mandiri, harus dibantu orang lain. Pada hari kedua tanggal 07 Juni 2018 klien mengatakan masih tidak mampu untuk melakukan aktifitas secara mandiri , masih memerlukan bantuan dari orang lain. Pada hari ketiga tanggal 08 Juni 2018 klien mengatakan dia hanya mampu untuk memiringkan badan di tempat tidur , masih belum bisa untuk beraktifitas secara mandiri . masala belum teratasi intervensi dilanjutkan

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Dari pelaksanaan asuhan keperawatan yang sudah dilakukan pada TN.R dengan HIV AIDS diruanganInterneambun suri lantai III DR.Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018 dapat disimpulkan :

5.1.1.Konsep asuhan keperawtan HIV AIDS seperti pengertian, anatomi dan fisiologi, etiologi, manifestasi klinis, patofisiologi dan WOC, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan dan komplikasi dapat dipahami dengan baik oleh penulis.

5.1.2.Penulis mampu melakukan pengkajian pada TN.R dengan HIV AIDS diruanganInterneambu suri lantai III RSUD DR.Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018, pada pengkajian penulis tidak menemukan perbedan dengan teori teori yang ada, pada riwayat kesehatan sekarang penulis menemukan perbedaan dengan tinjauan teoritis yaitu klien tidak mengalami mual muntah, klien juga tidak mengalami batuk lebih dari 1 bulan.

5.1.3.Pada diagnosa asuhan keperawatan dengan HIV AIDS di ruangan Interneambu suri lantai III RSUD DR.Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018 dapat di angkat 3 diagnosa utama yaitu :

1. ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d penurunan nafsu makan.
2. Nyeri akut b.d agen injuri fisik.
3. Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot.

5.1.4. Pada perencanaan asuhan keperawatan dengan klien HIV AIDS di ruangan Interne Ambun suri lantai III RSUD DR. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018 semua perencanaan dapat di terapkan pada klien, tujuan yang diharapkan dari asuhan keperawatan dengan HIV AIDS yaitu agar nutrisi klien terpenuhi, nyeri dapat hilang atau berkurang, dapat melakukan aktifitas secara mandiri,

5.1.5. Pada implementasi asuhan keperawatan dengan klien HIV AIDS di ruangan Interne Ambun suri lantai III RSUD DR. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018 hampir semua dapat dilakukan, namun ada beberapa rencana tindakan yang penulis tidak lakukan, tetapi dilakukan perawat ruangan interne .

5.1.6. Evaluasi pada klien dengan HIV AIDS di ruangan Interne Ambun suri lantai III RSUD DR. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018 dapat dilakukan dengan baik, dari 3 diagnosa keperawatan utama yang muncul sampai saat penulis selesai melakukan penelitian pada tanggal 8 juni 2018 belum ada diagnosa yang teratasi , intervensi keperawatan dilanjutkan oleh perawat ruangan interne Ambun suri lantai III RSUD DR. Achmad Mochtar Bukittinggi.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Mahasiswa

Diharapkan bagi mahasiswa agar dapat mencari informasi dan memperluas wawasan mengenai klien dengan HIV AIDS karena dengan adanya pengetahuan dan wawasan yang luas mahasiswa akan mampu mengembangkan kemampuan dan potensial diri dalam dunia keperawatan, dan kesehatan, dan dapat memberikan pendidikan kesehatan mengenai HIV AIDS pada masyarakat.

5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Peningkatan kualitas dan pengembangan ilmu mahasiswa melalui studi kasus agar dapat menerapkan asuhan keperawatan pada klien dengan HIV AIDS secara komprehensif.

5.2.3 Bagi Rumah Sakit

Bagi institusi pelayanan kesehatan, memberikan pelayanan dan mempertahankan hubungan kerja yang baik antara tim kesehatan dan klien yang ditujukan untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang optimal, dan adapun untuk klien yang telah mengalami HIV AIDS maka harus segera dilakukan perawatan agar tidak terjadi komplikasi dari penyakit HIV AIDS.

DAFTAR PUSTAKA

- Dapertemen kesehatan RI. 2007 . Panduan Tatalaksana Klinis Infeksi HIV pada orang dewasa dan Remaja Edisi Kedua, Jakarta
- Dinas kesehatan kota Bukittinggi 2016. Gambaran kasus HIV dan AIDS di Sumatra Barat Sampai dengan 2016.
- Dirjen. PP & PL. Kemenkes. RI. (2012). Laporan Kasus Hiv-Aids Di Indonesia Triwulan IV, bulan Januari sampai bulan Desember tahun 2011
- Drew , W. Lawrence . 2001. HIV & AIDS Retrovirus. USA: The McGraw-Hill Companies. Jakarta, Gramedia
- Muma, Richard D. (1997). HIV : Manual untuk tenaga kesehatan. Jakarta : EGC
- Nasronudin . 2007. HIV & AIDS Pendekatan Biologi Molekuler, Klinis dan Sosial. Surabaya
- Pohan H.T .2009. Infeksi dibalik ancaman HIV . Jakarta. Farmacia
- Profil Kesehatan Sumatra Barat 2017, Diakses dari <http://id.kesehatan+sumbar> pada 11 juni 2008
- Kementerian Kesehatan RI. 2011. Pedoman Nasional Tatalaksana Klinis Infeksi HIV dan Terap Antiretroviral. Jakarta
- KPA. (2010). Pedoman Program Pencegahan HIV melalui Transmisi Seksual. Jakarta
- Yayasan Spiritia. (2009). Dasar AIDS. Jakarta

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Ferdy Saputra
Tempat / Tanggal Lahir : Bonjol, 01 Januari 1997
Agama : Islam
Jumlah Bersaudara : 2 (Dua) Orang
Anak Ke : 2 (Dua)
Nama Orang Tua
Ayah : Syafruddin
Ibu : Herayeti
Alamat : Perumnas mega permai tanjung pauh, Kec.
Payakumbuh barat, Kota. Payakumbuh

Riwayat Pendidikan

1. SD N 08 Tanjung Pauh
2. SMP N 9 Payakumbuh
3. SMK KOSGORO 2 Payakumbuh
4. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Program Studi D-III Keperawatan Stikes Perintis Padang

**DAFTAR HADIR UJIAN PENGAMATAN KASUS
PRODI D III KEPERAWATAN STIKES PERINTIS PADANG
TA 2016/2017**

NAMA MAHASISWA : Ferdy Saputra
NIM : 1514901005
RUANGAN : Interne
JUDUL STUDI KASUS : Asuhan Keperawatan pada Tri-R dengan HIV/AIDS dimangan interne Ambunhuri lantai III RSUD. dr. Amal Mochtar Bukittinggi tahun 2018

NO	HARI/TANGGAL	DATANG		PULANG		KET
		JAM	PARAF	JAM	PARAF	
1	Rabu 06-06-2018	07.30	<i>[Signature]</i>	12.00	<i>[Signature]</i>	
2	Kamis 07-06-2018	07.30	<i>[Signature]</i>	12.00	<i>[Signature]</i>	
3	Jumat 08-06-2018	07.30	<i>[Signature]</i>	12.00	<i>[Signature]</i>	

Bukittinggi, 06 Juni 2018

Ka Ruangan

[Signature]
Ms. Nenita Roza, S.Ns
 NRE 10720107 199203 2 001

[Signature]
 (Ns. Yuli Permatasari M.kep)

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : FERDY SAPUTRA

NIM : 1514401005

Pembimbing : Ns. Yuli Permata Sari M.kep

Judul KTI Studi Kasus : Asuhan keperawatan pd klien Tn.R. dengan HIV AIDS diruangan interne Ambien Sari lantai 41 RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi

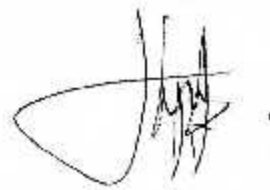
NO	Hari/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing	Tanda Tangan Mahasiswa
1.	Kamis 7 Juni 2018	Revisi: Anamnesis, pemeriksaan fisik, data penunjang, data pengobatan & Biopsikososial dan neurologis	Ns. Yulita Roza, S.Kep NIP. 197201071992032003	Jufuf
2.	Senin 11 Juni 2018	Revisi: Alasan masuk, Riwayat kesehatan dahulu sekarang dan keluarga, pemeriksaan fisik data keadaaan data spiritual, data penunjang, data fisik, Analisa data	Ns. Yulita Roza, S.Kep NIP. 197201071992032003	Jufuf
3.	Selasa 19 Juni 2018	Revisi: Alasan masuk, Riwayat kesehatan sekarang pemeriksaan fisik, data biologis, data fokus, Analisa data, dan hasil beserta implementasinya.	Ns. Yulita Roza, S.Kep NIP. 197201071992032003	Jufuf
4.	Rabu 20 Juni 2018	Acc ✓ / Diseminasikan (BAB III)	Ns. Yulita Roza, S.Kep NIP. 197201071992032003	Jufuf

(Preseptor Klinik)

(Preseptor Akademik)



(Ns. Yenita Roza, S.Kep)



(Ns. Yuli Permata Sari, M.Kep)

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : FERDY SAPUTRA

Nim : 1514401005

Pembimbing : Ns. YULI PERMATA SARI, M. Kep

Judul KTI Studi Kasus : *Asuhan Keperawatan pd klien Tn. R dengan HIV AIDS dengan interve asuhan suri laktasi III RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi*

NO	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1	<i>Senin 25/6-2018</i>	<i>keasul bab I, II, III perkaini sesuai sura</i>	<i>[Signature]</i>
2	<i>Selasa 26/6-2018</i>	<i>perkaini bab I, II, III lanjutan bab IV & V</i>	<i>[Signature]</i>
3	<i>Jumat 29/6-2018</i>	<i>perkaini sesuai sura da asun</i>	<i>[Signature]</i>
4	<i>Selasa 3-7-2018</i>	<i>perkaini sesuai sura & asun</i>	<i>[Signature]</i>
5	<i>Kamis 5/7-2018</i>	<i>perkaini bab pembahasan</i>	<i>[Signature]</i>
6	<i>Jumat 6/7-2018</i>	<i>perkaini sistematika penulisan</i>	<i>[Signature]</i>
7	<i>Sabtu 7/7-2018</i>	<i>perkaini sesuai sura & asun</i>	<i>[Signature]</i>
8	<i>Sabtu 9/7-2018</i>	<i>Acc ugit</i>	<i>[Signature]</i>

Preceptor Akademik

[Signature]

(Ns. YULI PERMATA SARI, M. Kep)

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG





LEMBAR KONSULTASI REVISI

Nama Mahasiswa : Ferdy saputra

Nim : 1514401005

Penguji I : Ns.Ida Suryati , M. Kep

Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada Tn.R Dengan HIV AIDS
Di Ruang Interne Ambun Suri Lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi
Tahun 2018.

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
1.	20 Juli 2018	Perbaikan sejarah saran	
2.	21 Juli 2018	Perbaikan ke- pam	
3.	22 Juli 2018	Perbaikan sa- san	
4.	22 Juli 2018	accu/ ugiled	
5.	22 Juli 2018		





LEMBAR KONSULTASI REVISI

Nama Mahasiswa : Ferdy Saputra

Nim : 1514401005

Penguji II : Ns. Yuli Permata Sari, M. Kep

Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada Tn.R. Dengan HIV AIDS
 Di Ruang Interne Ambun Suri Lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi
 Tahun 2018.

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
1.	23 Juli 2018	Perbaiki sesuai Saran	
2.	23 Juli 2018	Perbaiki implementasi	
3.	23 Juli 2018	Perbaiki penulisan	
4.	23 Juli 2018	Perbaiki tulisan	
5.	23 Juli 2018	Acc	