

BAB II

PENDAHULUAN

A. Konsep HIV/AIDS

1. Definisi HIV/AIDS

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah virus yang melemahkan sistem kekebalan tubuh manusia. Acquired Immuno Deficiency Syndroms (AIDS) merupakan sekumpulan gejala yang timbul akibat sistem kekebalan tubuh melemah disebabkan oleh infeksi HIV. Human Immunodeficiency Virus menyerang system kekebalan tubuh dan merusak bagian dari system itu, yaitu jenis sel darah putih yang disebut T lymphocyte atau T cell atau dalam bahasa Indonesia, sel limfosit T (Elisanti, 2018). Aquared Immunodeficiency Syndrome yang terjadi akibat efek dari perkembangbiakan virus HIV dalam tubuh makhluk hidup yaitu kondisi tubuh sudah diserang sepenuhnya atau sudah tidak mempunyai kekebalan tubuh lagi. Jadi, ketika tubuh sakit tidak bisa sembuh dengan kekebalan sendiri. HIV hidup didalam darah dan cairan tubuh orang yang terinfeksi. Cairan yang bisa mengeluarkan HIV itu dari cairan darah, dinding anus, ASI, sperma dan cairan vagina termasuk darah menstruasi (Nelwan, 2019).

2. Tanda & Gejala

Hidayati (2020) menyatakan bahwa seseorang yang menderita AIDS pertama kali akan mengalami gejala-gejala umum seperti influenza. Kemudian penyakit AIDS ini akan menjadi bervariasi pada kurun waktu antara 6 bulan sampai 7 tahun, atau rata-rata 21 bulan pada anak-anak dan 60 bulan pada orang dewasa. Di samping itu perlu diperhatikan pula gejala - gejala non spesifik dari penyakit AIDS yaitu yang disebut ARC (AIDS Related Complex) yang berlangsung lebih dari 3 bulan, dengan gejala-gejala sebagai berikut (Hidayati, 2020):

- a. Berat badan turun lebih dari 10%
- b. Demam lebih dari 38°C
- c. Berkeringat di malam hari tanpa sebab
- d. Diare kronis tanpa sebab yang jelas lebih dari 1 bulan
- e. Rasa lelah berkepanjangan
- f. Bercak-bercak putih pada lidah (hairy leukoplakia)
- g. Penyakit kulit (herpes zoster) dan penyakit jamur (candidiasis) pada mulut
- h. Pembesaran kelenjar getah bening, anemia, leukopenia (kurang sel darah putih), limfopenia (kurang sel-sel limfosit) dan trombositopenia (kurang sel-sel trombosit atau sel pembekuan darah)
- i. Ditemukan antigen HIV atau antibodi terhadap HIV
- j. Gejala klinis lainnya antara lain kelainan pada: kulit dan rambut kepala, kulit muka dan kulit bahagian tubuh lainnya, mata, hidung, rongga mulut (langit-langit, gusi dan gigi), paru-paru, dan alat kelamin

3. Penularan

Human Immunodeficiency Virus dapat ditularkan melalui berbagai cara, antara lain melalui cairan tubuh seperti darah, cairan genitalia, dan ASI. Virus terdapat juga terdapat dalam saliva, air mata, dan urin (sangat rendah). HIV tidak dilaporkan terdapat dalam air mata dan keringat (Elisanti, 2018). Virus HIV dapat diisolasi dari cairan semen, sekresi serviks atau vagina, limfosit, sel-sel dalam plasma bebas, cairan serebrospinal, air mata, saliva, air seni dan air susu ibu. Namun tidak berarti semua cairan tersebut dapat menularkan infeksi karena konsentrasi virus dalam cairan-cairan tersebut sangat bervariasi. Sampai saat ini hanya darah dan air mani atau cairan semen dan sekresi serviks atau vagina yang terbukti sebagai sumber penularan serta ASI yang dapat menularkan HIV dari ibu ke bayinya. Karena itu HIV dapat tersebar melalui hubungan seks baik homo maupun hetero seksual, penggunaan jarum yang tercemar pada penyalahgunaan NAPZA, kecelakaan kerja pada

sarana pelayanan kesehatan misalnya tertusuk jarum atau alat tajam yang tercemar, transfusi darah, donor organ, tindakan medis invasif, serta in utero, perinatal dan pemberian ASI dari ibu ke anak. Tidak ada petunjuk atau bukti bahwa HIV dapat ditularkan melalui kontak sosial, alat makan, toilet, kolam renang, udara ruangan, maupun oleh nyamuk atau serangga (Setiarto et al., 2021).

4. Fase

Dewi & Wahyuni (2019) menyatakan bahwa transmisi infeksi HIV dan AIDS terdiri dari lima fase yaitu:

- a. Periode jendela: lamanya 4 minggu sampai 6 bulan setelah infeksi. Tidak ada gejala
- b. Fase infeksi HIV primer akut: lamanya lamanya 1-2 minggu dengan gejala flu.
- c. Infeksi asimtomatik: Lamanya 1-1,5 tahun atau lebih dengan gejala tidak ada.
- d. Supresi imun simtomatik: lamanya diatas 3 tahun dengan demam, keringat malam hari, berat badan menurun, diare, neuropati, lemah, ras, limfa denopati, lesi mulut.
- e. 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 neurologis.

5. Pencegahan

Cara pencegahan virus HIV adalah dengan memutuskan rantai penularan. Pencegahan virus HIV dapat dikaitkan dengan cara-cara penularan HIV, salah satu pencegahannya adalah melakukan penyuluhan dini terhadap golongan yang berisiko tinggi untuk terinfeksi HIV misalnya orang yang memiliki banyak mitra seksual dan pada penggunaan jarum suntik bersama. Infeksi HIV/AIDS merupakan suatu penyakit dengan perjalanan yang panjang

dan hingga saat ini belum ditemukan obat efektif maka pencegahan dan penularan menjadi sangat penting melalui pendidikan kesehatan dan peningkatan pengetahuan mengenai patofisiologi HIV dan cara penularannya (Hidayati, 2020).

Andriati et al (2018) menyatakan bahwa dalam usaha mengurangi infeksi HIV terdiri dari 4 strategi, yaitu

- a. Menjadikan tes HIV sebagai rutin dari pelayanan kesehatan.
- b. Mengimplementasi satu model baru dalam melakukan diagnosis selain dari pelayanan kesehatan.
- c. Memberantas jangkitan HIV yang baru dengan cara melakukan kerja sama dengan pasien yang menghidap HIV serta pasangannya.
- d. Mengurangi transmisi perinatal dari ibu ke bayi.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2019) menyatakan bahwa upaya pencegahan HIV dengan konsep “ABCDE” yaitu:

- a. A (Abstinence): artinya absen seks atau tidak melakukan hubungan seks bagi yang belum menikah.
- b. B (Be Faithful): artinya bersikap saling setia kepada satu pasangan seks (tidak berganti-ganti pasangan).
- c. C (Condom): artinya cegah penularan HIV melalui hubungan seksual dengan menggunakan kondom
- d. D (Drug No): artinya dilarang menggunakan narkoba
- e. E (Education): artinya pemberian edukasi dan informasi yang benar mengenai HIV, cara penularan, pencegahan dan pengobatannya.

6. Pengobatan

Aryani et al (2021) menyatakan terapi antiretroviral atau ART merupakan kombinasi tiga obat yang dapat menekan jumlah HIV yang merupakan penyebab AIDS di tubuh kita. Penggunaan obat ini, ada harapan HIV tidak ditemukan lagi di dalam darah, walaupun masih ada virus di tempat

persembunyian lain di tubuh. Terapi ini harus dipakai terus-menerus agar tetap efektif. ART tidak dapat memberantas HIV dari seluruh tubuh kita, jadi tidak dapat menyembuhkan kita dari infeksi HIV. Ada beberapa manfaat yang didapat dari memakai ART, antara lain:

- a. Menghambat perjalanan penyakit HIV
- b. Meningkatkan jumlah sel CD4
- c. Mengurangi jumlah virus dalam darah
- d. Kita merasa lebih enak dan nyaman

Tujuan utama ART adalah untuk menurunkan jumlah virus dalam darah sampai di bawah jumlah yang dapat dideteksi oleh tes viral load. Biasanya tingkat yang tidak terdeteksi ini akan dicapai dalam 16-30 minggu. Jika terapi bekerja baik, viral load tetap tidak terdeteksi dan jumlah CD4 meningkat atau stabil.

7. Diagnosis HIV/AIDS

Tes HIV harus mengikuti prinsip berupa 5 komponen dasar yang telah disepakati secara global yaitu 5C (informed consent, confidentiality, counseling, correct test results, connections to care, treatment and prevention services). Prinsip 5C harus diterapkan pada semua model layanan testing dan konseling (TK) HIV. Ketersediaan rujukan efektif ke fasyankes yang menyediakan terapi ARV (connections to care, treatment and prevention services) merupakan komponen yang sangat penting setelah diagnosis HIV. Pada studi observasi populasi kunci di 4 kota Indonesia menunjukkan bahwa kemungkinan memulai terapi ARV lebih besar jika tes dilakukan pada tempat yang juga menyediakan layanan pencegahan serta perawatan, dukungan, dan pengobatan (PDP). Suatu tinjauan pustaka sistematis mengenai pelaksanaan tes dan konseling atas inisiatif petugas kesehatan juga menunjukkan bahwa

dukungan sistem kesehatan merupakan komponen penting untuk kelangsungan penanganan ODHA (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

a. Tes Diagnosis HIV

Diagnosis HIV dapat ditegakkan dengan menggunakan 2 metode pemeriksaan, yaitu pemeriksaan serologis dan virologis.

1) Metode pemeriksaan serologis

Antibodi dan antigen dapat dideteksi melalui pemeriksaan serologis. Adapun metode pemeriksaan serologis yang sering digunakan adalah

a) *EIA (enzyme immunoassay)*

Secara umum tujuan pemeriksaan tes cepat dan EIA adalah sama, yaitu mendeteksi antibodi saja (generasi pertama) atau antigen dan antibodi (generasi ketiga dan keempat). Metode western blot sudah tidak digunakan sebagai standar konfirmasi diagnosis HIV lagi di Indonesia (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

2) Metode pemeriksaan virologis

Pemeriksaan virologis dilakukan dengan pemeriksaan DNA HIV dan RNA HIV. Saat ini pemeriksaan DNA HIV secara kualitatif di Indonesia lebih banyak digunakan untuk diagnosis HIV pada bayi. Pada daerah yang tidak memiliki sarana pemeriksaan DNA HIV, untuk menegakkan diagnosis dapat menggunakan pemeriksaan RNA HIV yang bersifat kuantitatif atau merujuk ke tempat yang mempunyai sarana pemeriksaan DNA HIV dengan menggunakan tetes darah kering (dried blood spot [DBS]).

Pemeriksaan virologis digunakan untuk mendiagnosis HIV pada :

- a) bayi berusia dibawah 18 bulan.
- b) infeksi HIV primer.
- c) kasus terminal dengan hasil pemeriksaan antibodi negatif namun gejala klinis sangat mendukung ke arah AIDS.
- d) konfirmasi hasil inkonklusif atau konfirmasi untuk dua hasil laboratorium yang berbeda.

Hasil pemeriksaan HIV dikatakan positif apabila:

- a) tiga hasil pemeriksaan serologis dengan tiga metode atau reagen berbeda menunjukkan hasil reaktif.
- b) pemeriksaan virologis kuantitatif atau kualitatif terdeteksi HIV.

Strategi pemeriksaan yang digunakan diasumsikan mempunyai sensitivitas minimal 99% (batas bawah IK 95%) dan spesifisitas minimal 98% (batas bawah IK 95%), sehingga menghasilkan nilai duga positif sebesar 99% atau lebih. Strategi pemeriksaan yang dilakukan di laboratorium atau di komunitas harus memberikan hasil yang sama. Strategi ini dapat diaplikasikan pada semua format tes serologis. Semua personel yang terlibat, baik tenaga laboratorium maupun pekerja kesehatan yang telah dilatih, dalam melakukan tes, termasuk pengambilan spesimen, prosedur pemeriksaan, pelaporan status HIV harus berpedoman pada strategi tes ini. Kombinasi tes cepat atau kombinasi tes cepat dan EIA dapat memberikan hasil yang lebih baik dibandingkan dengan kombinasi EIA/western blot (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

b. Diagnosis infeksi HIV pada anak berusia <18 bulan

Mortalitas tertinggi balita terinfeksi HIV yang tidak mendapatkan terapi terjadi pada usia pertama kehidupan. Diagnosis dini merupakan salah satu upaya untuk menghindari kematian tersebut. Diagnosis definitif infeksi

HIV pada anak berusia <18 bulan hanya dapat dilakukan dengan menggunakan tes virologis (lampiran 2). Uji serologis tidak dapat digunakan untuk menegakkan diagnosis definitif infeksi HIV pada anak berusia <18 bulan karena terdapat transfer transplasental antibodi maternal terhadap HIV (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

Spesifitas PCR RNA HIV mencapai 100% saat lahir, usia 1, 3, dan 6 bulan. Spesifitas tersebut tidak berbeda dengan spesifitas PCR DNA HIV. Uji yang dilakukan segera saat lahir akan mendeteksi bayi yang terinfeksi intrauterin. Uji PCR RNA HIV dapat mengidentifikasi bayi terinfeksi HIV sebesar 25-85% pada usia satu minggu pertama; 89% pada usia satu bulan; 90-100% pada usia 2-3. Uji PCR DNA HIV mempunyai spesifitas sebesar 99,8% saat lahir, dan 100% pada usia 1,3, dan 6 bulan. Uji PCR DNA HIV dapat mengidentifikasi bayi terinfeksi HIV sebesar 20-55% pada usia satu minggu pertama; 90% pada usia 2-4 minggu; 100% pada usia 3-6 bulan.

Penentuan saat pemeriksaan yang tepat untuk mendiagnosis infeksi HIV pada bayi ditentukan oleh beberapa faktor, di antaranya estimasi saat infeksi terjadi (intrauterin, intrapartum, pasca-natal), sensitivitas, spesifisitas dan nilai duga uji yang digunakan; risiko mortalitas terhadap usia; dan retensi pemeriksaan sampai dengan tata laksana. World Health Organization merekomendasikan pemeriksaan uji virologis pertama dilakukan pada usia 4-6 minggu. Bayi dengan risiko tinggi harus mendapatkan pemeriksaan PCR tambahan pada saat lahir dan usia 4 bulan (jika hasil PCR pertama negatif) (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

Sensitivitas dan spesifisitas pemeriksaan PCR DNA dan RNA untuk menegakkan diagnosis infeksi HIV yang dilakukan segera saat lahir memiliki hasil yang tidak begitu baik. Pemeriksaan virologis pada usia 1-2 bulan bertujuan untuk memaksimalkan deteksi infeksi HIV pada bayi. Penelitian terhadap 1567 bayi lahir dari ibu terinfeksi HIV yang membandingkan akurasi uji PCR RNA HIV dan PCR DNA HIV

mendapatkan akurasi keduanya serupa dengan masing-masing sensitivitas sebesar 100% pada usia 3 bulan. Sensitivitas terendah didapatkan pada saat pemeriksaan segera setelah lahir (PCR DNA HIV: 55%; PCR RNA HIV: 58%) dan meningkat pada usia 1 bulan (89%) dan 3 bulan (100%) (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

Pada fasilitas kesehatan yang tidak memiliki akses uji virologis HIV, diagnosis presumtif infeksi HIV ditegakkan pada anak berusia <18 bulan apabila didapatkan kelainan terkait HIV disertai hasil serologis HIV yang seropositif. Kriteria diagnosis presumtif infeksi HIV memiliki sensitivitas dan spesifisitas sebesar masing-masing 68.9% dan 81% untuk mengidentifikasi infeksi HIV pada anak <18 bulan (lampiran 2). Kriteria tersebut memiliki akurasi optimal untuk menegakkan diagnosis infeksi HIV presumtif pada usia 9-12 bulan. Penegakan diagnosis infeksi HIV presumtif harus segera dikonfirmasi secepatnya menggunakan uji virologis (PCR DNA HIV) atau uji serologis setelah anak berusia >18 bulan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

c. Diagnosis HIV pada anak > 18 bulan, remaja dan dewasa

Terdapat tiga jenis tes antibodi untuk menegakkan diagnosis HIV pada anak >18 bulan, remaja, dan dewasa (lampiran 3). Hasil pemeriksaan anti-HIV dapat berupa reaktif, non-reaktif (negatif), dan tidak dapat ditentukan (inkonklusif). Hasil yang belum terkonfirmasi didapatkan jika tes HIV pertama reaktif namun pemeriksaan tambahan tidak dilakukan pada kunjungan yang sama untuk konfirmasi diagnosis HIV. Hal ini terjadi pada daerah yang menerapkan satu kali pemeriksaan, suatu pendekatan yang dinamakan “tes untuk triase”. Konselor dan penyedia layanan tes bertanggung jawab menjelaskan bahwa hasil yang didapatkan bukan merupakan diagnosis HIV dan memerlukan konfirmasi serta merujuk klien dengan hasil reaktif ke tempat dimana diagnosis HIV dapat ditentukan.

Pasien dimotivasi untuk sesegera mungkin ke fasilitas pemeriksaan selanjutnya (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

d. Tes ulang pada periode jendela

Pada sebagian besar kondisi, konseling pasca-tes menganjurkan pasien dengan hasil tes HIV negatif untuk melakukan tes ulang. Tes ulang dimaksudkan untuk mengeluarkan kemungkinan infeksi akut pada periode yang terlalu dini untuk melakukan tes diagnostik (periode jendela). Meski demikian tes ulang hanya perlu dilakukan pada individu dengan HIV negatif yang baru saja mendapat atau sedang memiliki risiko pajanan.

Pada beberapa orang terduga terpapar secara spesifik atau berisiko tinggi dapat disarankan tes ulang setelah 4 hingga 6 minggu. Orang berisiko tinggi seperti populasi kunci, dianjurkan melakukan tes ulang secara regular setiap tahun. Tes ulang memberikan kesempatan untuk memberikan kepastian diagnosis HIV secara dini dan untuk mendapatkan edukasi mengenai pencegahan HIV.

Pada daerah dengan prevalens tinggi, tes ulang HIV pada wanita hamil dapat dilakukan pada kehamilan lanjut, persalinan, atau sesegera mungkin setelah persalinan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

B. Konsep Keluarga

1. Definisi Keluarga

Keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dan didalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan. Keluarga adalah dua atau lebih individu yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan dan adopsi dalam satu rumah tangga, yang berinteraksi satu dengan lainnya dalam peran dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya (Marilyn et al., 2019).

2. Fungsi Keluarga

Menurut Marilyn et al (2019) fungsi keluarga dibagi menjadi 5 yaitu:

- a. Fungsi Afektif
Memfasilitasi stabilisasi kepribadian orang dewasa, memenuhi kebutuhan psikologis anggota keluarga.
- b. Fungsi Sosialisasi
Memfasilitasi sosialisasi primer anak yang bertujuan menjadikan anak sebagai anggota masyarakat yang produktif serta memberikan status pada anggota keluarga.
- c. Fungsi Reproduksi
Untuk mempertahankan kontinuitas keluarga selama beberapa generasi dan untuk keberlangsungan hidup masyarakat,.
- d. Fungsi ekonomi
Menyediakan sumber ekonomi yang cukup dan alokasi efektifnya
- e. Fungsi perawatan kesehatan
Menyediakan kebutuhan fisik-makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan kesehatan (Marilyn M. Friedman, 2010).

Berdasarkan UU No.10 tahun 1992 PP No.21 tahun 1994 tertulis fungsi keluarga dalam delapan bentuk yaitu :

- a. Fungsi Keagamaan
 - 1) Membina norma ajaran-ajaran agama sebagai dasar dan tujuan hidup seluruh anggota keluarga.
 - 2) Menerjemahkan agama kedalam tingkah laku hidup sehari-hari kepada seluruh anggota keluarga.
 - 3) Memberikan contoh konkrit dalam hidup sehari-hari dalam pengamalan dari ajaran agama.
 - 4) Melengkapi dan menambah proses kegiatan belajar anak tentang keagamaan yang kurang diperolehnya disekolah atau masyarakat.

5) Membina rasa, sikap, dan praktek kehidupan keluarga beragama sebagai pondasi menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

b. Fungsi Budaya

1) Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga untuk meneruskan norma-norma dan budaya masyarakat dan bangsa yang ingin dipertahankan.

2) Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga untuk menyaring norma dan budaya asing yang tidak sesuai.

3) Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga yang anggotanya mencari pemecahan masalah dari berbagai pengaruh negatif globalisasi dunia.

4) Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga yang anggotanya dapat berpartisipasi berperilaku yang baik sesuai dengan norma bangsa Indonesia dalam menghadapi tantangan globalisasi.

5) Membina budaya keluarga yang sesuai, selaras dan seimbang dengan budaya masyarakat atau bangsa untuk menjunjung terwujudnya norma keluarga kecil bahagia sejahtera

c. Fungsi Cinta Kasih

1) Menumbuh kembangkan potensi kasih sayang yang telah ada antar anggota keluarga ke dalam simbol-simbol nyata secara optimal dan terus-menerus.

2) Membina tingkah laku saling menyayangi baik antar keluarga secara kuantitatif dan kualitatif.

3) Membina praktek kecintaan terhadap kehidupan duniawi dan ukhrowi dalam keluarga secara serasi, selaras dan seimbang.

4) Membina rasa, sikap dan praktek hidup keluarga yang mampu memberikan dan menerima kasih sayang sebagai pola hidup ideal menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

d. Fungsi Perlindungan

- 1) Memenuhi kebutuhan rasa aman anggota keluarga baik dari rasa tidak aman yang timbul dari dalam maupun dari luar keluarga.
- 2) Membina keamanan keluarga baik fisik maupun psikis dari berbagai bentuk ancaman dan tantangan yang datang dari luar.
- 3) Membina dan menjadikan stabilitas dan keamanan keluarga sebagai modal menuju keluarga kecil bahagia sejahtera

e. Fungsi Reproduksi

- 1) Membina kehidupan keluarga sebagai wahana pendidikan reproduksi sehat baik bagi anggota keluarga maupun bagi keluarga sekitarnya.
- 2) Memberikan contoh pengamalan kaidah-kaidah pembentukan keluarga dalam hal usia, penderewasaan fisik maupun mental.
- 3) Mengamalkan kaidah-kaidah reproduksi sehat, baik yang berkaitan dengan waktu melahirkan, jarak antara dua anak dan jumlah ideal anak yang diinginkan dalam keluarga.
- 4) Mengembangkan kehidupan reproduksi sehat sebagai modal yang kondusif menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

f. Fungsi Sosialisasi

- 1) Menyadari, merencanakan dan menciptakan lingkungan keluarga sebagai wahana pendidikan dan sosialisasi anak pertama dan utama.
- 2) Menyadari, merencanakan dan menciptakan kehidupan keluarga sebagai pusat tempat anak dapat mencari pemecahan dari berbagai konflik dan permasalahan yang dijumpainya baik di lingkungan sekolah maupun masyarakat.
- 3) Membina proses pendidikan dan sosialisasi anak tentang hal-hal yang diperlukan untuk meningkatkan kematangan dan kedewasaan (fisik dan mental), yang kurang diberikan oleh lingkungan sekolah maupun masyarakat.

- 4) Membina proses pendidikan dan sosialisasi yang terjadi dalam keluarga sehingga tidak saja bermanfaat positif bagi anak, tetapi juga bagi orang tua, dalam rangka perkembangan dan kematangan hidup bersama menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

g. Fungsi Ekonomi

- 1) Melakukan kegiatan ekonomi baik di luar maupun di dalam lingkungan keluarga dalam rangka menopang kelangsungan dan perkembangan kehidupan keluarga.
- 2) Mengelola ekonomi keluarga sehingga terjadi keserasian, keselarasan dan keseimbangan antara pemasukan dan pengeluaran keluarga.
- 3) Mengatur waktu sehingga kegiatan orang tua di luar rumah dan perhatiannya terhadap anggota keluarga berjalan secara serasi, selaras dan seimbang.
- 4) Membina kegiatan dan hasil ekonomi keluarga sebagai modal untuk mewujudkan keluarga kecil bahagia dan sejahtera.

h. Fungsi Pelestarian Lingkungan

- 1) Membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan internal keluarga.
- 2) Membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan eksternal keluarga.
- 3) Membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan yang serasi, selaras dan seimbang dan antara lingkungan keluarga dengan lingkungan hidup masyarakat sekitarnya.
- 4) Membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan hidup sebagai pola hidup keluarga menuju keluarga kecil bahagia sejahtera (UU No.10 tahun 1992 PP No.21 tahun 1994, dalam Setiadi 2008).

3. Tipe dan bentuk keluarga

Tipe keluarga menurut Wahyuni et al (2021) yaitu sebagai berikut :

a. Nuclear Family

Keluarga inti yang terdiri atas ayah, ibu, dan anak yang tinggal dalam satu rumah di tetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, satu/ keduanya dapat bekerja di laur rumah.

b. Extended Family

Keluarga inti ditambahkan dengan sanak saudara, misalnya nenek, kakek, keponakan, saudara sepupu, pama, bibi, dan sebagainya.

c. Reconstituted Nuclear

Pembentukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami/istri, tinggal dalam pembentukan satu rumah dengan anak-anaknya, baik itu bawaan dari perkawinan lama maupun hasil dari perkawinan baru. Satu atau keduanya dapat bekerja di luar rumah

d. Middle Age/ Aging Couple

Suami sebagai pencari uang. Istri di rumah/ kedua-duanya bekerja di rumah, anak-anak sudah meningglakan rumah karena sekolah/ perkawinan/meniti karier.

e. Dyadic Nuclear

Suami istri yang sudah berumur da tidak mempunyai anak, keduanya/slah satu bekerja di rumah.

f. Single Parent

Satu orang tua sebagai akibat perceraian/ kematian pasangannya dan anak-anaknya dapat tinggal di rumah/ di luar rumah.

g. Dual Carier

Suami istri atau keduanya berkarier dan tanpa anak.

h. Commuter Married

Suami istri/ keduanya orang karier dan tinggal terpisah pada jarak tertentu, keduanya saling mencari pada waktu-waktu tertentu.

i. Single Adult

Wanita atau pria dewasa yang tinggal sendiri dengan tidak adanya keinginan untuk menikah.

j. Three Generation

Tiga generasi atau lebih tinggal dalam satu rumah

k. Institutional

Anak-anak atau orang-orang dewasa tinggal dalam suatu panti-panti.

l. Comunal

Satu rumah terdiri atas dua/lebih pasangan yang monogami dengan anak-anaknya dan bersama-sama dalam penyediaan fasilitas.

m. Group Marriage

Satu perumahan terdiri atas orangtua dan keturunannya di dalam satu kesatuan keluarga dan tiap individu adalah menikah dengan yang lain dan semua adalah orang tua dari anak-anak.

n. Unmarried parent and child

Ibu dan anak dimana perkawinan tidak dikehendaki, anaknya di adopsi.

o. Cohibing Cauple

Dua orang/ satu pasangan yang tinggal bersama tanpa pernikahan (Harmoko, 2012).

4. Struktur Keluarga

Struktur keluarga oleh Marilyn et al (2019) di gambarkan sebagai berikut :

a. Struktur komunikasi

Komunikasi dalam keluarga dikatakan berfungsi apabila dilakukan secara jujur, terbuka, melibatkan emosi, konflik selesai dan hierarki kekuatan. Komunikasi keluarga bagi pengirim yakin mengemukakan pesan secara jelas dan berkualitas, serta meminta dan menerima umpan balik. Penerima pesan mendengarkan pesan, memberikan umpan balik, dan valid. Komunikasi dalam keluarga dikatakan tidak berfungsi apabila tertutup, adanya isu atau berita negatif, tidak berfokus pada satu hal, dan selalu

mengulang isu dan pendapat sendiri. Komunikasi keluarga bagi pengirim bersifat asumsi, ekspresi perasaan tidak jelas, judgemental ekspresi, dan komunikasi tidak sesuai. Penerima pesan gagal mendengar, diskualifikasi, ofensif (bersifat negatif), terjadi miskomunikasi, dan kurang atau tidak valid.

1) Karakteristik pemberi pesan :

- a) Yakin dalam mengemukakan suatu pendapat.
- b) Apa yang disampaikan jelas dan berkualitas.
- c) Selalu menerima dan meminta timbal balik.

2) Karakteristik Pendengar

- a) Siap mendengarkan
- b) Memberikan umpan balik
- c) Melakukan validasi

b. Struktur peran

Struktur peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai posisi sosial yang diberikan. Jadi, pada struktur peran bisa bersifat formal atau informal. Posisi/status adalah posisi individu dalam masyarakat misal status sebagai istri/suami.

c. Struktur Kekuatan

Struktur kekuatan adalah kemampuan dari individu untuk mengontrol, memengaruhi, atau mengubah perilaku orang lain. Struktur nilai dan norma Nilai adalah sistem ide-ide, sikap keyakinan yang mengikat anggota keluarga dalam budaya tertentu. Sedangkan norma adalah pola perilaku yang diterima pada lingkungan sosial tertentu, lingkungan keluarga, dan lingkungan masyarakat sekitar keluarga.

- 1) Nilai, suatu sistem, sikap, kepercayaan yang secara sadar atau tidak dapat mempersatukan anggota keluarga.
- 2) Norma, pola perilaku yang baik menurut masyarakat berdasarkan sistem nilai dalam keluarga.

- 3) Budaya, kumpulan daripada perilaku yang dapat dipelajari, dibagi dan ditularkan dengan tujuan untuk menyelesaikan masalah (Friedman, 2012).

C. Konsep Pendidikan Kesehatan

1. Definisi Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan merupakan suatu cara penunjang program program kesehatan yang dapat merubah perilaku individu, kelompok dan masyarakat sesuai dengan nilai-nilai kesehatan. Perubahan perilaku yang diharapkan adalah dapat memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah risiko terjadinya sakit, melindungi diri dari ancaman penyakit, serta berpartisipasi aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat sehingga perubahan perilaku merupakan hasil dari pendidikan kesehatan (Suliha & Resnayati, 2019).

2. Tujuan Pendidikan Kesehatan

Menurut UU Kesehatan No. 23 Tahun 1992 bahwa tujuan dari pendidikan kesehatan yaitu meningkatkan kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan, baik fisik, mental, dan sosial untuk pemberantasan penyakit menular, sanitasi lingkungan, gizi masyarakat, pelayanan kesehatan, maupun program kesehatan lainnya (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 1992).

3. Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Menurut Nurmala (2020), ruang lingkup dalam promosi kesehatan tidak dibatasi oleh ruang dan waktu, sehingga dapat dilihat dari berbagai sudut pandang, yaitu:

- a. Ruang lingkup berdasarkan area masalah

Dilihat dari area masalah, ruang lingkup upaya pendidikan kesehatan mencakup berbagai ideologi dari kesehatan dan penyakit seperti kesehatan

ibu, kesehatan anak, penyakit infeksi dan penyakit infeksi menular, penyakit tidak menular, kecelakaan dan bencana, kesehatan manula.

b. Ruang lingkup berdasarkan tingkat pencegahan

Masyarakat berada dalam berbagai status atau kondisi, sehingga promosi kesehatan harus bersifat komprehensif atau menyeluruh. Di dalam upaya kesehatan, ada beberapa tingkat pencegahan yaitu berupa pencegahan primer, pencegahan sekunder dan pencegahan tersier.

c. Ruang lingkup pelayanan kesehatan dasar

Upaya-upaya peningkatan kesehatan dibagi menjadi 4 tingkat pelayanan, yaitu: promosi kesehatan, pencegahan penyakit, perawatan/pengobatan penyakit dan rehabilitasi.

d. Ruang lingkup aktivitas

Menurut Ottawa Charter mengemukakan 5 (lima) pilar utama dalam mempromosikan kesehatan, yaitu: kebijakan publik yang sehat, menciptakan lingkungan yang mendukung, kegiatan masyarakat, mengembangkan keterampilan pribadi, dan orientasi ulang pelayanan kesehatan.

e. Sasaran pendidikan kesehatan

Dimensi sasaran pendidikan terdiri dari tiga dimensi, yaitu pendidikan kesehatan individu dengan sasaran individu, pendidikan kelompok dengan sasaran kelompok, pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat luas. Sasaran pendidikan kesehatan dibagi menjadi tiga, yaitu:

- 1) Sasaran primer, yaitu sasaran langsung pada masyarakat berupa segala upaya pendidikan/promosi kesehatan.
- 2) Sasaran sekunder, lebih ditujukan pada tokoh masyarakat dengan harapan dapat memberikan pendidikan kesehatan pada masyarakatnya secara lebih luas.
- 3) Sasaran tersier, sasaran ditujukan pada pembuat keputusan/penentu kebijakan baik ditingkat pusat maupun ditingkat daerah.

f. Metode pendidikan kesehatan

Metode dalam pendidikan kesehatan ada 3, yaitu:

1) Metode individual

Dalam pendidikan kesehatan, metode ini digunakan untuk membina perilaku atau membina seseorang yang telah mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi. didekati secara perorangan. Agar petugas kesehatan mengetahui dengan tepat bagaimana cara membantunya maka perlu menggunakan bentuk pendekatan (metode) berikut ini, yaitu: bimbingan dan penyuluhan (guidance and counseling), serta interview (wawancara).

2) Metode kelompok

Metode kelompok ditentukan oleh besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal dari sasaran. Efektivitas suatu metode akan tergantung pada besarnya sasaran pendidikan. Metode kelompok berupa kelompok besar dan kelompok kecil.

3) Metode massa

Metode ini dipakai untuk mengkomunikasikan informasi-informasi kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat atau publik. Beberapa contoh metode pendidikan kesehatan secara massa ini, antara lain: ceramah umum, pidato, simulasi, tulisan-tulisan, dan bill board.

g. Media pendidikan kesehatan

Berdasarkan peran fungsinya sebagai penyaluran pesan/informasi kesehatan, media promosi kesehatan dibagi menjadi 3 yakni:

1) Media cetak

Media ini mengutamakan pesan-pesan visual, biasanya terdiri dari gambaran sejumlah kata, gambar atau foto dalam tata warna. Media yang tercakup pada meliputi media cetak adalah booklet, leaflet, flyer

(selebaran), rubrik atau tulisan dan flip chart (lembar balik) pada surat kabar, majalah, poster, atau foto yang mengungkapkan informasi kesehatan.

2) Media elektronik

Media ini merupakan media yang bergerak dan dinamis, dapat dilihat dan didengar dan penyampaiannya melalui alat bantu elektronika. Media elektronik mencakup televisi, cassette, CD, VCD, internet (komputer dan modem), radio, video film, SMS (telepon seluler).

3) Media luar ruang

Media luar ruangan dapat dilakukan pada kegiatan yang diadakan di pusat perbelanjaan atau hiburan yang menarik perhatian pengunjung.

D. Asuhan Keperawatan Teoritis

Asuhan keperawatan bagi penderita penyakit AIDS merupakan tantangan yang besar bagi perawat karena setiap sistem organ berpotensi untuk menjadi sasaran infeksi ataupun kanker. Disamping itu, penyakit ini akan dipersulit oleh komplikasi masalah emosional, sosial dan etika. Rencana keperawatan bagi penderita AIDS harus disusun secara individual untuk memenuhi kebutuhan masing-masing pasien (Hinkle & Cheever, 2018). Pengkajian pada pasien HIV AIDS meliputi :

1. Pengkajian

a. Identitas Pasien

Meliputi : nama, tempat/ tanggal lahir, jenis kelamin, status kawin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, diagnosa medis, No. MR

b. Keluhan Utama

Dapat ditemukan pada pasien AIDS dengan manifestasi respiratori ditemui keluhan utama sesak nafas. Keluhan utama lainnya ditemui pada pasien HIV AIDS yaitu, demam yang berkepanjangan (lebih dari 3 bulan), diare

kronis lebih dari satu bulan berulang maupun terus menerus, penurunan berat badan lebih dari 10%, batuk kronis lebih dari 1 bulan, infeksi pada mulut dan tenggorokan disebabkan oleh jamur *Candida Albicans*, pembengkakan kelenjer getah bening diseluruh tubuh, munculnya Harpes zoster berulang dan bercak-bercak gatal diseluruh tubuh.

c. Riwayat kesehatan sekarang

Dapat ditemukan keluhan yang biasanya disampaikan pasien HIV AIDS adalah : pasien akan mengeluhkan napas sesak (dispnea) bagi pasien yang memiliki manifestasi respiratori, batuk-batuk, nyeri dada dan demam, pasien akan mengeluhkan mual, dan diare serta penurunan berat badan drastis.

d. Riwayat kesehatan dahulu

Biasanya pasien pernah dirawat karena penyakit yang sama. Adanya riwayat penggunaan narkotika suntik, hubungan seks bebas atau berhubungan seks dengan penderita HIV/AIDS, terkena cairan tubuh penderita HIV/AIDS.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Biasanya pada pasien HIV AIDS adanya anggota keluarga yang menderita penyakit HIV/AIDS. Kemungkinan dengan adanya orang tua yang terinfeksi HIV. Pengkajian lebih lanjut juga dilakukan pada riwayat pekerjaan keluarga, adanya keluarga bekerja di tempat hiburan malam, bekerja sebagai PSK (Pekerja Seks Komersial).

Pola aktivitas sehari-hari (ADL)

a. Pola persepsi dan tata laksanaan hidup sehat

Biasanya pada pasien HIV/AIDS akan mengalami perubahan atau gangguan pada personal hygiene, misalnya kebiasaan mandi, ganti pakaian, BAB dan BAK dikarenakan kondisi tubuh yang lemah, pasien kesulitan melakukan kegiatan tersebut dan pasien biasanya cenderung dibantu oleh keluarga atau perawat.

b. Pola Nutrisi

Biasanya pasien dengan HIV/AIDS mengalami penurunan nafsu makan, mual, muntah, nyeri menelan, dan juga pasien akan mengalami penurunan BB yang cukup drastis dalam waktu singkat (terkadang lebih dari 10% BB)..

c. Pola Eliminasi

Biasanya pasien mengalami diare, feses encer, disertai mucus berdarah.

d. Pola Istirahat dan Tidur

Biasanya pasien dengan HIV/AIDS pola istirahat dan tidur mengalami gangguan karena adanya gejala seperti demam dan keringat pada malam hari yang berulang. Selain itu juga didukung oleh perasaan cemas dan depresi pasien terhadap penyakitnya

e. Pola aktivitas dan latihan

Biasanya pada pasien HIV/AIDS aktivitas dan latihan mengalami perubahan. Ada beberapa orang tidak dapat melakukan aktifitasnya seperti bekerja. Hal ini disebabkan mereka yang menarik diri dari lingkungan masyarakat maupun lingkungan kerja, karena depresi terkait penyakitnya ataupun karena kondisi tubuh yang lemah.

f. Pola persepsi dan konsep diri

Pada pasien HIV/AIDS biasanya mengalami perasaan marah, cemas, depresi, dan stres.

g. Pola sensori kognitif

Pada pasien HIV/AIDS biasanya mengalami penurunan pengecap, dan gangguan penglihatan. Pasien juga biasanya mengalami penurunan daya ingat, kesulitan berkonsentrasi, kesulitan dalam respon verbal. Gangguan kognitif lain yang terganggu yaitu bisa mengalami halusinasi.

h. Pola hubungan peran

Biasanya pada pasien HIV/AIDS akan terjadi perubahan peran yang dapat mengganggu hubungan interpersonal yaitu pasien merasa malu atau harga diri rendah.

i. Pola penanggulangan stres

Pada pasien HIV AIDS biasanya pasien akan mengalami cemas, gelisah dan depresi karena penyakit yang dideritanya. Lamanya waktu perawatan, perjalanan penyakit, yang kronik, perasaan tidak berdaya karena ketergantungan menyebabkan reaksi psikologis yang negatif berupa marah, kecemasan, mudah tersinggung dan lain-lain, dapat menyebabkan penderita tidak mampu menggunakan mekanisme koping yang konstruktif dan adaptif.

j. Pola reproduksi seksual

Pada pasien HIV AIDS pola reproduksi seksualnya terganggu karena penyebab utama penularan penyakit adalah melalui hubungan seksual.

k. Pola tata nilai dan kepercayaan

Pada pasien HIV AIDS tata nilai keyakinan pasien awalnya akan berubah, karena mereka menganggap hal menimpa mereka sebagai balasan akan perbuatan mereka. Adanya perubahan status kesehatan dan penurunan fungsi tubuh mempengaruhi nilai dan kepercayaan pasien dalam kehidupan pasien, dan agama merupakan hal penting dalam hidup pasien.

Pemeriksaan Fisik

a. Gambaran Umum : ditemukan pasien tampak lemah.

b. Kesadaran pasien : Compos mentis kooperatif, sampai terjadi penurunan tingkat kesadaran, apatis, somnolen, stupor bahkan coma.

c. Vital Sign:

1) TD : Biasanya ditemukan dalam batas normal

2) Nadi : Terkadang ditemukan frekuensi nadi meningkat

- 3) Pernafasan :Biasanya ditemukan frekuensi pernafasan meningkat
- 4) Suhu :Biasanya ditemukan Suhu tubuh meningkat karena demam.
- d. BB : Biasanya mengalami penurunan (bahkan hingga 10% BB)
- e. TB : Biasanya tidak mengalami peningkatan (tinggi badan tetap)
- f. Kepala : Biasanya ditemukan kulit kepala kering karena dermatitis seboroika
- g. Mata : Biasanya ditemukan konjungtiva anemis, sclera tidak ikhterik, pupil isokor, reflek pupil terganggu,
- h. Hidung : Biasanya ditemukan adanya pernafasan cuping hidung.
- i. Gigi dan Mulut: Biasanya ditemukan ulserasi dan adanya bercak-bercak putih seperti krim yang menunjukkan kandidiasi.
- j. Leher : kaku kuduk (penyebab kelainan neurologic karena infeksi jamur *Cryptococcus neoformans*), biasanya ada pembesaran kelenjer getah bening, antung : Biasanya tidak ditemukan kelainan
- k. Paru-paru : Biasanya terdapat yeri dada, terdapat retraksi dinding dada pada pasien AIDS yang disertai dengan TB, Napas pendek (cusmaul), sesak nafas (dypsnea).
- l. lAbdomen : Biasanya terdengar bising usus yang Hiperaktif
- m. Kulit : Biasanya ditemukan turgor kulit jelek, terdapatnya tanda-tanda lesi (lesi sarkoma kaposi).
- n. Ekstremitas : Biasanya terjadi kelemahan otot, tonus otot menurun, akral dingin.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan dibagi menjadi dua jenis, yaitu diagnosis negatif dan diagnosis positif. Diagnosis negatif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit atau berisiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosis ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan dan pencegahan. Diagnosis ini terdiri atas diagnosis aktual dan diagnosis risiko. Diagnosis positif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi yang lebih sehat atau optimal. Diagnosis ini disebut juga diagnosis promosi kesehatan (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017).

Berikut adalah uraian dari masalah yang timbul bagi keluarga klien dengan HIV/AIDS berupa:

- a. Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif Berhubungan Dengan Ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit
- b. Ketidakmampuan coping keluarga berhubungan dengan Ketidakmampuan orang terdekat mengungkapkan perasaan

3. Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan terdiri dari penyusunan luaran yang diinginkan serta menentukan intervensi yang akan dilakukan. Luaran keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Terdapat dua jenis luaran keperawatan yaitu luaran positif dan luaran negatif. Luaran positif menunjukkan kondisi, perilaku atau persepsi yang sehat sehingga penetapan luaran keperawatan ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan atau memperbaiki. Sedangkan luaran negatif menunjukkan kondisi, perilaku atau persepsi yang tidak sehat, sehingga

penetapan luaran keperawatan ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bertujuan untuk menurunkan (Tim Pokja SLKI PPNI, 2019).

Komponen luaran terdiri atas tiga komponen utama yaitu label, ekspektasi, dan kriteria hasil. Label merupakan nama dari luaran keperawatan yang terdiri atas kata kunci untuk mencari informasi terkait luaran keperawatan. Ekspektasi adalah penilaian terhadap hasil yang diharapkan tercapai. Kriteria hasil adalah karakteristik pasien yang bisa diamati maupun diukur oleh perawat dan dijadikan sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi keperawatan (Tim Pokja SIKI PPNI, 2018).

Intervensi keperawatan adalah segala tindakan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Komponen intervensi keperawatan terdiri atas tiga komponen yaitu label, definisi dan tindakan. Label merupakan kata kunci untuk memperoleh informasi terkait intervensi keperawatan tersebut. Definisi merupakan komponen yang menjelaskan mengenai makna dari label intervensi keperawatan. Tindakan merupakan rangkaian perilaku atau aktivitas yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (Tim Pokja SIKI PPNI, 2018).

4. Implementasi Keperawatan

Tindakan perawat adalah upaya perawat untuk membantu kepentingan klien, keluarga, dan komunitas dengan tujuan untuk meningkatkan kondisi fisik, emosional, psikososial, serta budaya dan lingkungan, tempat mereka mencari bantuan. Tindakan keperawatan adalah implementasi/pelaksanaan dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tindakan keperawatan keluarga mencakup hal-hal sebagai berikut (Kholifah & Widagdo, 2016):

- a. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara
 - 1) memberikan informasi;
 - 2) memberikan kebutuhan dan harapan tentang kesehatan
- b. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat, dengan cara:
 - 1) mengidentifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan;
 - 2) mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga;
 - 3) mengidentifikasi tentang konsekuensi tipe tindakan.
- c. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit, dengan cara:
 - 1) mendemonstrasikan cara perawatan;
 - 2) menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah;
 - 3) mengawasi keluarga melakukan perawatan
- d. Membantu keluarga untuk menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat, yaitu dengan cara
 - 1) menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga;
 - 2) melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin
- e. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dengan cara:
 - 1) mengenalkan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga;
 - 2) membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

5. Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai, meskipun tahap evaluasi diletakkan pada akhir proses keperawatan. Evaluasi merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan. Evaluasi didasarkan pada bagaimana efektifnya intervensi atau tindakan yang dilakukan oleh keluarga, perawat dan yang lainnya. Keefektifan ditentukan dengan melihat respon keluarga dan hasil. Tujuan evaluasi dapat berupa mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan dan melanjutkan rencana tindakan keperawatan (Kholifah & Widagdo, 2016). Adapun proses evaluasi dengan mengukur pencapaian tujuan klien yang dapat berupa kognitif, afektif serta psikomotornya. Metode evaluasi yang digunakan berupa SOAP (Kholifah & Widagdo, 2016).