

Tgl Menerima : 16-6-10
Beli / Sumbangan :
Nomor Induk : 1636/10
Klasifikasi :



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN KARAKTERISTIK INDIVIDU DENGAN KOPING PERAWAT
DALAM MEMBERIKAN ASUHAN KEPERAWATAN TERHADAP ANAK
DENGAN HIV/AIDS DI RUANG RAWAT INAP ANAK
RSUPN CIPTO MANGUNKUSUMO JAKARTA**

LAPORAN PENELITIAN

HERLINA FEBRIANTI

(0806387306)

MELATI INDAH PUTRI HERMADI

(0806387905)

MELDA HUTAJULU

(0806387520)

NURBETTI Br. GINTING

(0806387565)

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS INDONESIA

DEPOK

MEI 2010

MILIK PERPUSTAKAAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN KARAKTERISTIK INDIVIDU DENGAN KOPING PERAWAT DALAM
MEMBERIKAN ASUHAN KEPERAWATAN TERHADAP ANAK DENGAN
HIV/AIDS DI RUANG RAWAT INAP ANAK
RSUPN CIPTO MANGUNKUSUMO JAKARTA**

LAPORAN PENELITIAN

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan

HERLINA FEBRIANTI

(0806387306)

MELATI INDAH PUTRI HERMADI

(0806387905)

MELDA HUTAJULU

(0806387520)

NURBETTI Br. GINTING

(0806387565)

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

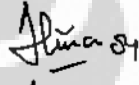
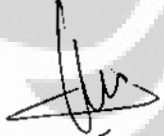

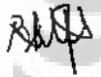
UNIVERSITAS INDONESIA

DEPOK

MEI 2010

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Laporan penelitian ini adalah hasil karya dari Herlina Febrianti,
Melati Indah Putri Hermadi, Melda Hutajulu, Nurbetti Br. Ginting,
dan semua sumber baik yg dikutip maupun dirujuk
telah kami nyatakan dengan benar

Nama	NPM	TANDA TANGAN
Herlina Febrianti	0806387306	()
Melati Indah Putri Hermadi	0806387905	()
Melda Hutajulu	0806387520	()
Nurbetti Br. Ginting	0806387565	()

LEMBAR PENGESAHAN

Penelitian dengan Judul:
**Hubungan Karakteristik Individu Dengan Koping Perawat
Dalam Memberikan Asuhan Keperawatan Terhadap Anak
Dengan HIV/AIDS di Ruang Rawat Inap Anak
RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta**

Telah mendapat pengesahan
Sebagai tugas akhir mata ajar Riset Keperawatan
Depok, 21 Mei 2010

Mengetahui,
Koordinator Mata Ajar Riset Keperawatan



Dewi Gayatri, SKp., MKes
NIP. 19711222 199603 2 001

Menyetujui,
Pembimbing Riset Keperawatan



Dewi Gayatri, SKp., MKes
NIP. 19711222 199603 2 001

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur peneliti panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa sehingga laporan penelitian ini dapat terselesaikan dengan judul “Hubungan Karakteristik Individu Dengan Koping Perawat Dalam Memberikan Asuhan Keperawatan Terhadap Anak Dengan HIV/AIDS di Ruang Rawat Inap Anak RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta”. Adapun tujuan penelitian ini adalah untuk memenuhi tugas akhir mata ajar Riset Keperawatan.

Laporan penelitian ini tidak dapat terselesaikan tanpa bantuan dan kerjasama dari berbagai pihak. Oleh karena itu, peneliti menyampaikan secara khusus rasa terima kasih dari hati yang tulus serta penghargaan kepada Dewi Gayatri, SKp., MKes selaku pembimbing dan koordinator mata ajar Riset Keperawatan, yang telah menyediakan waktu untuk memberikan bimbingan, arahan dan perhatian selama proses dari awal hingga akhir penelitian ini. Terima kasih juga peneliti sampaikan kepada:

1. Dewi Irawaty, MA., Ph.D selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI);
2. Kedua orang tua dan keluarga peneliti, yang selalu memberikan doa dan dukungan dalam berbagai bentuk dan akan selalu menjadi sandaran terbaik;
3. Manajer Keperawatan Anak RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta;
4. Kepala Ruang Rawat Inap Anak RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta;
5. Pihak pengelola perpustakaan FIK-UI, sebagai tempat utama dalam pencarian referensi;
6. Seluruh responden yang telah ikut berpartisipasi dalam penelitian ini;
7. Rekan-rekan mahasiswa ekstensi sore 2008, yang ikut serta saling membantu dalam mengerjakan penelitian;
8. Pihak lain yang tidak dapat peneliti sebutkan satu-persatu tanpa mengurangi rasa terima kasih.

Akhir kata, peneliti berharap laporan hasil penelitian ini dapat bermanfaat dan berkembang dengan hasil penelitian selanjutnya.

Jakarta, Mei 2010

Peneliti

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMISI**

Sebagai civitas akademik Universitas Indonesia, kami yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Herlina Febrianti
Melati Indah Putri Hermadi
Melda Hutajulu
Nurbetti Br. Ginting

Program Studi : Ilmu Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Laporan Penelitian

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan ke Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-exclusive Royalty-Free Rights*) atas karya ilmiah kami yang berjudul:

**Hubungan Karakteristik Individu Dengan Koping Perawat
Dalam Memberikan Asuhan Keperawatan Terhadap Anak
Dengan HIV/AIDS di Ruang Rawat Inap Anak
RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini, Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia atau memformatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir kami selama tetap mencantumkan nama kami sebagai penulis atau pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Demikian pernyataan ini kami buat dengan sebenarnya.

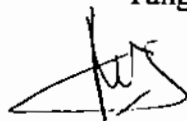
Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 21 Mei 2010

Yang menyatakan:



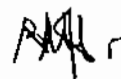
(Herlina Febrianti)



(Melati Indah Putri H)



(Melda H)



(Nurbetti Br. Ginting)

ABSTRAK

Nama : Herlina Febrianti*; Melati Indah Putri H*; Melda Hutajulu*; Nurbetti Br. Ginting*; Dewi Gayatri**
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara karakteristik individu dengan coping perawat dalam memberikan askep pada klien anak dengan HIV/AIDS di RSUPN Cipto Mangunkusumo. Desain yang digunakan adalah deskriptif dengan metode pendekatan cross sectional. Sampel berjumlah 88 responden. Hasil penelitian pada analisa univariat didapatkan bahwa rata-rata umur perawat 30,92 tahun, lama kerja 2,20 tahun, mayoritas berjenis kelamin perempuan (94,3%), dengan tingkat pendidikan mayoritas DIII (81,8%).Koping perawat dalam merawat anak dengan HIV/AIDS didapatkan paling banyak memiliki coping destruktif yaitu 49 perawat (55,7%) dan coping konstruktif 39 orang perawat (44,3%).

Sedangkan pada analisa bivariat menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara coping dengan karakteristik individu yang meliputi umur, jenis kelamin, dan lama kerja. Akan tetapi pada karakteristik tingkat pendidikan didapatkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan akan semakin baik coping konstruktif yang dimiliki oleh perawat.

Kata kunci: coping, perawat, karakteristik, HIV/AIDS

Abstract

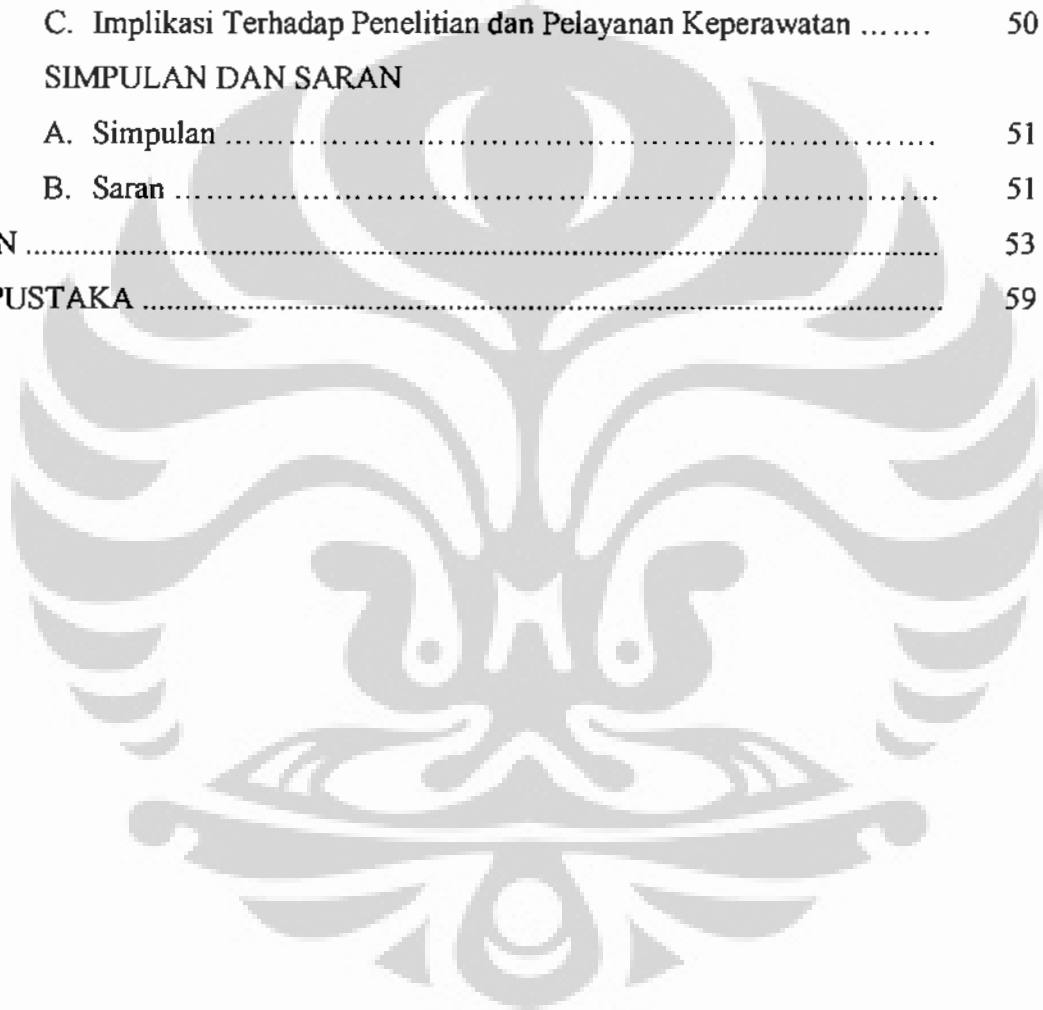
This descriptive cross-sectional study aimed to determine the association between individual characteristics with nurses' coping in providing nursing services to pediatric clients with HIV/AIDS at Cipto Mangunkusumo Hospital. There were 88 subjects. Mean nurses' age was 30.92 years and mean length of service 2.2 years. Most subjects were female (94.3%) and had a D3-degree (81.8%). Most nurses had a destructive coping mechanism in serving children with HIV/AIDS (49 nurses; 55.7%); the rest had a constructive coping mechanism. No significant association was found between coping and individual characteristics of age, sex, and length of service. Nurses' educational level was positively associated with a constructive coping mechanism.

Keywords: coping, nurse, characteristics, HIV/AIDS

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	v
ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR SKEMA	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan	4
D. Manfaat	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Koping	4
B. Karakteristik Individu	10
C. HIV/AIDS	19
BAB III KERANGKA KERJA PENELITIAN	
A. Kerangka Konsep	31
B. Hipotesis	32
C. Definisi Operasional	32
BAB IV METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian	34
B. Populasi dan Sampel	34
C. Etika Penelitian	35
D. Alat Pengumpulan Data	36

	E. Prosedur Pengumpulan Data	36
	F. Pengolahan dan Analisis Data	37
BAB V	HASIL PENELITIAN	
	A. Analisis Univariat	39
	B. Analisis Bivariat	41
BAB VI	PEMBAHASAN	
	A. Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian	45
	B. Keterbatasan Penelitian	49
	C. Implikasi Terhadap Penelitian dan Pelayanan Keperawatan	50
BAB VII	SIMPULAN DAN SARAN	
	A. Simpulan	51
	B. Saran	51
LAMPIRAN	53
DAFTAR PUSTAKA	59



DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 3.1 Definisi Operasional	32
Tabel 4.1 Uji Bivariat	38
Tabel 5.1 Distribusi rata-rata menurut umur dan lama kerja di ruang rawat inap anak RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta	39
Tabel 5.2 Distribusi perawat menurut jenis kelamin dan tingkat pendidikan di ruang rawat inap anak RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta	40
Tabel 5.3 Distribusi koping konstruktif dan destruktif perawat di Ruang rawat Inap Anak RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta	41
Tabel 5.4 Distribusi rata-rata umur menurut koping perawat di ruang rawat inap anak RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta	41
Tabel 5.5 Distribusi rata-rata lama kerja menurut koping perawat di ruang rawat inap Anak RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta	42
Tabel 5.6 Distribusi perawat menurut jenis kelamin dan koping di ruang rawat inap anak RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta	43
Tabel 5.7 Distribusi perawat menurut tingkat pendidikan dan koping di ruang rawat inap anak RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta	44

DAFTAR SKEMA

	Hal
Skema 3.1 Kerangka Konsep	31



DAFTAR LAMPIRAN

	Hal
Lampiran 1 Surat Permohonan Menjadi Responden	53
Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden	54
Lampiran 3 Kuesioner Penelitian	55



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) merupakan sindrom imunodefisiensi yang didapat dan diartikan sebagai bentuk paling berat dari keadaan sakit terus-menerus yang berkaitan dengan infeksi HIV atau *Human Immunodeficiency Virus* (Suzanne & Brenda, 2001). Penyakit ini merupakan krisis kesehatan di dunia yang disebabkan karena: angka kematian yang tinggi, fenomena gunung es (kasus-kasus yang tidak terdiagnosis), belum ada obat untuk penyembuhan, ada di semua negara, belum ditemukannya vaksin pencegahan, dan berhubungan dengan perilaku (seksual, narkoba, dan lain-lain).

Dewasa ini HIV/AIDS sudah menjadi pandemi di tingkat global dengan berbagai dampak yang merugikan, baik dampak kesehatan, sosial ekonomi, maupun politik. Di negara yang mengalami dampak berat, seperti di negara-negara Afrika, HIV telah menurunkan harapan hidup lebih dari 20 tahun, menghambat pertumbuhan ekonomi dan memperberat kemiskinan. Sedangkan di Asia, yang prevalensi HIV-nya jauh dibawah prevalensi di negara-negara Afrika juga mengalami penurunan produktifitas akibat HIV tetap lebih besar dibanding dengan penurunan produktifitas akibat penyakit lain.

Menurut data UNAIDS (2005), diseluruh dunia diperkirakan terdapat 40.300.000 orang hidup dengan HIV/AIDS (44% adalah wanita dan 7,1% adalah anak-anak) dan sebagian besar terdapat di Afrika (sub-sahara) diikuti dengan Asia (Selatan dan Tenggara). Menurut WHO, wilayah Asia-Pasifik memikul beban terberat kedua setelah Afrika, dengan perkiraan jumlah ODHA (orang dengan HIV/AIDS) sebesar 4,9 juta dan 95% di antaranya berada di 9 negara Asia, yaitu: Kamboja, China, India, Indonesia, Myanmar, Nepal, Papua New Guinea (PNG), Thailand, dan Vietnam. Epidemi AIDS di Asia Tenggara adalah Thailand, Birma, Laos dan India. HIV/AIDS saat ini mengancam anak-anak. Di dunia, setiap hari lebih dari 5.000 kaum muda berusia 15-24 terjangkit HIV, dan 1.400 anak berusia dibawah 15 tahun meninggal karena penyakit yang berkaitan

dengan AIDS (UNICEF, 2005). 15 juta anak di dunia telah kehilangan salah satu atau kedua orang tuanya karena AIDS.

Laju epidemi HIV di Indonesia saat ini dinyatakan sebagai "*the fastest growing epidemic in Asia*" oleh WHO dan UNAIDS (Sedyaningsih, 2009). Sejak ditemukan tahun 1978, secara kumulatif jumlah kasus AIDS di Indonesia sampai dengan 30 September 2009 sebanyak 18.442 kasus. Selama periode Juli - September 2009 kasus AIDS bertambah sebesar 743 kasus yang tersebar di 32 Propinsi di Indonesia. Jumlah kasus AIDS selama tahun 2009 (Januari-September) sebanyak 2.332 kasus. Jumlah penderita AIDS yang meninggal sekitar 3.708 orang (20,1%). Persentasi kumulatif kasus HIV/AIDS sampai dengan Desember 2009 yang diderita oleh anak-anak adalah 4,3%. Kasus terbanyak ditemukan di Propinsi Jawa Barat dengan jumlah penderita 3.233 orang. Disusul Provinsi lainnya yaitu Jawa Timur 3.133 orang, DKI Jakarta 2811 orang, Papua 2681 orang, Bali 1506 orang, Kalimantan Barat 730 orang, Jawa Tengah 669 orang, Sumatera Utara 485 orang, Riau 371 orang, dan Kepulauan Riau 333 orang.

Sampai dengan 30 September 2009 rate kumulatif kasus AIDS nasional mencapai 8,15 per 100.000 penduduk (berdasarkan data Biro Pusat Statistik tahun 2006, jumlah penduduk sebanyak 227.132.350 jiwa). Dibandingkan dengan angka nasional, jumlah penderita di Papua mencapai 17,9 kali lipat lebih banyak, disusul Bali 5,3 kali, DKI Jakarta 3,8 kali, Kepulauan Riau 3,4 kali, Kalimantan Barat 2,2 kali, Maluku 1,8 kali, Papua Barat 1,3 kali, Kep. Bangka Belitung 1,4 kali, Riau, DI Yogyakarta, Jawa Timur, Jawa Barat, dan Sulawesi Utara 1,0 kali angka nasional.

Menurut Kelompok Pendidikan Khusus (POKDISUS) Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Cipto Mangunkusumo Jakarta, kasus HIV/AIDS yang terdata pada penderita dewasa dengan HIV/AIDS mengalami peningkatan, yaitu dari 759 kasus (tahun 2007) menjadi 907 kasus (tahun 2008). Sedangkan menurut Departemen Ilmu Kesehatan Anak RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta, peningkatan ini juga sama dengan jumlah penderita HIV/AIDS pada anak-anak, yaitu 44 jiwa atau 2,34% pada tahun 2009.

Stigma atau cap buruk adalah tindakan memvonis seseorang karena buruk moral atau perilakunya sehingga mendapatkan penyakit seperti itu. Orang-orang yang distigma biasanya dianggap memalukan untuk alasan-alasan tertentu dan sebagai akibatnya mereka dihindari atau ditolak. Banyak penderita HIV sudah terikat dalam perilaku yang “terstigmatisasi”, karena perilaku ini berlawanan dengan nilai-nilai agama yang tradisional, nilai-nilai moral, perasaan takut dan cemas terhadap kemungkinan tertular penyakit tersebut kendati sudah diberikan penyuluhan tentang pengendalian infeksi dan rendahnya insidensi penularan pada petugas kesehatan (Suzanne & Brenda, 2001). Dengan adanya stigma mengakibatkan munculnya diskriminasi bagi seseorang. Diskriminasi atau perlakuan tidak adil didefinisikan oleh UNAIDS (Bruyn, 1998) sebagai tindakan yang disebabkan perbedaan, menghakimi terhadap orang berdasarkan status HIV-nya, baik yang sudah pasti maupun yang masih diperkirakan

Perawat dari segala bidang pekerjaan dapat diminta untuk memberikan perawatan kepada penderita infeksi HIV. Dalam memberikan asuhan keperawatan, bukan saja menghadapi tantangan fisik penyakit yang bersifat epidemik tetapi juga masalah emosi dan etis. Kekhawatiran yang dikemukakan oleh tenaga kesehatan meliputi persoalan seperti perasaan takut tertular, pertanggungjawaban untuk memberikan perawatan, penghargaan terhadap klarifikasi, kerahasiaan, tahap perkembangan pasien serta orang yang merawatnya dan prognosis penyakit yang buruk.

Pengalaman peneliti berdasarkan pengamatan sehari-hari di ruang rawat inap anak kelas 3 (tiga) RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta, terdapat fenomena tentang perawatan terhadap anak dengan HIV/AIDS. Hal ini disebabkan oleh berbagai faktor, seperti: keengganan perawat untuk merawat pasien, ketakutan perawat tertular penyakit tersebut (termasuk perawat yang sudah mendapatkan pelatihan tentang HIV/AIDS), kurangnya informasi yang terbaru tentang HIV/AIDS, kurangnya sarana dan prasarana sebagai alat untuk melindungi perawat dari infeksi HIV, dan lain sebagainya.

B. Rumusan Masalah

Penyakit HIV/AIDS merupakan masalah kesehatan dunia dan fenomena gunung es karena kasus-kasusnya yang tidak terdiagnosis, adanya stigma buruk dan pendiskriminasian penderita HIV/AIDS, dan lain-lain. Jumlah kasus AIDS selama tahun 2009 (Januari-September) sebanyak 2.332 kasus, dengan persentase kumulatif infeksi HIV pada kelompok umur kurang dari 1 tahun (13,61%). Sedangkan jumlah penderita anak dengan HIV/AIDS yang terdata di RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta yaitu 44 jiwa (tahun 2009).

Dalam memberikan asuhan keperawatan, seorang perawat dikatakan profesional adalah apabila memberikan perawatan secara holistik bio-psiko-sosio-spiritual dan tanpa adanya suatu pembedaan. Akan tetapi hal ini mengalami perbedaan ketika seorang perawat merawat pasien dengan HIV/AIDS yang dikarenakan oleh perasaan takut untuk tertular penyakit dan kurangnya sarana dan prasarana untuk melindungi perawat dari infeksi HIV dan lain sebagainya. Penelitian ini akan mengembangkan konsep koping perawat sehingga perawat dapat memiliki koping yang adaptif dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap anak dengan HIV/AIDS. Oleh karena itu, peneliti ingin mengetahui bagaimanakah hubungan karakteristik individu dengan koping perawat dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap anak dengan HIV/AIDS di ruang rawat inap anak RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum:

Mengidentifikasi hubungan antara karakteristik individu dengan koping perawat dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap anak dengan HIV/AIDS.

2. Tujuan Khusus:

- a. Mengidentifikasi pengetahuan perawat tentang penyakit HIV/AIDS.
- b. Mengidentifikasi koping perawat dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap anak dengan HIV/AIDS.

- c. Mengetahui karakteristik perawat dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap anak dengan HIV/AIDS.
- d. Mengidentifikasi sarana dan prasarana dalam merawat pasien anak dengan HIV/AIDS.

D. Manfaat

Adapun manfaat penelitian ini adalah:

1. Perawat dapat memberikan asuhan keperawatan secara optimal tanpa membeda-bedakan penyakit pasien sehingga terjadi peningkatan kualitas asuhan keperawatan.
2. Perawat memperoleh informasi tentang koping yang efektif dalam pemberian asuhan keperawatan terhadap anak dengan HIV/AIDS.
3. Terjadi peningkatan ketersediannya sarana dan prasarana universal precaution dalam pemberian asuhan keperawatan terhadap anak dengan HIV/AIDS.
4. Sebagai bahan informasi bagi perawat yang digunakan untuk meningkatkan kemampuan dan pengetahuan dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap anak dengan HIV/AIDS.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KOPING

1. Definisi Koping

Menurut Stuart dan Sundeen (2005), koping adalah cara yang digunakan individu dalam menyelesaikan masalah, mengatasi perubahan yang terjadi, dan situasi yang mengancam baik secara kognitif maupun perilaku. Sedangkan menurut Johnson (2001) dan Rice (2000), koping sebagai suatu cara yang digunakan seseorang beradaptasi terhadap stress dalam kehidupan sehari-hari, termasuk didalamnya kemampuan individu dalam perubahan, pertukaran sikap, pikiran perasaan, proses memperoleh informasi, pengetahuan, memori dan lain sebagainya. Koping juga merupakan proses yang berperan dalam membuat keadaan lebih baik yang berasal dari berbagai tekanan (Brooten, Gennaro dan Kumar, 2000). Koping tidak selalu berarti reaksi dalam menyelesaikan masalah namun juga meliputi usaha menghindari, mentoleransi, meminimalkan atau menerima kondisi yang penuh dengan tekanan tersebut (Townsend, 2003).

Dengan demikian, peneliti menyimpulkan bahwa mekanisme koping adalah respon atau adaptasi seseorang dalam menghadapi masalah atau adanya perubahan, dan situasi yang mengancam dirinya, secara kognitif ataupun perilaku.

2. Jenis-jenis Koping

Menurut Stuart dan Sundeen (1995), mekanisme koping berdasarkan penggolongannya dibagi menjadi 2 (dua), yaitu:

- a. Mekanisme koping adaptif, yaitu mekanisme koping yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar dan mencapai tujuan. Kategorinya adalah berbicara dengan orang lain, memecahkan masalah secara efektif, teknik relaksasi, latihan seimbang dan aktivitas konstruktif.
- b. Mekanisme koping maladaptif, yaitu mekanisme koping yang menghambat fungsi integrasi, pertumbuhan, menurunkan otonomi, dan cenderung menguasai lingkungan (Stuart & Sundeen, 2005). Kategorinya adalah makan berlebihan atau tidak makan, bekerja berlebihan, dan menghindar.

Menurut Lazarus (2000), koping dapat berfokus pada:

a. Masalah

Koping ini digunakan untuk membuat perubahan langsung dalam lingkungan sehingga situasi dapat diterima dengan lebih efektif dan bersifat aktif. Perilaku yang terlihat berupa upaya untuk mengontrol situasi yang tidak menyenangkan dan menyelesaikan permasalahan dengan berorientasi positif dan mencari bantuan (Stuart & Laraira, 2005).

b. Emosi

Koping yang berfokus pada emosi dilakukan untuk membuat nyaman dengan memperkecil gangguan emosi yang dirasakan. Koping ini bersifat pasif dengan tujuan untuk meredakan atau mengatur tekanan emosional atau mengurangi emosi negatif dan memahami kejadian yang penuh dengan stressor. Perilaku yang terlihat berupa upaya mengatasi emosi yang timbul pada tingkat kognitif, seperti menghindari, bijaksana, mengatur atau mengusir emosi yang disebabkan stressor (Stuart & Laraira, 2005). Hal ini diperkuat oleh penelitian yang dilakukan oleh Hedissa (2009), bahwa mekanisme yang paling banyak digunakan responden adalah mekanisme koping yang berfokus pada emosi yaitu sebanyak 28 responden (56%).

Stuart (2003) mengemukakan 17 mekanisme koping yang sering digunakan individu, yaitu:

- a. Penyangkalan (melindungi diri sendiri terhadap kenyataan yang tidak menyenangkan, dengan menolak menghadapi hal itu).
- b. Rasionalisasi (berusaha membuktikan bahwa perilaku itu masuk akal dan dapat dibenarkan sehingga dapat disetujui oleh diri sendiri dan masyarakat).
- c. Regresi (mundur ke tingkat perkembangan yang lebih rendah dan merupakan ciri khas dari suatu taraf perkembangan yang lebih dini).
- d. Kompensasi (proses dimana seseorang memperbaiki penurunan citra diri dengan secara tegas menonjolkan keistimewaan atau kelebihan yang dimilikinya).

- e. Pemindahan atau *displacement* (pengalihan emosi yang semula ditujukan pada seseorang atau benda lain yang biasanya netral atau lebih sedikit mengancam dirinya).
- f. Disosiasi (pemisahan suatu kelompok proses mental atau perilaku dari kesadaran atau identitasnya).
- g. Identifikasi atau *identification* (proses dimana seseorang untuk menjadi seseorang yang ia kagumi berupaya dengan mengambil atau menirukan pikiran-pikiran, perilaku dan selera orang tersebut).
- h. Intelektualisasi atau *intellectualization* (pengguna logika dan alasan yang berlebihan untuk menghindari pengalaman yang mengganggu perasaannya).
- i. Introjeksi atau *introjection* (suatu jenis identifikasi yang kuat dimana seseorang mengambil dan melebur nilai-nilai dan kualitas seseorang atau suatu kelompok ke dalam struktur egonya sendiri, merupakan hati nurani).
- j. Isolasi (pemisahan unsur emosional dari suatu pikiran yang mengganggu dapat bersifat sementara atau berjangka lama).
- k. Proyeksi (pengalihan buah pikiran atau impuls pada diri sendiri kepada orang lain terutama keinginan, perasaan emosional dan motivasi yang tidak dapat ditoleransi).
- l. Reaksi formasi (pengembangan sikap dan pola perilaku yang ia sadari, yang bertentangan dengan apa yang sebenarnya ia rasakan atau ingin lakukan).
- m. Represi (pengesampingan secara tidak sadar tentang pikiran, impuls atau ingatan yang menyakitkan atau bertentangan, dari kesadaran seseorang; merupakan pertahanan ego yang primer yang cenderung diperkuat oleh mekanisme lain).
- n. Pemisahan atau *splitting* (sikap mengelompokkan orang atau keadaan hanya sebagai semuanya baik atau semuanya buruk; kegagalan untuk memadukan nilai-nilai positif dan negatif di dalam diri sendiri).
- o. Sublimasi (penerimaan suatu sasaran pengganti yang mulia artinya dimata masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami halangan dalam penyalurannya secara normal).

- p. Supresi (suatu proses yang digolongkan sebagai mekanisme pertahanan tetapi sebetulnya merupakan analog represi yang disadari; pengesampingan yang disengaja tentang suatu bahan dari kesadaran seseorang; kadang-kadang dapat mengarah pada represi yang berikutnya).
- q. *Undoing* (tindakan atau perilaku atau komunikasi yang menghapuskan sebagian dari tindakan atau perilaku atau komunikasi sebelumnya; merupakan mekanisme pertahanan primitif).

3. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Koping Seseorang

Mekanisme koping terbentuk melalui proses belajar dan mengingat. Belajar disini adalah kemampuan menyesuaikan diri (adaptasi) pada pengaruh faktor internal dan eksternal (Nursalam, 2003). Menurut Roy, yang dikutip oleh Nursalam (2003) mekanisme belajar merupakan suatu proses didalam sistem adaptasi (*cognator*) yang meliputi mempersepsikan suatu informasi, baik dalam bentuk implisit maupun eksplisit. Belajar implisit umumnya bersifat reflektif dan tidak memerlukan kesadaran (*focal*). Keadaan ini ditemukan pada perilaku, kebiasaan, sensitisasi dan keadaan.

Lazarus dan Folkman (1984) menyatakan bahwa dalam situasi sangat tertekan, koping yang terfokus pada regulasi emosi akan dominan digunakan. Bila tekanan dirasakan dalam taraf moderat, fungsi koping yang terfokus pada penyelesaian masalah lebih dominan digunakan. Sedang bila tekanan atau stress dirasa sederhana amat rendah, keadaan fungsi koping akan berimbang digunakan. Salah satu faktor yang mempengaruhi cara koping yang digunakan adalah situasi atau keadaan stress yang dihayati oleh individu. Dengan demikian dimungkinkan seorang individu menggunakan cara koping yang berbeda, sehingga dapat menyesuaikan diri dengan baik dan dapat menjaga keadaan seimbang dalam dirinya.

Koping adalah *multidetermined*, banyak faktor yang mempengaruhinya. Ada beberapa sumber koping yang digunakan seseorang untuk mengatasi masalah, yaitu:

a. Sumber internal

Koping yang berasal dari sumber internal dipengaruhi oleh karakter seseorang, meliputi: kesehatan dan energi; system kepercayaan seseorang (termasuk kepercayaan eksistensial, seperti iman dan kepercayaan agama); komitmen atau tujuan hidup dan perasaan seseorang seperti harga diri, control, dan kemahiran; pengetahuan; keterampilan pemecahan masalah; dan keterampilan sosial (kemampuan berkomunikasi dan berinteraksi dengan orang lain).

b. Sumber material

Sumber ini meliputi barang-barang dan jasa.

c. Sumber eksternal.

Menurut penelitian Recker (2007), sumber eksternal yang paling utama adalah dukungan sosial yaitu rasa memiliki informasi bagi seseorang. Dukungan sosial ini terdiri dari 3 (tiga) kategori, yaitu: 1) Kategori yang membuat seseorang merasa bahwa dirinya dianggap atau dihargai (dukungan harga diri); 2) Kategori yang membuat seseorang merasa bahwa dirinya adalah bagian dari jaringan komunikasi dan saling ketergantungan; 3) Kategori yang membuat orang percaya bahwa dirinya diperhatikan atau dicintai (dukungan emosional).

B. KARAKTERISTIK INDIVIDU

1. Umur

Meningkatnya usia akan mengakibatkan semakin merosotnya kinerja dan digunakan untuk mengukur produktivitas seseorang (Robbins, 2006). Menurut Dessler (2006), umur produktif adalah usia 25-30 tahun merupakan tahap memilih pekerjaan yang sesuai dengan karier, puncak karier pada usia 40 tahun, dan usia diatas 40 tahun terjadi penurunan karier. Hal ini diperkuat oleh penelitian yang dilakukan oleh Sari, dkk (2003), mendapatkan usia responden terbanyak berkisar 21-30 tahun (38,4%). Sedangkan menurut Hasibuan (2005), karyawan dengan usia tua kondisi fisik berkurang, tetapi bekerja ulet, tanggung jawab besar, serta absensi dan *turn over*-nya rendah. Hal ini tidak jauh dengan penelitian yang

dilakukan oleh Sudrajat (2002) mendapatkan usia responden terbanyak antara 20-49 tahun, dimana terdapat hubungan positif antara usia dengan tindakan pencegahan resiko tertular HIV/AIDS.

2. Pendidikan

Pendidikan merupakan variabel demografis dan merupakan faktor tidak langsung yang berpengaruh terhadap kinerja (Ilyas, 2001), karena pendidikan merupakan proses penyampaian informasi formal pada seseorang untuk mendapatkan perubahan perilaku, semakin kritis, logis dan sistematis dalam berpikir (Notoatmodjo, 1993/2003). Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka keinginan untuk melakukan pekerjaan dengan tingkat tantangan yang tinggi semakin kuat (Liebert & Neake, 1977, dalam Ginting 2003). Hal ini diperkuat dengan pendapat Siagian (2006), bahwa peningkatan pendidikan seseorang akan meningkatkan keinginan pengetahuan dan keterampilannya.

Namun menurut penelitian Rusmiati (2007); Koddri (2003); Sirait (2002) mengatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan kinerja. Penelitian ini diperkuat oleh Nurhaeni (2001) bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan kinerja walaupun kinerja perawat SPR atau SPK kurang baik dibandingkan dengan lulusan DIII keperawatan.

3. Jenis kelamin

Jenis kelamin dibedakan menjadi dua yaitu laki-laki dan perempuan. Menurut Abraham (1997), jenis kelamin membedakan antara karakteristik maskulin dan feminine. Pendapat yang berbeda tentang hubungan jenis kelamin dan kinerja, seperti Ilyas (2001) berpendapat bahwa ada perbedaan jenis kelamin, dimana perempuan berefek negative terhadap kinerja. Sedangkan menurut Tomey (2003) mengatakan bahwa sikap perempuan menunjukkan lebih bervariasi dibandingkan dengan laki-laki. Perempuan lebih bersifat kooperatif dan kurang kompetitif disebabkan karena adanya perasaan takut akan sukses yang dimiliki serta konsekuensi social negative yang akan diterimanya (Ahlgren, 1983 dalam Ginting, 2003). Hasil penelitian Susanti (2008), bahwa sebagian besar responden baik laki-laki (13 orang;52%) ataupun perempuan (24 orang;55,85%) cenderung menggunakan *emotional focus coping*.

Berbeda dengan Supriyatna (2003); Gibson, Ivancevich dan Donnelly (1996), berpendapat bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara jenis kelamin dengan produktifitas atau dalam menampilkan kinerjanya. Kemampuan laki-laki dalam memecahkan masalah, ketrampilan analisis, dorongan kompetitif dan kemampuan belajar adalah sama, sehingga tidak ada perbedaan yang jelas antara laki-laki dan perempuan dalam kinerjanya (Robbin, 1996).

4. Lama bekerja

Menurut Robbin (2003) berpendapat bahwa lama bekerja sangat erat kaitannya dan berhubungan secara negatif keluar masuk karyawan, sebagai peramal tunggal yang paling baik tentang keluar masuknya karyawan. Hasil penelitian dari Kusnanto dan Riyadi (2007) di RSUD H. Moh. Anwar Sumenep Madura, rata-rata perawat mempunyai pengalaman kinerja relative seimbang antara perawat yang mempunyai pengalaman kerja sedikit atau kurang dari tiga tahun sebanyak 34%, pengalaman kerja 3-5 tahun sebanyak 33% dan yang berpengalaman lebih dari 5 tahun sebanyak 33%. Hal ini didukung dengan penelitian Panjaitan (2001) di RS Gatot Soebroto Jakarta menyatakan bahwa lama kerja mempunyai hubungan bermakna dengan kinerja. Penelitian yang dilakukan oleh Sudrajat (2002), mendapatkan bahwa ada hubungan yang positif antara lama kerja dengan tindakan pencegahan resiko tertular HIV/AIDS. Dari hasil penelitian yang telah dikemukakan dapat disimpulkan bahwa masa kerja yang lama akan menghasilkan kinerja yang baik karena karyawan telah mengenal dan menghayati pekerjaannya.

5. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh dari penglihatan dan pendengaran. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Menurut pendapat Notoatmodjo (2007) bahwa perilaku yang didasari oleh perilaku lebih tahan lama daripada perilaku yang tidak didasari pengetahuan. Hal ini didukung oleh penelitian oleh Agustin, dkk (2003) bahwa ada hubungan yang

bermakna antara tingkat pengetahuan terhadap penularan HIV/AIDS dan hepatitis B dengan jenis koping yang digunakan oleh perawat. Hasil penelitian dari Sari,dkk (2003), menyatakan bahwa dengan pengetahuan yang tinggi akan memiliki koping yang konstruktif, yaitu sebesar 59 orang perawat (80,8%) dengan jumlah responden 83 orang perawat. Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Sudrajat (2002), menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang positif antara tingkat pengetahuan dengan pencegahan resiko tertular HIV/AIDS.

Pengetahuan merupakan gejala yang diteinui dan diperoleh in manusia melalui pengamatan dengan alat inderawi dan muncul ketika menggunakan indera atau akal budi untuk mengenali benda atau kejadian tertentu yang belum dilihat atau dirasakan sebelumnya. Pengetahuan didapat dengan melakukan pengamatan dan observasi yang dilakukan secara empiris dan rasional. Pengetahuan empiris dapat berkembang menjadi pengetahuan deskriptif bila seseorang dapat melukiskan dan menggambarkan segala ciri, sifat dan gejala yang ada pada objek; atau didapatkan melalui pengalaman pribadi manusia yang terjadi berulang kali. Ada pula pengetahuan yang diperoleh melalui akal budi (rasionalisme) yang lebih menekankan pengetahuan yang bersifat apriori dan tidak menekankan pada pengalaman.

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah:

a. Pendidikan

Pendidikan adalah sebuah proses perubahan sikap dan perilaku seseorang atau kelompok dan juga usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan.

b. Media

Adalah media yang secara khusus didesain untuk mencapai masyarakat yang sangat luas.

c. Keterpaparan informasi

Informasi adalah sesuatu yang dapat diketahui atau suatu teknik untuk mengumpulkan, menyiapkan, menyimpan, memanipulasi, mengumumkan, menganalisa, dan menyebarkan informasi dengan tujuan tertentu.

Pengetahuan yang tercakup ke dalam domain kognitif mempunyai 6 (enam) tingkatan, yaitu:

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya dan mengingat kembali (*recall*) rangsangan yang telah diterima. Oleh karena itu, tahu merupakan tingkatan yang paling rendah. Kata kerja yang dapat digunakan adalah menguraikan, mendefinisikan, dan lain-lain.

b. Memahami (*comprehension*)

Diartikan sebagai sesuatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan obyek tersebut secara benar. Orang memahami sesuatu harus mampu menyebutkan, menjelaskan, memberi contoh,, menyimpulkan tentang obyek tersebut.

c. Aplikasi

Adalah kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang nyata.

d. Analisis

Merupakan kemampuan untuk menjabarkan suatu materi atau obyek kedalam komponen-komponen , tetapi masih dalam suatu struktur organisasi dan ada kaitannya satu sama lain.

e. Sintesis

Adalah suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian ke dalam satu bentuk keseluruhan yang baru.

f. Evaluasi

Merupakan kemampuan untuk melakukan justifikasi terhadap suatu materi atau obyek

Pengukuran tingkat pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau penyebaran angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin diukur disesuaikan dengan tingkatan-tingkatan di atas (Notoatmodjo, 2007).

6. Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek. Terbentuknya suatu perilaku tidak terlepas dari sikap individu. Newcomb, seorang ahli psikologi mengatakan bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak (Notoatmodjo, 2007). Sikap tidak hanya dipengaruhi oleh obyek yang sedang dihadapi, tetapi juga ada kaitannya dengan pengalaman-pengalaman masa lalu, situasi saat ini dan harapan-harapan masa datang. Sikap adalah bagian dari perilaku tertutup, dimana manifestasinya belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain, dan akan dapat jelas diamati oleh orang lain bila individu tersebut sudah bertindak.

Komponen sikap menurut Saefuddin (2007) terdiri dari:

a. Kognitif

Berisi kepercayaan, persepsi seseorang terhadap sesuatu dan cara pandang seseorang terhadap suatu obyek yang dipengaruhi oleh pengalaman individu sehingga terbentuk dasar pengetahuan dan mendasari sikap serta perilaku terhadap obyek yang sama. Komponen ini tidak selalu benar dan akurat karena kurang atau tidak adanya informasi yang benar mengenai obyek tersebut.

b. Afektif

Komponen ini menyangkut masalah emosional subyektif seseorang terhadap obyek dan disamakan dengan perasaan yang dimiliki seseorang terhadap sesuatu. Reaksi emosional banyak dipengaruhi oleh kepercayaan.

c. Psikomotor

Komponen psikomotor menyangkut kecenderungan untuk berperilaku didalam diri seseorang berkaitan dengan obyek atau keadaan tertentu yang dihadapinya. Hal ini didasari dengan asumsi bahwa kepercayaan dan perasaan mempengaruhi perilaku.

Sikap dapat dibagi kedalam 4 (empat) tingkatan, yaitu: 1) Menerima (*receiving*), adalah orang atau subyek mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek); 2) Merespon (*responding*), adalah memberikan jawaban bila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan; 3) Menghargai,

adalah mengajak orang lain untuk mendiskusikan atau menyelesaikan masalah; 4) Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko. Menurut Saifuddin (2007), pengukuran sikap dan perilaku dapat dilakukan dengan cara mengobservasi perilaku (*behaviour observation*), menanyakan langsung (*direct question*), dan mengungkapkan langsung (*direct assessment*).

7. Perilaku

Perilaku manusia adalah tindakan atau aktivitas manusia yang mempunyai bentangan yang sangat luas (Notoatmodjo, 2007). Jadi perilaku adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung ataupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar. Sunarya (2002) membagi domain perilaku menjadi: kognitif (diukur dari knowledge), afektif (diukur dari attitude atau sikap), dan psychomotor (diukur dari psikomotor).

Seorang pakar psikologi, Skinner berpendapat bahwa perilaku merupakan respon individu terhadap suatu stimulus dan membedakan perilaku menjadi 2 (dua) jenis, yaitu:

a. Perilaku tertutup

Perilaku ini merupakan respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tertutup. Dan masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan atau kesadaran serta belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain.

b. Perilaku terbuka

Adalah respon seseorang terhadap suatu stimulus dalam bentuk tindakan nyata yang terbuka sehingga dapat diamati dengan jelas orang lain, akan tetapi sangat tergantung dari karakteristik dari orang yang bersangkutan.

Faktor yang membedakan respon tiap orang terhadap stimulus disebut determinan perilaku (Notoatmodjo, 2007), yaitu:

a. Faktor internal

Yang termasuk determinan ini adalah karakteristik orang yang bersangkutan, yang bersifat bawaan. Misalnya: jenis kelamin, tingkat kecerdasan dan pengetahuan, dan lain-lain.

b. Faktor eksternal

Berupa lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi dan politik. Faktor lingkungan ini yang dominant mewarnai perilaku.

8. Persepsi

Persepsi adalah proses identifikasi dan interpretasi awal individu terhadap stimulus yang didasarkan pada informasi yang diterima oleh panca indera (Stuart & Sundeen, 1998). Persepsi yang diinterpretasikan oleh seseorang terdiri dari persepsi positif dan persepsi negative. Penelitian yang terkait diantaranya adalah yang dilakukan oleh Puri Handayani dan Robiah Al Adawiyah yang berjudul "Persepsi terhadap perawatan pasien HIV/AIDS pada perawat terhadap asuhan keperawatan pasien dengan HIV/AIDS dengan jumlah prosentase lebih besar pada hasil persepsi positif yaitu 51% dari total jumlah 69 responden yang diteliti yakni perawat Instalasi Rawat Inap A & B di RSCM Jakarta Pusat. Sedangkan persepsi negatif terhadap asuhan keperawatan pasien dengan HIV/AIDS sebesar 49%. Hal ini berarti hampir separuh dari seluruh perawat yang menjadi responden penelitian tersebut memiliki persepsi yang negatif terhadap pasien penderita HIV/AIDS.

Persepsi diawali dengan input-input sensoris berupa stimulus melalui panca indera lalu disusun dan diinterpretasikan menjadi persepsi oleh otak melalui proses transformasi (informasi disesuaikan dengan pengalaman yang ada dalam memori), elaborasi (informasi yang ada diberi tambahan arti), atau kombinasi antara transformasi dengan elaborasi. Lingkungan dan perasaan yang tumpul dapat mempengaruhi ketepatan dan kejelasan persepsi.

Persepsi yang terbentuk sebagai akibat tujuan atau harapan seseorang atas pengamatan atau pengalaman tertentu (Siagian, 1995). Hal ini didukung oleh penelitian Waluyo (2006) tentang persepsi pasien HIV/AIDS dan keluarganya tentang HIV/AIDS dan stigma masyarakat terhadapnya di dua rumah sakit pemerintah di Jakarta. Hasil penelitian ini adalah adanya persamaan persepsi antara perawat dan keluarga pasien dimana mereka sama-sama membutuhkan pengetahuan dan keterampilan tentang *universal precaution* dan *symptom management*.

Selain itu menurut Morris dan Maisto (2003) dalam Hartanti (2007), berpendapat bahwa persepsi adalah interpretasi otak terhadap informasi yang dipengaruhi oleh pengalaman dan proses mengajar. Hal ini dipengaruhi oleh:

- a. Motivasi, yaitu keinginan dan kebutuhan manusia terhadap sesuatu.
- b. Nilai, persepsi seseorang dipengaruhi nilai yang diberikan lingkungan dan biasanya lebih positif terhadap sesuatu yang memiliki nilai lebih tinggi.
- c. Harapan, prasangka atau pendapat yang telah ada sebelumnya tentang sesuatu yang harus kita percaya dapat mempengaruhi persepsi sehingga menyebabkan seseorang menghapus, memasukan, transpose atau memodifikasi.
- d. Model kognitif, hal ini akan mempengaruhi bagaimana cara orang berpersepsi.
- e. Pengalaman dan budaya, latar belakang budaya dan pengalaman terdahulu akan mempengaruhi kecenderungan seseorang untuk mempersepsikan sesuatu sesuai dengan pengalaman yang telah dimilikinya.
- f. Kepribadian, seseorang cenderung berpersepsi sesuai dengan kepribadian yang dimiliki.

Birger dan William (1992), berpendapat bahwa faktor yang mempengaruhi persepsi terdiri dari:

- a. Fungsi organ sensori
Terdiri dari mata, telinga, indera perasa, peraba, penciuman mempengaruhi bagaimana seseorang berpersepsi.
- b. Definisi kecukupan
Tiap individu memiliki kebutuhan dasar akan perasaan cukup dan secara terus-menerus berusaha untuk memenuhinya.
- c. Waktu dan kesempatan
Factor ini akan menghasilkan persepsi langsung terhadap sesuatu yang dihasilkan melalui pengalaman dan karakter masing-masing.
- d. Tujuan
Merupakan hal penting dalam proses tumbuh kembang seseorang, dimana suatu peristiwa atau perasaan dapat memberi arti lebih bagi setiap individu sesuai dengan tujuan yang hendak dicapai.

e. Proses pembelajaran

Hal ini memungkinkan seseorang untuk memiliki persepsi luas terhadap sesuatu yang dapat membentuk atau mengubah sikap individu.

f. Fenomena diri

Merupakan keunikan tiap individu dalam menerima keberadaan dirinya yang membentuk personalitas seseorang dan merupakan hal utama pembentukan persepsi terhadap individu.

C. HIV/AIDS

1. Definisi

Menurut Suzanne dan Brenda (2001), HIV adalah kelompok retrovirus, yaitu virus yang membawa materi genetiknya ke dalam asam ribonukleat (RNA) dan bukan dalam asam deoksiribonukleat (DNA). *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) merupakan sindrom imunodefisiensi yang didapat dan diartikan sebagai bentuk paling berat dari keadaan sakit terus-menerus yang berkaitan dengan infeksi HIV atau *Human Immunodeficiency Virus*. Virion HIV mengandung RNA dalam inti dimana p24 merupakan komponen structural yang utama. Tombol yang menonjol lewat dinding virus terdiri atas protein gp 120 yang terkait pada protein gp 41. bagian yang secara aktif berikatan dengan sel-sel CD4 positif (CD4+) adalah gp 120 dari HIV.

2. Patofisiologi

Sel T dan makrofag serta sel langerhans (sel imun) adalah sel-sel yang terinfeksi HIV dan terkonsentrasi dikelenjar limfe, limpa dan sumsum tulang. HIV menginfeksi sel lewat pengikatan dengan protein perifer CD4, dengan bagian virus yang bersesuaian yaitu antigen grup 120. Pada saat sel T4 terinfeksi dan ikut dalam respon imun, maka HIV menginfeksi sel lain dengan meningkatkan reproduksi dan banyaknya kematian sel T4 yang juga dipengaruhi respon imun sel killer penjamu, dalam usaha mengeliminasi virus dan sel yang terinfeksi.

Dengan menurunnya jumlah sel T4, maka system imun seluler inakin lemah secara progresif. Diikuti berkurangnya fungsi sel B dan makrofag dan menurunnya fungsi sel T helper. Seseorang yang terinfeksi HIV dapat tetap tidak

memperlihatkan gejala (asimtomatik) selama bertahun-tahun. Selama waktu ini, jumlah sel T4 dapat berkurang dari sekitar 1000 sel perml darah sebelum infeksi mencapai sekitar 200-300 per ml darah, 2-3 tahun setelah infeksi. Sewaktu sel T4 mencapai kadar ini, gejala-gejala infeksi oportunistik muncul. Jumlah T4 kemudian menurun akibat timbulnya penyakit baru akan menyebabkan virus berproliferasi. Akhirnya terjadi infeksi yang parah. Seorang didiagnosis mengidap AIDS apabila jumlah sel T4 jatuh dibawah 200 sel per ml darah, atau apabila terjadi infeksi oportunistik, kanker atau dimensia AIDS.

3. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis infeksi HIV berkisar mulai dari kelainan ringan dalam respon imun tanpa tanda-tanda dan gejala yang nyata hingga keadaan immunosupresi yang berat yang berkaitan dengan berbagai infeksi yang dapat membawa kematian dan dengan kelainan malignitas yang jarang terjadi.

WHO mengklasifikasikan HIV/AIDS ke dalam 4 stadium klinis:

a. Stadium 1

- Asimtomatis
- Lympadenopati umum yang terjadi terus menerus

b. Stadium 2

- Penurunan berat badan sedang yang tidak dapat dijelaskan (<10%)
- Infeksi pernafasan yang berulang
- Herpes zoster
- Ulkus pada area mulut yang berkurang
- Dermatitis seboroika
- Infeksi jamur pada kuku
- Erupsi papular pruritus

c. Stadium 3

- Penurunan berat badan berat yang tidak dapat dijelaskan penyebabnya (>10%)
- Diare kronis >1 bulan tanpa penyebab yang jelas
- Demam terus-menerus lebih dari 1 bulan
- Oral candidiasis yang berlangsung terus menerus

- Oral hairy leukoplakia
- TB paru
- Infeksi bakteri berat (Pneumonia, empyema, pyomyolitis, dll)
- Anemia yang tidak dapat dijelaskan penyebabnya ($Hb < 8g/dl$)
- Neutropenia (neutrofil < 50.000)
- Trombositopenia kronis (< 50.000)

d. Stadium 4

- Pneumocystic pneumonia
- Pneumonia berat yang berulang
- Infeksi herpes simpleks kronis
- Kandidiasis esofageal, bronkus, atau paru
- Ekstrapulmonary TB
- Kaposi sarkoma
- Infeksi cytomegalovirus
- Toksoplasmosis pada sistem saraf pusat
- HIV ensefalopati
- Disseminated nontuberculosis, disseminated mycosis
- Progresif multifokal leukoensefalopati
- Lymfoma
- Ca cervik invasif

4. Cara Pencegahan

Tindakan yang sangat penting untuk mencegah penularan HIV/AIDS adalah dengan menghilangkan atau mengurangi perilaku beresiko (Suzanne & Brenda, 2001). Sampai saat ini HIV/AIDS belum ada vaksin maupun obatnya. Obat yang ada (ARV=Anti Retroviral Virus) hanyalah untuk menekan perkembangan virus. Pengobatan HIV/AIDS sangat mahal karena harus diminum seumur hidup. Karena itu, cara yang paling efektif adalah pencegahan yaitu menghindari hubungan seks di luar nikah, bagi kelompok risiko tinggi menggunakan kondom bila berhubungan seks, tidak menggunakan narkoba suntik. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa penyakit HIV/AIDS hanya ditularkan melalui hubungan seks yang intim, terpajan dengan produk darah atau

cairan yang mengandung darah dan penularan perinatal dari ibu terhadap bayi yang dikandung (Suzanne & Brenda, 2001).

Sedangkan menurut *World Health Organization (WHO)* menganjurkan beberapa jenis program upaya pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS yang telah terbukti sukses diterapkan di beberapa negara. Program-program tersebut yaitu:

- a. Pendidikan kesehatan reproduksi untuk remaja dan dewasa muda
- b. Program penyuluhan sebaya (peer group education)
- c. Program kerjasama dengan media cetak dan elektronik
- d. Paket pencegahan komprehensif untuk pengguna narkotika
- e. Program pendidikan agama
- f. Program layanan pengobatan infeksi menular seksual
- g. Program promosi kondom di lokalisasi pelacuran dan panti pijat
- h. Pelatihan ketrampilan hidup
- i. Program pengadaan tempat-tempat tes HIV dan konseling
- j. Dukungan untuk anak jalanan dan pengentasan prostitusi anak
- k. Integrasi program pencegahan dengan program pengobatan, perawatan dan dukungan untuk odha
- l. Program pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak dengan pemberian obat ARV

Menurut Sedyaningsih (2009), beberapa aktifitas yang dapat dilakukan untuk mendukung upaya pencegahan adalah:

- a. Upaya meningkatkan nilai-nilai agama dan norma kemasyarakatan untuk mempertahankan dan memperkuat ketahanan dan kesejahteraan keluarga.
- b. Melaksanakan gerakan nasional yang sinergis dan bersifat lintas sektor bersama komponen lain, seperti LSM agama, Ormas, dan Profesi.
- c. Memperpadukan promosi perilaku hidup sehat dengan pencegahan penyakit, pengobatan dan perawatan serta dukungan terhadap ODHA

CDC dan Ikatan Dokter di Amerika Serikat telah mempublikasikan pedoman "*Body Substance Isolation System*" untuk mengurangi resiko penularan penyakit kepada pasien serta petugas kesehatan (Suzanne & Brenda, 2001).

Unsur-unsur pada pengisolasian substansi tubuh tersebut adalah sebagai berikut:

a. Mencuci tangan

Dilakukan selama 10 detik dengan sabun, air mengalir dan menggosoknya. Hal ini dilakukan sebelum dan pada saat tangan kotor.

b. Sarung tangan

Dikenakan sebelum menyentuh membran mukosa, substansi tubuh yang basah dan kulit yang tidak utuh. Sarung tangan dilepas setelah menyelesaikan tugas.

c. Gaun atau apron plastik

Dikenakan ketika terdapat kemungkinan pakaian atau kulit kotor.

d. Masker

Dikenakan ketika kontak langsung dengan kulit terbuka yang luas ataupun kemungkinan terkenanya membrane mukosa nasal atau oral dengan substansi tubuh yang basah.

e. Jarum suntik atau benda tajam

Buang jarum dan benda tajam bekas pakai ke dalam wadah yang kaku dan tahan basah. Jangan memasang kembali tutup jarum bekas dengan tangan dan hati-hati ketika memanipulasi alat-alat kecil seperti heparin *lock*.

f. Pemilihan teman sekamar

Hindari kombinasi teman sekamar di mana pasien yang satu besar kemungkinannya tersentuh dengan substansi tubuh pasien lain yang basah. Tempatkan pasien penyakit menular dalam ruangan isolasi dengan pasien lain yang system kekebalannya terganggu.

g. Sampah dan kain kotor

Kenakan sarung tangan dan pakaian pelindung lainnya ketika kontak dengan sampah dan kain kotor. Tempatkan semua sampah dan kain kotor dalam kantong yang tertutup rapat serta buang menurut kebijakan fasilitas.

h. Pekerjaan rumah tangga

Kenakan sarung tangan saat membersihkan semua ruangan, barang-barang, peralatan, perabot yang dikotori oleh substansi tubuh yang basah dengan segera.

i. Spesimen laboratorium

Tangani semua spesimen laboratorium dengan cermat.

j. Tanda-tanda dan label

k. Kepatuhan petugas kesehatan

Kembangkan program untuk memastikan bahwa semua petugas kesehatan mematuhi system tindakan pencegahan infeksi.

5. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostic yang dapat digunakan untuk menegakkan diagnosis HIV/AIDS dapat dilakukan dengan tes antibody dan pelacakan HIV.

Tes antibodi:

- ELISSA
- Western Blot
- Indirect immunofluorescence assay (IFA)
- Radioimmunoprecipitation assay (RIPA)

Tes pelacakan HIV:

- Antigen p24
- Reaksi rantai polimerase(PCR)
- Kultur sel mononuklear darah perifer untuk HIV-1
- Kultur sel kuantitatif
- Kultur plasma kuantitatif
- Mikroglobulin B2
- Neopterin serum

6. Penatalaksanaan HIV/AIDS

Upaya penanganan meliputi beberapa upaya pendekatan yang mencakup penanganan infeksi yang berhubungan dengan HIV serta malignansi, penghentian replikasi virus HIV melalui preparat antivirus, dan penguatan serta pemulihan sistem imun melalui penggunaan preparat imunomodulator. Perawatan suportif juga sangat diperlukan karena efek dari infeksi HIV/AIDS sangat menurunkan keadaan umum pasien. Selain itu perlu dilakukan pencegahan terhadap terpajannya HIV, bisa dilakukan dengan :

- a. Melakukan abstinensi seks / melakukan hubungan kelamin dengan pasangan yang tidak terinfeksi
- b. Memeriksa adanya virus paling lambat 6 bulan setelah hubungan seks terakhir yang tidak terlindungi.
- c. Menggunakan pelindung jika berhubungan dengan orang yang tidak jelas status Human Immunodeficiency Virusnya
- d. Tidak menggunakan jarum suntik secara bergantian
- e. Mencegah infeksi kejanin / bayi baru lahir

7. Epidemiologi

Dari awal epidemi AIDS, stigma dan diskriminasi telah memicu penularan HIV dan telah sangat meningkatkan dampak negatif yang terkait dengan epidemi. Terkait HIV stigma dan diskriminasi terus menjadi nyata di setiap negara dan wilayah di dunia, menciptakan hambatan utama untuk mencegah infeksi lebih lanjut, mengurangi dampak dan menyediakan perawatan yang memadai, dukungan dan pengobatan. Epidemi telah ditandai, misalnya, dengan asumsi rasis tentang 'Afrika seksualitas' dan persepsi yang berkembang di dunia Barat 'perilaku tak bermoral'.

Menurut Viktoria (2007), visibilitas dan keterbukaan tentang AIDS merupakan prasyarat untuk keberhasilan mobilisasi pemerintah, masyarakat dan individu untuk merespon epidemi. Penyembunyian mendorong penolakan bahwa ada masalah dan penundaan tindakan segera. Ini menyebabkan orang yang hidup dengan HIV dilihat sebagai sebuah 'masalah'. Pelanggaran hak asasi manusia terangkum dalam diskriminasi dapat meningkatkan dampak epidemi pada orang-orang yang hidup dengan HIV dan orang-orang yang dianggap terinfeksi, serta keluarga dan rekan-rekan mereka. Misalnya, seseorang yang diberhentikan dari pekerjaannya karena menjadi HIV-positif, di luar penyakit, dihadapkan dengan banyak masalah tambahan, termasuk kurangnya sumber-sumber ekonomi untuk perawatan kesehatan, serta menyediakan tanggungan untuk keluarga.

Pada tahun 2008 di Asia, diperkirakan 4,7 juta (3,8 juta-5,5 juta) orang hidup dengan HIV dan 330.000 orang meninggal karena terkait penyakit AIDS. Dengan pengecualian Thailand, setiap negara di Asia mempunyai prevalensi HIV

orang dewasa kurang dari 1% dan meningkat di beberapa kawasan, seperti Bangladesh dan Pakistan. Sementara epidemi regional tampak stabil secara keseluruhan. Epidemi di Asia pada populasi tertentu terus melakukan ekspansi ke populasi beresiko rendah melalui penularan kepada mitra seksual mereka yang paling beresiko.

Laju epidemi HIV di Indonesia saat ini dinyatakan sebagai "*the fastest growing epidemic in Asia*" oleh WHO dan UNAIDS (Sedyaningsih, 2009). Secara kumulatif kasus HIV/AIDS sampai Juni 2009 adalah 28.260. Menurut Departemen Kesehatan (2009), persentase kumulatif infeksi HIV tertinggi berdasarkan kelompok umur yaitu 30-39 tahun (16,49%), kemudian kelompok umur 20-29 tahun (15,41%), dan kelompok umur kurang dari 1 tahun (13,61%). Sedangkan berdasarkan penularan HIV, kasus tertinggi pada pengguna napza suntik/penasun 52,18%, kelompok waria 25,89%, dan pasangan risiko tinggi 15,83%. Prevalensi HIV hampir tiga kali lebih tinggi di antara pekerja seks laki-laki (20,3%) dibandingkan pekerja seks perempuan (7,1%). Rate kumulatif infeksi HIV positif tertinggi dilaporkan dari Propinsi DKI Jakarta 40,3%, Banten 29,0%, Kepulauan Riau 22,9%, Bali 20,2%, Papua Barat 19,7%, Jawa Barat 19,2%, Jawa Timur 13,2%, Papua 11,8%, Riau 11,6%, dan DI Yogyakarta 11,1%.

Estimasi populasi rawan tertular HIV di Indonesia tahun 2006 sebesar 193.000. Pada tahun 2014 diproyeksikan jumlah infeksi baru HIV usia 15-49 tahun sebesar 79.200 dan proyeksi untuk ODHA usia 15-49 tahun sebesar 501.400 kasus. Sampai dengan September 2009 terdapat 13.858 ODHA masih menerima pengobatan ARV (60% dari yang pernah menerima ARV). Jumlah ODHA yang masih dalam pengobatan ARV tertinggi dari Propinsi DKI Jakarta (6.135), Jawa Barat (1.724), Jawa Timur (1.145), Bali (811), Jawa Tengah (436), Papua (433), Sumatera Utara (442), Kalimantan Barat (382), Kepulauan Riau (335), dan Sulawesi Selatan (314).

8. Stigma dan Diskriminasi Pada Masyarakat dan Tenaga Kesehatan

Stigma pertama kali muncul pada kata Yunani untuk merujuk pada sejenis tato yang disayatkan atau dibakar pada tubuh pelaku kejahatan, budak, dan pengkhianat (Lukmantoro, 2009). Kamus Besar Bahasa Indonesia (2002),

mendefinisikan stigma sebagai ciri negatif yang menempel pada pribadi seseorang karena pengaruh lingkungan. Copenhaver, dkk (2007) menggambarkan istilah stigma sosial sebagai situasi dimana individu didiskualifikasi dari penerimaan sosial. Sedangkan menurut Aggleton, P., dkk (2005), stigma digambarkan sebagai sebuah proses dinamis devaluasi yang 'signifikan mendiskreditkan' seorang individu di mata orang lain, misalnya, warna kulit, cara berbicara, atau preferensi seksual. Dalam budaya tertentu atau pengaturan, atribut tertentu didefinisikan oleh orang lain sebagai hal yang memalukan atau tidak pantas.

Stigma diberikan pada orang-orang yang dipandang tercela atau secara sosial terkontaminasi. Ada berbagai sebab munculnya stigma yang ditujukan kepada ODHA (Orang dengan HIV dan AIDS). Marta Zaccagnini, 2009 (dalam Lukmanto, 2009) mengidentifikasi sebab-sebab bergulirnya stigma tersebut, yakni HIV/AIDS dipandang sebagai penyakit yang mengancam kehidupan; infeksi HIV diidentikkan dengan perilaku tertentu (seperti homoseksualitas, ketagihan narkoba, prostitusi dan bergonta-ganti pasangan dalam hubungan seks); sebagian besar orang yang terinfeksi HIV melalui hubungan seks; banyaknya informasi yang tidak akurat berkaitan dengan penularan HIV; infeksi HIV dipandang sebagai akibat perilaku tidak bertanggung jawab; dan keyakinan-keyakinan agama atau moral yang mempercayai bahwa terinfeksi HIV adalah hukuman yang pantas didapatkan para pelakunya. Mereka yang diberi stigma dijauhi, terutama dalam ruang-ruang publik. Saat ini, stigma tidak hadir dalam rupa fisik, tapi dalam perlakuan masyarakat yang memojokkan dan menghinakan.

ODHA adalah pihak yang sering diberi stigma. ODHA diposisikan sebagai anggota kelompok luar atau outsiders yang harus disingkirkan karena mereka dipandang abnormal dan berbahaya bagi kelompok dalam atau insiders (Lukmanto, 2009). ODHA harus diasingkan karena dianggap mengancam stabilitas kehidupan. Akibatnya, ODHA mendapat prasangka berlebihan, yakni peremehan yang dilakukan masyarakat terhadap mereka. Stigma menjadikan ODHA didiskriminasi, yaitu tindakan yang mengucilkan. Perilaku itu tersebar dari keluarga, pelayanan kesehatan, kegiatan agama, hingga peraturan yang diterbitkan negara. ODHA seperti pesakitan yang terkerangkeng dalam penjara.

MILIK PERPUSTAKAAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA

Di Indonesia, pandangan dominan menyatakan HIV/AIDS bukan sekadar penyakit yang menggerogoti kesehatan, namun penyakit yang melanggar moralitas. Relasi antara penyakit kelamin dan moralitas itulah yang menjadikan ODHA dihukum dalam domain sosial. Pertama, mereka dianggap melakukan hubungan seks secara bebas. Kedua, tatanan etis sama sekali tidak diperhatikan ODHA. Ketiga, seluruh keyakinan ataupun keagamaan memandang ODHA sebagai orang yang tidak layak dihadapan Tuhan.

Stigma bergulir secara cepat karena masyarakat kebanyakan tidak mengetahui dengan pasti bagaimana HIV ditularkan. Pandangan awam yang sangat mapan menyatakan HIV ditularkan melalui hubungan seks. Padahal, kenyataan yang terjadi adalah HIV terutama ditularkan melalui penggunaan jarum suntik secara bergantian yang lazim terjadi pada kalangan pengguna narkoba. Individu yang hidup dengan HIV sering diyakini pantas mendapatkan status HIV-positif sebagai akibat dari telah melakukan sesuatu yang 'salah'. Dengan menghubungkan menyalahkan individu dan kelompok tertentu yang "berbeda", orang lain dapat membebaskan diri dari mengakui risiko mereka sendiri, menghadapi masalah dan merawat mereka yang terkena dampak.

Keluarga yang seharusnya menjadi ruang sosial yang bisa digunakan sebagai tempat berbagi perasaan justru menyingkirkannya. Kalangan agamawan yang sewajarnya memberi dorongan moral justru terlibat dalam penghukuman dengan persepsi bahwa infeksi HIV adalah hukuman bagi perilaku menyimpang (Aggleton, P., dkk, 2005). Negara tanpa peduli membuat berbagai aturan yang memojokkan keberadaan ODHA. Pada lingkup pekerjaan, ODHA terusir dari kompetisi memperebutkan jabatan karena reputasi tidak mungkin mereka raih lagi.

Akibat lain dalam perkawinan adalah ODHA dijauhi pasangan (suami atau isteri). Kejadian berikutnya adalah mereka tidak mempunyai hak dan keleluasaan mengasuh anak-anak dari hasil perkawinan. Anak-anak dari hasil perkawinan dengan ODHA dikhawatirkan akan tertular dan mengikuti "jejak dosa" yang ditinggalkan orang tua mereka. Stigma dan diskriminasi terkait dengan HIV dan AIDS juga berarti bahwa orang yang hidup dengan HIV dan AIDS sangat kecil

kemungkinannya untuk menerima perawatan dan dukungan. Fenomena paling ekstrem adalah dalam pelayanan kesehatan. ODHA diperlakukan sebagai "satu pihak yang harus diawasi terus-menerus" karena dianggap memberi ancaman serius, baik bagi perawat maupun pasien-pasien lainnya (Lukmantoro, 2009).

Rumah sakit dan puskesmas yang berperan sebagai tempat pengobatan pun bertindak serupa. Adanya stigmatisasi menyebabkan perawat memiliki keengganan untuk memberikan asuhan keperawatan bagi pasien dengan HIV/AIDS karena adanya perasaan takut dan cemas terhadap kemungkinan tertular walaupun sudah diberikan penyuluhan tentang pengendalian infeksi dan rendahnya insidensi penularan pada petugas kesehatan (Suzanne & Brenda, 2001). Hal ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Anita Komajas dengan judul "Perbandingan tingkat pengetahuan, persepsi, perilaku mahasiswa kesehatan dengan mahasiswa non kesehatan tentang stigma HIV/AIDS mengatakan bahwa mahasiswa kesehatan lebih banyak tidak mengetahui tentang stigma terhadap HIV/AIDS dibandingkan dengan mahasiswa non kesehatan.

Hasil dari adanya stigma adalah diskriminasi. Diskriminasi terdiri dari tindakan atau kelalaian yang berasal dari stigma dan diarahkan kepada orang-orang yang orang termoda. Diskriminasi, sebagaimana didefinisikan oleh UNAIDS (2000) dalam Protokol untuk Identifikasi Diskriminasi terhadap orang yang hidup dengan HIV, mengacu pada setiap bentuk perbedaan yang sewenang-wenang, pengucilan, atau pembatasan yang mempengaruhi seseorang yang tidak hanya berdasarkan karakteristik pribadi yang melekat atau dianggap milik kelompok tertentu terlepas dari apakah ada atau tidak ada pembenaran untuk tindakan ini.

Diskriminasi juga dapat terjadi di dalam keluarga, masyarakat dan pengaturan kelembagaan. Dalam pengaturan kelembagaan, khususnya, di tempat kerja, layanan kesehatan, penjara, lembaga pendidikan dan pengaturan kesejahteraan social, diskriminasi ditetapkan dalam kebijakan dan praktek institusional sebagai berikut (Aggleton, P., dkk, 2005):

1. Layanan perawatan kesehatan: mengurangi standar perawatan, penolakan akses pada perawatan dan pengobatan, tes HIV tanpa izin, pelanggaran kerahasiaan termasuk mengidentifikasi seseorang sebagai HIV-positif kepada keluarga, sikap negatif dan merendahkan.
2. Tempat Kerja: penolakan kerja berdasarkan status HIV-positif, wajib tes HIV, pengecualian HIV-positif dari skema pensiun atau tunjangan kesehatan.
3. Sekolah: penolakan masuk ke anak-anak yang terkena dampak HIV, atau pemecatan guru.
4. Penjara: pemisahan wajib HIV-positif, pengecualian dari kegiatan kolektif.

Pada tingkat nasional, diskriminasi dapat mencerminkan stigma yang telah resmi atau dilegitimasi melalui hukum dan kebijakan yang ada, dan disahkan dalam praktek dan prosedur. Ini bisa mengakibatkan stigmatisasi bahkan diskriminasi lebih lanjut orang yang hidup dengan HIV. Sejumlah besar negara, misalnya, telah memberlakukan undang-undang dengan maksud untuk membatasi hak-hak individu yang terkena dampak HIV. Tindakan ini meliputi: wajib penyaringan dan pengujian kelompok dan individu; larangan orang yang hidup dengan HIV dari pekerjaan tertentu dan jenis pekerjaan.

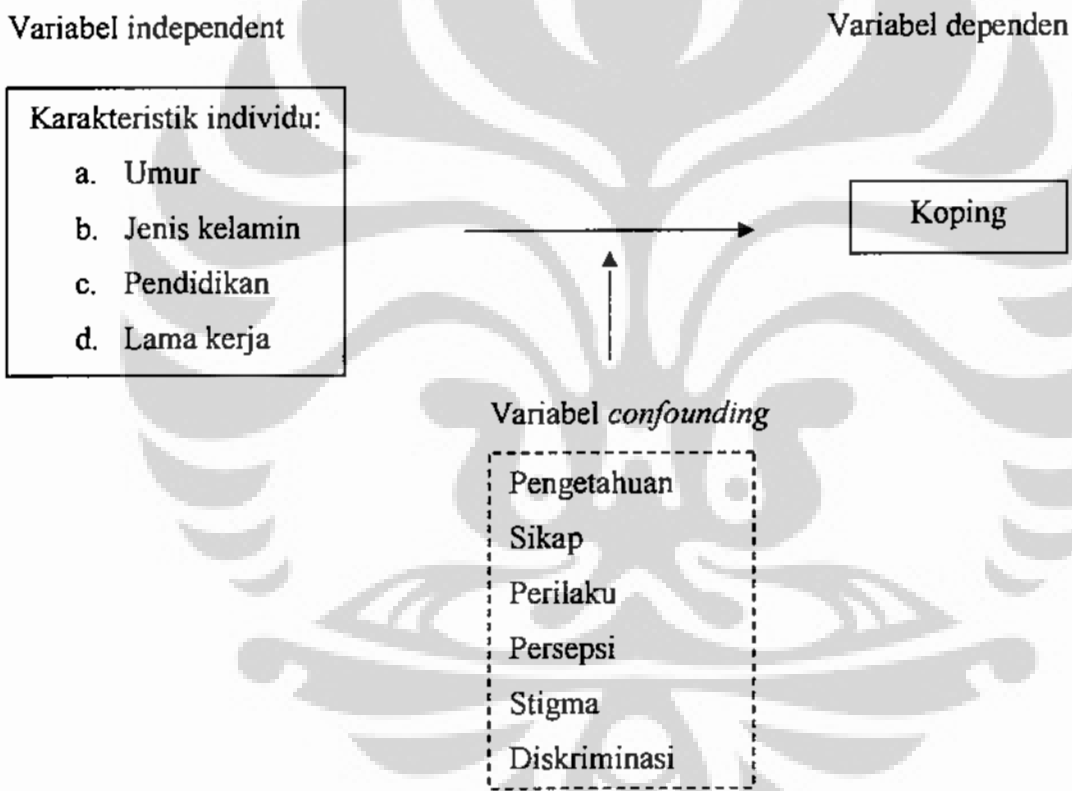
BAB III




KERANGKA KERJA PENELITIAN

A. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah penjelasan hubungan antara dua variabel satu dengan yang lain. Berdasarkan teori yang telah diuraikan pada studi kepustakaan, peneliti membuat kerangka konsep untuk memudahkan mengidentifikasi konsep-konsep yang sesuai dengan penelitian sehingga dapat lebih dimengerti.

Skema 3.1 Kerangka Konsep



Keterangan:  = variabel yang diteliti
 = variabel yang tidak diteliti
 = berpengaruh

B. Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban sementara atas pertanyaan penelitian yang telah dirumuskan. Syarat penulisan hipotesis adalah harus dirumuskan dengan singkat dan jelas serta menunjukkan adanya hubungan dua atau lebih variable. Hipotesis dari penelitian ini adalah:

1. Ada hubungan yang bermakna antara koping perawat dan karakteristik individu dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien anak dengan HIV/AIDS.
2. Tidak ada hubungan yang bermakna antara koping perawat dan karakteristik individu dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien anak dengan HIV/AIDS.

C. Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala ukur
Koping	Segala usaha, perilaku, kegiatan dan cara yang digunakan untuk menyelesaikan masalah atau mengatasi stressor yang dihadapi	Kuesioner dengan skala Likert yaitu Koping Konstruktif: 1) Sangat tidak setuju (STS), 2) Tidak setuju (TS), 3) Setuju (S), dan 4) Sangat setuju (SS). Koping Destruktif: 4) Sangat tidak setuju (STS), 3)	Koping konstruktif \geq nilai mean dari total koping ($\geq 53,72$). Koping destruktif $= <$ nilai total mean dari total koping ($< 53,72$)	Ordinal

		Tidak setuju (TS), 2) Setuju (S), dan 1) Sangat setuju (SS)		
Umur	Umur perawat dihitung sejak lahir hingga ulang tahun terakhir pada saat mengisi angket penelitian	Angket pada kuesioner dengan isian terbuka	Umur responden dalam tahun	Interval
Pendidikan	Latar belakang pendidikan formal terakhir dalam bidang keperawatan yang dicapai oleh perawat	Angket pada kuesioner	SI Kep D III Kep (berasal dari SPK dan SMU) SPK	Ordinal
Jenis Kelamin	Jenis kelamin perawat pelaksana laki-laki dan perempuan	Angket pada kuesioner	1 = laki-laki 2 = perempuan	Nominal
Lama kerja	Jumlah tahun sejak masuk bekerja sebagai perawat hingga saat menjadi responden	Angket pada kuesioner	Dalam tahun	Ratio

BAB IV METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian ini adalah jenis penelitian deskriptif, yaitu untuk mengetahui informasi lebih dalam lagi tentang gambaran masing-masing variabel dan mengidentifikasi hubungan antara variabel yang diteliti. Pada penelitian ini tidak ada intervensi atau manipulasi yang diberikan pada variabel. Setelah variabel digambarkan, hubungan antar variabel dapat diteliti untuk memahami fenomena secara keseluruhan, akan tetapi jenis dan kekuatan hubungan tidak digambarkan. Peneliti dapat mengurangi bias dan meningkatkan validitas dengan cara memastikan hubungan antara kerangka konsep dan definisi operasional, pemilihan dan penentuan sampel, pengujian validitas dan reliabilitas, dan pengontrolan lingkungan ketika mengumpulkan data.

Metode pendekatan yang digunakan adalah cross sectional, dimana penelitian diukur dan dikumpulkan secara simultan, sesaat atau satu waktu yang bersamaan. Dalam hal ini, setiap subyek hanya dikenai satu kali pengukuran, tanpa dilakukan tindak lanjut atau pengulangan pengukuran. Metode ini dilakukan dengan cara mengidentifikasi variabel penelitian, mengidentifikasi subjek penelitian, mengobservasi variabel, dan melakukan analisis data.

B. Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat RSUPN (Rumah Sakit Umum Pusat Nasional) Cipto Mangunkusumo yang bekerja di ruang perawatan anak. Jumlah sampel yang digunakan pada penelitian ini menggunakan formula uji daya, yaitu:

$$n' = \frac{N}{1 + N(d^2)}$$

Keterangan: N = Besar populasi
n' = Jumlah sampel
d = Tingkat kepercayaan yang diinginkan (0,05)

$$n' = \frac{100}{1 + 100 (0,05^2)}$$

$$= 80 \text{ orang}$$

Maka:

$$n = \frac{n'}{f} \times 100\%$$

$$= 88,8$$

Dari perhitungan diatas, maka jumlah sampel wajib yang harus diambil peneliti adalah 80 orang pada saat menyebarkan kuesioner. Untuk mengantisipasi jumlah responden yang *drop out*, maka peneliti menambah jumlah sampel sebanyak 10% sehingga total sampel adalah $80 + 10\% = 88$ orang.

Adapun kriteria yang harus dipenuhi untuk menjadi sampel adalah sebagai berikut:

1. Kriteria inklusi
 - a. Perawat yang bersedia menjadi responden.
 - b. Perawat yang bekerja diruang perawatan anak RSUPN (Rumah Sakit Umum Pusat Nasional) Cipto Mangunkusumo.
 - c. Pernah merawat pasien dengan HIV/AIDS.
2. Kriteria eklusi
 - a. Perawat yang tidak bersedia menjadi responden.
 - b. Tidak pernah merawat pasien dengan HIV/AIDS.

C. Etika Penelitian

Peneliti akan memberikan penjelasan mengenai tujuan dan manfaat penelitian sebelum responden mengisi kuesioner. Penelitian yang dilakukan ini tidak membahayakan responden dan identitas responden akan dijaga kerahasiaannya. Untuk memenuhi aspek legalitas, maka responden akan diminta menandatangani surat persetujuan atau surat kesediaan sebagai responden tanpa ada tekanan atau paksaan dari pihak lain.

D. Alat Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang disusun berdasarkan studi literatur dan kerangka konsep penelitian. Kuesioner ini diberikan langsung kepada responden berupa lampiran kertas yang berisi butir-butir pernyataan yang mewakili setiap variabel operasional yang nantinya akan dijawab oleh responden guna mendapatkan data primer untuk kepentingan penelitian ini. Lembar kuesioner berisikan 20 pernyataan.

E. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan di RSUPN Cipto Mangunkusumo dengan prosedur sebagai berikut:

1. Menyerahkan surat permohonan izin penelitian kepada Kepala Bidang Keperawatan RSUPN Cipto Mangunkusumo.
2. Menyerahkan surat permohonan izin penelitian kepada Manajer Keperawatan Anak RSUPN Cipto Mangunkusumo.
3. Menyerahkan surat permohonan izin penelitian kepada kepala ruangan yang membawahi ruangan-ruangan yang menjadi lokasi penelitian.
4. Peneliti melakukan pendekatan dengan kepala ruangan, memperkenalkan diri dan memberikan penjelasan tentang tujuan penelitian. Peneliti juga menjelaskan bahwa identitas dan informasi yang diberikan oleh calon responden akan dijaga kerahasiaannya, sehingga informasi yang diherikan diharapkan adalah jujur dan sebenarnya. Peneliti memberitahukan kepada kepala ruangan bahwa sebelum mengisi kuesioner, setiap calon responden dipersilahkan untuk membaca lembar persetujuan menjadi responden dan jika calon responden setuju maka diminta untuk menandatangani lembaran persetujuan tersebut. Selanjutnya peneliti memberikan penjelasan tentang cara pengisian kuesioner, dan mengingatkan responden untuk menjawab semua pernyataan yang ada didalam kuesioner. Peneliti memberikan kuesioner kepada kepala ruangan dan memberitahu batas waktu pengisian kuesioner, serta tanggal peneliti akan datang untuk mengambil kuesioner yang telah diisi oleh responden.

5. Mengambil kuesioner yang telah diisi oleh responden dari setiap ruangan sesuai waktu yang telah dijanjikan.

F. Pengolahan dan Analisis Data

Pada penelitian ini, peneliti menggunakan 4 (empat) tahapan dalam pengolahan data agar mendapatkan informasi yang benar, yaitu:

1. *Editing*, adalah kegiatan pengecekan kuesioner baik secara pengisian, kesalahan pengisian, kelengkapan pengisian dan relevan.
2. *Coding*, adalah pemberian kode pada setiap jawaban yang terkumpul dalam kuesioner untuk memudahkan proses pengolahan data.
3. *Processing*, adalah pemindahan atau memasukkan data dari kuesioner ke perangkat lunak computer.
4. *Cleaning*, adalah pemeriksaan yang dilakukan setelah data masuk ke computer apakah terdapat data yang salah atau tidak.

Setelah data diolah menjadi suatu data yang diharapkan, selanjutnya dilakukan analisa data dengan tujuan agar data tersebut memberikan informasi dan dapat menjawab semua pertanyaan penelitian. Analisa data dilakukan dengan menggunakan:

1. Analisa univariat

Analisa univariat merupakan analisa data berupa perhitungan distribusi frekuensi dari masing-masing variabel untuk memperoleh informasi dari data yang diolah. Penghitungan dan analisa yang diteliti yaitu karakteristik individu dan koping perawat dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap anak dengan HIV/AIDS. Penghitungan dan analisa data dilakukan dengan menyusun tabel distribusi frekuensi berdasarkan jumlah proporsi responden, menurut data demografi, karakteristik individu dan juga distribusi tentang koping perawat. Tujuan dilakukannya analisa ini adalah untuk variabel yang numerik, seperti umur dan lama kerja menggunakan mean, median, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal dan 95% CI. Sedangkan menurut Luknis dan Sutanto (2007) untuk variabel yang kategorik dengan tabel, menggunakan tabel kontingensi agar dapat dilakukan uji beda proporsi atau kai kuadrat (*chi square*).

2. Analisa bivariat

Analisa bivariat merupakan uji untuk melihat ada tidaknya hubungan yang bermakna antara variabel independent dengan variabel dependen dalam penelitian ini sesuai dengan kerangka konsep penelitian yaitu antara karakteristik individu dengan koping.

Tabel 4.1 Uji bivariat

Variabel independent (jenis data)	Variabel dependent (jenis data)	Uji
Umur (numeric)	Koping konstruktif (kategorik)	Beda dua mean: T independen
	Koping destruktif (kategorik)	
Jenis kelamin (kategorik)	Koping konstruktif (kategorik)	<i>Chi square</i>
	Koping destruktif (kategorik)	
Tingkat pendidikan (kategorik)	Koping konstruktif (kategorik)	<i>Chi square</i>
	Koping destruktif (kategorik)	
Lama kerja (numeric)	Koping konstruktif (kategorik)	Beda dua mean: T independent
	Koping destruktif (kategorik)	

BAB V HASIL PENELITIAN

A. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mengetahui distribusi responden berdasarkan variabel independent, yaitu karakteristik individu (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan lama kerja) dan variabel dependent, yaitu koping perawat dalam dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap anak dengan HIV/AIDS.

1. Karakteristik individu

Karakteristik individu yang menjadi variabel penelitian ini adalah umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan lama kerja. Berikut gambaran hasil tentang variabel independent karakteristik individu di ruang rawat inap anak RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta:

Tabel 5.1
Distribusi Rata-rata Menurut Umur dan Lama Kerja
Di Ruang Rawat Inap Anak RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta
Bulan Mei 2010 dengan N = 88

Variabel	Mean	Median	SD	Min-Mak	95% CI
Umur	30,92	29,50	6,882	21-54	29,46-32,38
Lama kerja	2,20	2,00	1,186	1-4	1,95-2,46

Tabel 5.1 menunjukkan hasil analisis bahwa rata-rata umur perawat di ruang rawat inap anak RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta adalah 30,92 tahun. Umur perawat termuda adalah 21 tahun dan umur perawat tertua adalah 54 tahun. Pada tingkat kepercayaan 95% CI diyakini bahwa rata-rata umur perawat antara 29,46 sampai dengan 32,38 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa rata-rata perawat di ruang rawat inap anak RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta berada pada rentang usia produktif. Rata-rata lama kerja perawat adalah 2,20 tahun, lama kerja terpendek adalah 1 tahun dan terlama adalah 4 tahun. Pada tingkat kepercayaan 95% CI diyakini bahwa rata-rata lama kerja perawat adalah 1,95 tahun sampai dengan 2,46 tahun.

Tabel 5.2
 Distribusi Perawat Menurut Jenis Kelamin dan Tingkat Pendidikan
 Di Ruang Rawat Inap Anak RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta
 Bulan Mei 2010 dengan N = 88

Variabel	Jumlah	Persentase
Jenis kelamin		
Laki-laki	5	5,7
Perempuan	83	94,3
Tingkat pendidikan		
SI Keperawatan	9	10,2
D III Keperawatan (berasal dari SMU dan SPK)	72	81,8
SPK	7	8

Berdasarkan tabel 5.2 menunjukkan bahwa jumlah mayoritas perawat di ruang rawat inap anak RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 83 orang perawat (94,3%). Distribusi tingkat pendidikan perawat di ruang rawat inap anak RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta, paling banyak berpendidikan D III Keperawatan (berasal dari SMU dan SPK) yaitu 72 orang perawat (81,8%).

2. Koping perawat dalam dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap anak dengan HIV/AIDS

Dari tabel 5.3, distribusi variabel koping perawat dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap anak dengan HIV/AIDS, paling banyak memiliki koping destruktif yaitu 49 orang perawat (55,7%). Sedangkan untuk koping konstruktif yaitu sebesar 39 orang perawat (44,3%).

Tabel 5.3
Distribusi Koping Konstruktif dan Destruktif Perawat
Di Ruang Rawat Inap Anak RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta
Bulan Mei 2010 dengan N = 88

Variabel	Jumlah	Persentase
Koping		
Koping destruktif	49	55,7
Koping konstruktif	39	44,3

B. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan satu variabel bebas dengan satu variabel terikat, yang dilakukan dengan uji statistik beda 2 mean (*T independent*) dan *Chi Square*. Berikut ini adalah hasil dari analisis bivariat:

1. Hubungan Umur dengan Koping

Umur merupakan variabel numerik sedangkan koping merupakan variabel kategorik. Untuk mencari hubungan umur dengan koping digunakan uji statistik beda 2 mean (*T independent*), dengan hasil sebagai berikut:

Tabel 5.4
Distribusi Rata-rata Umur Menurut Koping Perawat
Di Ruang Rawat Inap Anak RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta
Bulan Mei 2010 dengan N = 88

Koping	Mean	SD	SE	P Value	N
Destruktif	30,80	7,580	1,083	0,850	49
Konstruktif	31,08	5,984	0,958		39

Berdasarkan tabel 5.4 didapatkan hasil rata-rata umur perawat yang memiliki koping destruktif adalah 30,80 tahun dengan standar deviasi 7,580 tahun, sedangkan untuk umur perawat yang memiliki koping konstruktif 31,08 tahun dengan standar deviasi 5,984 tahun. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak

ada perbedaan yang signifikan rata-rata umur antara perawat yang memiliki koping destruktif dengan konstruktif ($p: 0,8501$; $\alpha: 0,05$).

2. Hubungan Lama Kerja dengan Koping

Lama kerja merupakan variabel numerik sedangkan koping merupakan variabel kategorik. Untuk mencari hubungan lama kerja dengan koping digunakan uji statistik beda 2 mean (*T independent*), dengan hasil sebagai berikut:

Tabel 5.5
Distribusi Rata-rata Lama Kerja Menurut Koping Perawat
Di Ruang Rawat Inap Anak RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta
Bulan Mei 2010 dengan N = 88

Koping	Mean	SD	SE	P Value	N
Destruktif	9,45	8,720	1,246	0,772	49
Konstruktif	8,95	7,034	1,126		39

Dari tabel 5.5, distribusi rata-rata lama kerja perawat yang memiliki koping destruktif adalah 9,45 dengan standar deviasi 8,720 tahun, sedangkan lama kerja perawat yang memiliki koping konstruktif 8,95 tahun dengan standar deviasi 7,034 tahun. Berdasarkan hasil uji statistik didapatkan kesimpulan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata lama kerja antara perawat yang memiliki koping destruktif dengan koping konstruktif ($p: 0,772$; $\alpha: 0,05$).

3. Hubungan Jenis Kelamin dengan Koping

Jenis kelamin dan koping merupakan variabel kategorik, sehingga untuk mencari hubungan lama kerja dengan koping digunakan uji statistik *Chi Square*, dengan hasil sebagai berikut:

Tabel 5.5
Distribusi Perawat Menurut Jenis Kelamin dan Koping
Di Ruang Rawat Inap Anak RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta
Bulan Mei 2010 dengan N = 88

Jenis Kelamin	Koping				Total		X ²	P Value
	Destruktif		Konstruktif		N	%		
	n	%	n	%				
Laki-laki	2	40,0	3	60,0	5	100,0	0,528	0,652
Perempuan	47	56,6	36	43,4	83	100,0		
Total	49	55,7	39	44,3	88	100,0		

Berdasarkan tabel 5.5, dari 5 perawat yang berjenis kelamin laki-laki ada sebanyak 3 (60,0%) orang perawat memiliki koping konstruktif. Sedangkan dari 83 perawat yang berjenis kelamin perempuan, ada sebanyak 36 (43,4%) orang perawat yang memiliki koping konstruktif. Dari hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan proporsi koping antara perawat yang berjenis kelamin laki-laki dengan perempuan atau tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan koping ($p:0,652$; $\alpha: 0,05$).

4. Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Koping

Tingkat pendidikan dan koping merupakan variabel kategorik, sehingga untuk mencari hubungan lama kerja dengan koping digunakan uji statistik *Chi Square*, dengan hasil sebagai berikut:

Tabel 5.7
 Distribusi Perawat Menurut Tingkat pendidikan dan Koping
 Di Ruang Rawat Inap Anak RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta
 Bulan Mei 2010 dengan N = 88

Tingkat Pendidikan	Koping				Total		X ²	P Value
	Destruktif		Konstruktif					
	n	%	n	%	n	%		
S1 Kep	1	11,1	8	88,9	9	100,0	10,009	0.007*
D III Kep	42	58,3	30	41,7	72	100,0		
SPK	6	85,7	1	14,3	7	100,0		
Total	49	55,7	39	44,3	88	100,0		

* signifikan pada $\alpha: 0,05$

Dari tabel 5.6, didapatkan hasil bahwa dari 9 orang perawat yang berpendidikan S1 Kep ada sebanyak 8 (88,9%) orang perawat memiliki koping konstruktif. Dari 72 orang perawat yang berpendidikan D III Kep (berasal dari SMU dan SPK), ada sebanyak 30 (41,7%) orang perawat memiliki koping konstruktif. Dari 7 orang perawat yang berpendidikan SPK, ada sebanyak 1 (14,3%) orang perawat memiliki koping konstruktif. Berdasarkan hasil uji statistik terlihat bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan koping atau kecenderungan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan akan semakin baik koping konstruktif yang dimiliki ($p:0,007; \alpha: 0,05$).

BAB VI

PEMBAHASAN

A. Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian

Tujuan dari penelitian yang sudah dilakukan adalah untuk mengidentifikasi hubungan karakteristik individu dan koping perawat dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap anak dengan HIV/AIDS. Berikut ini akan diuraikan interpretasi hasil penelitian dari semua variabel sesuai dengan tujuan khusus penelitian.

1. Koping

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 88 orang perawat, hanya 39 orang perawat (44,3%) yang memiliki koping konstruktif, sedangkan 49 orang perawat (55,7%) yang memiliki koping destruktif. Bertentangan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Sari, dkk (2003) dimana 63 orang perawat (86,3%) memiliki koping konstruktif sedangkan 10 orang perawat (13,7%) memiliki koping destruktif. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Townsed, (2003), bahwa koping tidak selalu berarti reaksi dalam menyelesaikan masalah namun juga meliputi usaha menghindari, mentoleransi, meminimalkan atau menerima kondisi yang penuh dengan tekanan tersebut. Mekanisme koping berdasarkan penggolongannya dibagi menjadi 2 (dua), yaitu: mekanisme koping adaptif, yaitu mekanisme koping yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar dan mencapai tujuan, seperti memecahkan masalah secara efektif; dan mekanisme koping maladaptif, yaitu mekanisme koping yang menghambat fungsi integrasi, pertumbuhan, menurunkan otonomi, dan cenderung menguasai lingkungan (Stuart & Sundeen, 2005).

Berdasarkan hasil penelitian, koping yang digunakan oleh sebagian besar perawat berfokus pada emosi, yaitu dilakukan untuk membuat nyaman dengan memperkecil gangguan emosi yang dirasakan, seperti menghindari (Stuart & Laraira, 2005). Lazarus dan Folkman (1984) menyatakan bahwa dalam situasi sangat tertekan, koping yang terfokus pada regulasi emosi akan dominan digunakan. Salah satu faktor yang mempengaruhi cara koping yang digunakan adalah situasi atau keadaan stress yang dihayati oleh individu. Dengan demikian

dimungkinkan seorang individu menggunakan cara koping yang berbeda. Hal ini diperkuat oleh penelitian yang dilakukan oleh Hedissa (2009), bahwa mekanisme yang paling banyak digunakan responden adalah mekanisme koping yang berfokus pada emosi yaitu sebanyak 28 responden (56%). Ada beberapa sumber koping yang digunakan seseorang untuk mengatasi masalah, yaitu: sumber internal, yang dipengaruhi oleh karakter seseorang, meliputi: kesehatan dan energi, system kepercayaan seseorang, komitmen atau tujuan hidup dan perasaan seseorang, pengetahuan, keterampilan pemecahan masalah, dan keterampilan sosial); dan sumber eksternal, yaitu dukungan sosial atau rasa memiliki informasi bagi seseorang (Recker, 2007).

2. Umur

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata umur responden adalah 30,92 tahun, dengan rentang umur antara 21-54 tahun. Umur 30 tahun termasuk dalam kategori umur dewasa. Ada beberapa responden yang umurnya berada di bawah 30 tahun namun responden di ruang rawat inap anak RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta tetapi masih berada dalam kategori dewasa. Dari hasil diatas, bahwa umur tidak menjadi suatu tolak ukur untuk memiliki koping yang konstruktif ataupun destruktif. Penelitian yang dilakukan oleh Sari, dkk (2003), mendapatkan usia responden terbanyak berkisar 21-30 tahun (38,4%). Hasil ini tidak jauh berbeda dengan penelitian penulis. Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Sudrajat (2002) mendapatkan usia responden terbanyak antara 20-49 tahun, dimana terdapat hubungan positif antara usia dengan tindakan pencegahan resiko tertular HIV/AIDS.

Menurut Dessler (2006), umur produktif adalah usia 25-30 tahun merupakan tahap memilih pekerjaan yang sesuai dengan karier, puncak karier pada umur 40 tahun, dan umur diatas 40 tahun terjadi penurunan karier. Berdasarkan hasil uji statistik, rata-rata umur perawat yang memiliki koping destruktif adalah 30,80 tahun sedangkan yang memiliki koping konstruktif 31,08 tahun. Dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata umur antara perawat yang memiliki koping destruktif dengan konstruktif.

3. Jenis Kelamin

Hasil penelitian, menunjukkan bahwa jumlah mayoritas perawat di ruang rawat inap anak RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 83 orang perawat (94,3%). Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Hedissa (2009), Susanti (2008), dan Sari, dkk (2003) bahwa responden yang berjenis kelamin perempuan lebih banyak dibandingkan dengan laki-laki.

Berdasarkan hasil uji statistik yang penulis lakukan dalam penelitian, disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan proporsi coping antara perawat yang berjenis kelamin laki-laki dengan perempuan atau tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan coping. Hal ini diperkuat oleh pendapat Supriyatna (2003); Gibson, Ivancevich dan Donnelly (1996), bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara jenis kelamin dengan produktifitas atau dalam menampilkan kinerjanya. Kemampuan laki-laki dalam memecahkan masalah, ketrampilan analisis, dorongan kompetitif dan kemampuan belajar adalah sama, sehingga tidak ada perbedaan yang jelas antara laki-laki dan perempuan dalam kinerjanya (Robbin, 1996).

Hasil penelitian penulis juga tidak berbeda dengan hasil penelitian Susanti (2008), bahwa sebagian besar responden baik laki-laki (13 orang;52%) ataupun perempuan (24 orang;55,85%) cenderung menggunakan *emotional focus coping*. Akan tetapi hasil uji statistik peneliti bertentangan dengan pendapat Tomey (2003), bahwa sikap perempuan menunjukkan lebih bervariasi dibandingkan dengan laki-laki. Perempuan lebih bersifat kooperatif dan kurang kompetitif disebabkan karena adanya perasaan takut akan sukses yang dimiliki serta konsekuensi sosial negative yang akan diterimanya (Ahlgren, 1983 dalam Ginting, 2003).

4. Tingkat Pendidikan

Pendidikan merupakan variabel demografis dan merupakan faktor tidak langsung yang berpengaruh terhadap kinerja (Ilyas, 2001), karena pendidikan merupakan proses penyampaian informasi formal pada seseorang untuk mendapatkan perubahan perilaku, semakin kritis, logis dan sistematis dalam

berpikir (Notoatmodjo, 1993/2003). Hasil penelitian menunjukkan tingkat pendidikan perawat di ruang rawat inap anak RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta, mayoritas berpendidikan D III Keperawatan yaitu 72 orang perawat (81,8%). Berdasarkan hasil uji statistik terlihat ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan koping atau kecenderungan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan akan semakin tinggi koping konstruktif yang dimiliki.

Hasil penelitian dari Sari,dkk (2003), menyatakan bahwa dengan pengetahuan yang tinggi akan memiliki koping yang konstruktif, yaitu sebesar 59 orang perawat (80,8%) dengan jumlah responden 83 orang perawat. Bertentangan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sudrajat (2002) yang menyatakan tidak ada hubungan yang positif antara tingkat pengetahuan dengan pencegahan resiko tertular HIV/AIDS. Menurut Herzberg, 1996 (dalam riset Salbiyah dan Hastuti, 2005) berpendapat bahwa pendidikan dapat memacu peningkatan diri seseorang. Hal ini sejalan dengan pendapat Liebert & Neake, 1977 (dalam Ginting, 2003) bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka keinginan untuk melakukan pekerjaan dengan tingkat tantangan yang tinggi semakin kuat. Hal ini juga diperkuat oleh Siagian (2006), bahwa peningkatan pendidikan seseorang akan meningkatkan keinginan pengetahuan dan keterampilannya.

5. Lama Kerja

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata lama kerja perawat adalah 2,20 tahun, lama kerja terpendek adalah 1 tahun dan terlama adalah 4 tahun. Menurut Robbin (2003) berpendapat bahwa lama bekerja sangat erat kaitannya dan berhubungan secara negatif keluar masuk karyawan, sebagai peramal tunggal yang paling baik tentang keluar masuknya karyawan

Berdasarkan hasil uji statistik didapatkan kesimpulan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata lama kerja antara perawat yang memiliki koping destruktif dengan koping konstruktif. Hal ini didukung dengan hasil penelitian dari Kusnanto dan Riyadi (2007) di RSUD H. Moh. Anwar Sumenep Madura, rata-rata perawat mempunyai pengalaman kinerja relative seimbang antara perawat yang mempunyai pengalaman kerja sedikit atau kurang dari tiga tahun sebanyak 34%, pengalaman kerja 3-5 tahun sebanyak 33% dan yang

berpengalaman lebih dari 5 tahun sebanyak 33%. Sedangkan menurut penelitian yang dilakukan Sudrajat (2002) tidak didapati hubungan yang positif antara lama kerja dengan tindakan pencegahan resiko tertular HIV/AIDS. Berbeda dengan penelitian yang dilakukan Panjaitan (2001) di RS Gatot Soebroto Jakarta menyatakan bahwa lama kerja mempunyai hubungan bermakna dengan kinerja.

B. Keterbatasan penelitian

1. Desain

Desain yang digunakan pada penelitian ini adalah desain potong lintang. Kelemahan dari desain potong lintang yaitu hanya mengukur prevalens dan tidak insidens, tidak dapat mengetahui *relative risk* (hanya dapat dilakukan pada studi *cohort*), sulit digunakan untuk meneliti faktor resiko yang jarang dijumpai, dan jenis serta kekuatan hubungan tidak digambarkan. Hasil dari penelitian yang dilakukan oleh peneliti didapat dengan hanya mengukur prevalens dan tidak menggambarkan kekuatan hubungan.

2. Sampel

Dilihat dari tingkat pendidikan responden yang didapat, mayoritas adalah tingkat pendidikan D III Kep 72 (81,8%) orang perawat, lainnya berpendidikan SPK 7 (8%) orang perawat dan S1 Kep 9 (10,2%) orang perawat. Penyebaran yang kurang merata ini kurang mewakili tiap tingkat pendidikan responden. Jumlah responden yang peneliti lakukan sebanyak 88 responden sehingga mungkin hasil yang didapat dari penelitian belum valid dan memerlukan subjek penelitian atau sampel yang besar.

3. Instrumen

Instrumen dalam penelitian ini menggunakan instrumen yang dikembangkan sendiri oleh peneliti. Peneliti telah melakukan uji coba instrumen untuk mendapatkan instrumen yang *valid* dan *reliable*, akan tetapi uji coba instrumen dilakukan hanya satu kali sehingga validitas dan reliabilitas instrumen yang digunakan belum optimal. Uji coba instrument dilakukan terhadap responden yang memiliki karakteristik yang sama pada rumah sakit yang sama. Instrument yang tidak *valid* dan *reliable* tidak dipakai sebagai alat pengumpulan data.

4. Pengumpulan data

Alat pengumpulan data yang digunakan oleh peneliti yaitu kuisioner. Hal ini pun masih memiliki kelemahan-kelemahan seperti responden menjawab secara tergesa-gesa, dalam menjawab kurang konsentrasi, responden tidak membaca pertanyaan dengan cermat, dan pengisian kuisioner dilakukan disela-sela saat bekerja. Prosedur pengumpulan data yang peneliti lakukan yaitu dengan mendatangi responden secara langsung, namun tidak semua responden dapat mengisi kuisioner secara langsung dikarenakan adanya kegiatan lain yang akan dilakukan oleh responden. Jawaban kuisioner yang dikembalikan kepada peneliti, masih banyak yang belum lengkap sehingga peneliti melakukan pengecekan ulang.

C. Implikasi terhadap penelitian dan pelayanan keperawatan

1. Implikasi terhadap penelitian keperawatan

Hasil penelitian ini membuktikan bahwa tingkat pendidikan berpengaruh terhadap koping perawat dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap anak dengan HIV/AIDS dan hal ini perlu dilakukan penelitian lebih lanjut terhadap faktor yang lain yang berpengaruh terhadap koping perawat.

2. Implikasi terhadap pelayanan keperawatan

- a. Pemberian informasi mengenai HIV/AIDS dan koping terhadap perawat lebih ditingkatkan.
- b. Penyediaan sarana dan prasarana dalam merawat pasien anak dengan HIV/AIDS hendaknya ada di setiap rumah sakit pada umumnya dan di setiap ruangan pada khususnya.

3. Implikasi terhadap pendidikan keperawatan

Pengetahuan perawat tentang HIV/AIDS yang kurang merupakan masalah keperawatan yang dapat diintervensi oleh institusi rumah sakit (bagian pendidikan dan latihan, sumber daya manusia ataupun keperawatan) dengan mengirimkan peserta didiknya untuk mengikuti pelatihan ataupun seminar tentang HIV/AIDS, melakukan diskusi antar perawat tentang HIV/AIDS.

BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

1. Karakteristik individu yang diteliti pada penelitian ini adalah umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan lama kerja.
2. Responden yang menjadi penelitian adalah perawat yang bekerja di ruang rawat inap anak RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta sebanyak 88 orang perawat, dengan rata-rata umur 30,92 tahun dan mayoritas berjenis kelamin perempuan (94,3%).
3. Rata-rata lama kerja perawat adalah 2,20 tahun dengan mayoritas berpendidikan D III Keperawatan (berasal dari SMU dan SPK) yaitu 72 orang perawat (81,8%).
4. Berdasarkan hasil penelitian, bahwa dari 88 orang perawat, terdapat 49 orang perawat (55,7%) yang memiliki koping konstruktif. Sedangkan untuk koping konstruktif yaitu sebesar 39 orang perawat (44,3%).
5. Menurut penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti, koping tidak dipengaruhi oleh umur, lama kerja, dan jenis kelamin. Akan tetapi, ada kecenderungan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan akan semakin tinggi koping konstruktif yang dimiliki oleh perawat. Dapat disimpulkan bahwa tingkat pendidikan mempengaruhi koping perawat dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap anak dengan HIV/AIDS.

B. Saran

1. Bagi institusi pendidikan
Hasil penelitian ini dapat ditindaklanjuti dengan melakukan diskusi tentang topik HIV/AIDS agar dapat dikupas lebih mendalam lagi.
2. Bagi keperawatan
Hasil penelitian ini dapat menjadi pertimbangan dalam memberikan asuhan keperawatan secara profesional sehingga dapat memberikan kesejahteraan yang optimal bagi klien.
3. Bagi penelitian selanjutnya

Mengingat adanya karakteristik individu yang cukup tinggi, maka perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai koping perawat dengan variabel independent yang berbeda, metode dan desain yang berbeda, instrument penelitian yang lebih tepat atau baku, referensi yang lebih lengkap serta karakteristik individu yang lebih bervariasi.

4. Bagi rumah sakit

Dengan adanya hasil penelitian ini, diharapkan pihak rumah sakit dapat memberikan pendidikan yang berkelanjutan, mengadakan seminar, memberikan pelatihan secara bergantian pada setiap perawat, memberikan *reward* atau sistem remunerasi yang sesuai, mengadakan pemeriksaan kesehatan secara berkala, memberikan sarana dan prasarana *universal precaution*, mengadakan *support group* atau *discuss group* dan konseling bagi perawat yang mempunyai resiko lebih tinggi untuk terpapar dengan HIV.

SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth.
Responden
di

TEMPAT

Dengan hormat,

Kami (**Herlina Fehrianti, Melati Indah Putri Hermadi, Melda Hutajulu, dan Nurbetti Br. Ginting**) adalah mahasiswa Program Ekstensi 2008 Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, bermaksud mengadakan penelitian dengan judul **“HUBUNGAN KARAKTERISTIK INDIVIDU DENGAN KOPING PERAWAT DALAM MEMBERIKAN ASUHAN KEPERAWATAN TERHADAP ANAK DENGAN HIV/AIDS DI RUANG RAWAT INAP ANAK RSUPN CIPTO MANGUNKUSUMO JAKARTA”**

Dalam penelitian tersebut kami membutuhkan partisipasi saudara, karena dari informasi atau data saudaralah penelitian ini mempunyai makna dan dapat dilaksanakan untuk memperoleh hasil yang sesuai dengan tujuan. Untuk itulah kami memohon kesediaan saudara membantu jalannya penelitian ini dengan menjadi responden penelitian. Peneliti menjamin kerahasiaan saudara serta data-data yang saudara berikan. Atas kesediaan saudara, kami ucapkan terima kasih.

Jakarta, Mei 2010

Peneliti

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah mendapat penjelasan tentang penelitian ini maka saya bersedia berperan serta dalam penelitian dengan judul “Hubungan karakteristik individu dengan koping perawat dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap anak dengan HIV/AIDS di ruang rawat inap anak RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta”

Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negative bagi saya dan saya mengerti bahwa saya berhak mengundurkan diri dari penelitian ini setiap saat tanpa adanya sangsi atau kehilangan hak-hak saya. Dengan ditandatanganinya lembar persetujuan ini, maka saya menyatakan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Saya mengetahui bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan pelayanan keperawatan anak, khususnya asuhan keperawatan anak di RSUPN Cipto Mangunkusumo dan keperawatan di Indonesia pada khususnya.

Jakarta, Mei 2010

Peneliti

Responden

Inisial

KUESIONER PENELITIAN

**HUBUNGAN KARAKTERISTIK INDIVIDU DENGAN KOPING PERAWAT
DALAM MEMBERIKAN ASUHAN KEPERAWATAN TERHADAP ANAK
DENGAN HIV/AIDS DI RUANG RAWAT INAP ANAK
RSUPN CIPTO MANGUNKUSUMO JAKARTA**

Nomor Responden (diisi oleh peneliti)

C. Karakteristik Individu**Petunjuk Pengisian:**

Isilah data yang diminta pada tempat (titik-titik) yang telah disediakan dan berilah tanda (√) pada kotak yang telah disediakan yang menggambarkan keadaan yang paling sesuai dengan saudara/saudari/ibu/bapak. Mohon kesediaan untuk mengisi seluruh pertanyaan.

Identitas responden

1. Umur : ... tahun
2. Jenis Kelamin : Laki-laki
 Perempuan
3. Pendidikan : S I Keperawatan
 D III Keperawatan (berasal dari SMU)
 D III Keperawatan (berasal dari SPK)
 SPK
4. Lama Kerja sebagai Perawat : ... tahun

D. Koping

Petunjuk Pengisian:

Isi dan berilah tanda (√) pada kotak yang telah disediakan yang menggambarkan keadaan yang paling sesuai dengan saudara/saudari/ibu/bapak. Mohon kesediaan untuk mengisi seluruh pernyataan. Semua jawaban adalah benar dan tidak ada jawaban yang salah.

Keterangan:

STS = SANGAT TIDAK SETUJU

TS = TIDAK SETUJU

S = SETUJU

SS = SANGAT SETUJU

No.	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1.	Saya akan bersikap professional dalam merawat semua pasien termasuk pasien HIV/AIDS.				
2.	Saya berkata pada diri sendiri bahwa semua pasien adalah sama.				
3.	Saya mau merawat pasien dengan HIV/AIDS jika tidak ada orang lain lagi.				
4.	Saya berharap agar pasien HIV/AIDS cepat dipulangkan.				
5.	Saya akan memakai alat pelindung diri (APD) seperti sarung tangan dan goggle (kaca mata) dalam merawat pasien HIV/AIDS.				

No.	Pernyataan	STS	TS	S	SS
6.	Merawat pasien adalah kewajiban dan tanggungjawab perawat termasuk pasien HIV/AIDS.				
7.	Saya akan mengatasi ketidaknyaman dalam merawat pasien HIV/AIDS dengan bersikap empati .				
8.	Saya merasa kesal apabila menerima pasien baru dengan HIV/AIDS.				
9.	Saya akan menyibukkan diri saya pada saat keluarga/pasien dengan HIV/AIDS meminta pertolongan saya.				
10.	Saya menolak bila mendapat tugas merawat pasien HIV/AIDS karena takut tertular.				
11.	Saya akan meminimalkan waktu saya untuk kontak pada saat merawat pasien HIV/AIDS.				
12.	Saya menghindari saat menerima pasien baru dengan HIV.				

No.	Pernyataan	STS	TS	S	SS
13.	Saya bersikap acuh saat merawat pasien dengan HIV/AIDS.				
14.	Saya merawat pasien dengan HIV/AIDS apabila ada instruksi dari atasan saya.				
15.	Saya akan mencari dukungan dari teman sejawat saya untuk tidak menerima pasien HIV/AIDS.				
16.	Ketika saya mendapat pasien baru dengan HIV/AIDS, saya akan mencari tahu lebih banyak informasi terbaru tentang HIV/AIDS.				
17.	Saya percaya bahwa ada nilai-nilai positif yang dapat diambil pada saat merawat pasien dengan HIV/AIDS.				

DAFTAR PUSTAKA

- Aggleton, P., dkk. (2005). *HIV - related stigma, discrimination and human rights Violations: Case studies of successful programmes*. Diambil dari http://data.unaids.org/pub/Report/2008/JC1521_stigmatisation_en.pdf pada tanggal 25 February 2008 pukul 11.00 WIB.
- Anonym. (2010). *Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia*. Diambil dari <http://spiritia.or.id/Stats/StatCurr.pdf> pada tanggal 27 February 2010 pukul 10.00 WIB.
- Anonym (2009). *Jumlah kumulatif penderita aids di Indonesia 18442 kasus*. Diambil dari <http://www.depkes.go.id/index.php/berita/press-release/449-jumlah-kumulatif-penderita-aids-di-indonesia-18442-kasus.html> pada tanggal 2 Maret 2010 pukul 11.00 WIB.
- Copenhaver., dkk. (2007). *Journeys in social stigma: The lives of formerly incarcerated felons in higher education*. *Journal of Correctional Education*. Diambil dari http://findarticles.com/p/articles/mi_qa4111/is_200709/ai_n21100698 pada tanggal 2 Maret 2010 pukul 11.00 WIB.
- Johnson, J. (2001). *Self regulation theory and coping with physical illness: Advances in nursing science*, 11(2), 39-52.
- Lazarus, R. S. (2000). *Stress, appraisal and coping*. New York: springer Publication.
- Lazarus, R. S & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lukmantoro, T. (2009). *Membongkar stigma ODHA*. Diambil dari <http://aids-ina.org/modules.php?name=News&file=article&sid=2305> pada tanggal 2 Maret 2010 pukul 11.00 WIB.

- Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi kesehatan & ilmu perilaku*. Penerbit Rineka Cipta: Jakarta.
- Recker. (2007). Coping with loss and disappointment. *Journal of advanced nursing*. 23 (3). 67-69.
- Rice, V. H. (2000). *Handbook of stress, coping and health: Implications for nursing researcher, theory and practice*. California: Sage publications.
- Sabri, L & Hastono, S. P. (2007). *Statistik kesehatan*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Sedyaningsih, E. R. (2009). *HIV/AIDS memasuki pandemic di tingkat global*. Diambil dari <http://www.depkes.go.id/index.php/berita/press-release/436-hivaid-memasuki-pandemi-di-tingkat-global.html> pada tanggal 2 Maret 2010 pukul 11.00 WIB.
- Smeltzer, S & Bare, B. 2001. *Buku ajar keperawatan medikal bedah Brunner & Suddarth*. Edisi 8. (3). Jakarta: EGC.
- Stuart, G. W., & Sundeen, S. J. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing*. 6th edition. St. Louis: Mosby Year Book.
- Stuart, G. W & Laraira, M., T. (2005). *Pinciples and practice of psychiatric nursing*. 7th edition. Philadelphia: Mosby.
- Tim Penyusun Kamus Pusat Bahasa. (2002). *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Edisi ketiga. Cetakan kedua. Jakarta: Balai Pustaka.
- Townsed, M. C. (2003). *Psychiatric mental health nursing: Concept of care*. 4th edition. Philadelphia: Davis Company.

UNICEF. (2005). *Kampanye global untuk cegah infeksi baru HIV dan bantu anak dengan HIV/AIDS diluncurkan hari ini*. Diambil dari http://www.unicef.org/indonesia/id/Bersatu_untuk_Anak_Bersatu_lawan_HIV_AIDS_Bhs_Inds_.pdf pada tanggal 27 February 2010 pukul 10.00 WIB.

Viktoria. (2007). *Narapidana wanita: Stigma sosial dan kecemasan untuk kembali ke Masyarakat*. Diambil dari <http://www.atnajaya.ac.id/content.asp?f=7&katsus=16&id=534> pada tanggal 25 February 2008 pukul 11.00 WIB.

