



UNIVERSITAS INDONESIA

**PERSEPSI PERAWAT TENTANG ASUHAN KEPERAWATAN
YANG DIBERIKAN KEPADA PASIEN HIV/AIDS
DI RSUPN Dr. CIPTO MANGUNKUSUMO
JAKARTA**

TESIS

**ELVI OKTARINA
0906574676**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
DEPOK
JULI 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PERSEPSI PERAWAT TENTANG ASUHAN KEPERAWATAN
YANG DIBERIKAN KEPADA PASIEN HIV/AIDS
DI RSUPN Dr. CIPTO MANGUNKUSUMO
JAKARTA**

TESIS

Diajukan sebagai salah syarat untuk memperoleh gelar Magister Ilmu
Keperawatan

**ELVI OKTARINA
0906574676**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
DEPOK
JULI 2011**

PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Elvi Oktarina

NPM : 0906574676

Tanda tangan : 





Tanggal : 13 Juli 2011

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Elvi Oktarina
NPM : 0906574676
Program : Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : Persepsi Perawat Tentang Asuhan Keperawatan Yang Diberikan Kepada Pasien HIV/AIDS di RSUPN. dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Pascasarjana, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prof. Dra. Elly Nurachmah, M.App.Sc., DN.Sc ()
Pembimbing : Henny Permatasari, S.Kp., M.Kep., Sp.Kom ()
Penguji : Agung Waluyo, S.Kp., M.Sc., PhD ()
Penguji : Linda Amiyanti, SKp., M.Kes ()

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 13 Juli 2011

KATA PENGANTAR



Puji dan syukur peneliti ucapkan kehadiran Allah SWT karena atas rahmat dan karunia-Nya peneliti dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “Persepsi Perawat Tentang Asuhan Keperawatan yang Diberikan Kepada Pasien HIV/AIDS”.

Peneliti menyadari bahwa penulisan hasil tesis ini dapat diselesaikan atas bantuan berbagai pihak. Untuk itu peneliti mengucapkan terima kasih yang tulus kepada :

1. Prof. Dra. Elly Nurachmah, SKp, M.App.Sc, DN.Sc, selaku Pembimbing I yang dengan penuh kesabaran telah membimbing dan mendukung peneliti dalam menyusun dan menyelesaikan penulisan tesis ini.
2. Henny Permatasari, SKp, M.Kep, Sp.Kom, selaku Pembimbing II yang telah membimbing dan mengarahkan penulis pada penyusunan tesis ini dengan penuh kesabaran.
3. Agung Waluyo, SKp., M.Sc., PhD, selaku penguji yang telah memberikan masukan dan waktunya kepada peneliti dalam sidang tesis ini.
4. Linda Amiyanti, SKp., M.Kes, selaku penguji dari RSUPN. dr. Cipto Mangunkusumo yang telah bersedia menjadi penguji dalam sidang tesis ini
5. Dewi Irawati, MA., PhD, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
6. Astuti Yuni Nursasi, SKp., MN, selaku Ketua Program Pascasarjana Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan Koordinator Mata Ajar Tesis yang telah memberikan pengarahan tentang penyusunan tesis.
7. Seluruh staf pengajar Program Magister Ilmu Keperawatan terutama Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah dan seluruh staf akademik yang telah membantu penyusunan tesis ini.
8. Seluruh rekan-rekan mahasiswa Program Magister Keperawatan terutama Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah angkatan 2009 (MKMB-ers 2009) yang telah memberikan dukungan dan semangat dengan kalimat “Semangat” nya sehingga “menguatkan” peneliti.

9. *Special Thanks for my lovely friend* Tony, Ardi, Oty, Ni Aini yang selalu ada disaat genting sehingga membuat segalanya menjadi lebih ringan, serta teman-teman terbaikku Mb. Lia, Teh Yanti, Teh Nia, Bu Fitri, Pak Apri, Bu Puji, Dwi, Mb.Hafna, Pak Hendro, Mb. Ika, Darus, Adam, kebersamaan kita akan selalu menjadi cerita yang indah.
10. “*My Lappy*” tersayang yang selalu menemaniku tanpa lelah hingga tesis ini selesai.
11. Mama tersayang, Uni Eva, Da Vino, Da Eki, Ni Tati dan lia yang selalu memberikan dukungan dan do’a bagi peneliti dalam menyelesaikan penulisan tesis ini.
12. Sangat Spesial teruntuk suamiku Da Sonny dan Dindaku tercinta yang selalu memberikan pengertian, support dan doanya kepada peneliti, “*I love u...*”.

Penulis menyadari penulisan hasil thesis ini masih belum sempurna, Oleh karena itu kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis harapkan.

Depok, Juli 2011

Penulis

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

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Elvi Oktarina
NPM : 0906574676
Program Studi : Pascasarjana
Departemen : Keperawatan Medikal Bedah
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia *Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right)* atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Persepsi perawat tentang Asuhan Keperawatan Yang Diberikan Kepada Pasien HIV/AIDS di RSUPN. dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Depok
Pada tanggal: 13 Juli 2011
Yang menyatakan



(Elvi Oktarina)

ABSTRAK

Nama : Elvi Oktarina
Program Studi : Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
Judul : Persepsi Perawat Tentang Asuhan Keperawatan yang
Diberikan Kepada Pasien HIV/AIDS

HIV/AIDS merupakan penyakit menular yang menyerang sistem imun. Penderita HIV/AIDS hingga saat ini masih mendapat stigma dan diskriminasi termasuk dilingkungan pelayanan kesehatan. Perawat sebagai bagian pemberi pelayanan kesehatan berperan penting dalam memberikan asuhan keperawatan dalam pencegahan dan penularan HIV/AIDS. Penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi bertujuan untuk memperoleh gambaran persepsi perawat tentang asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien HIV/AIDS. Enam partisipan dipilih sesuai kriteria dengan metode *purposive sampling*. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam yang dilengkapi catatan lapangan, direkam kemudian dibuat transkrip verbatim, selanjutnya dianalisis menggunakan metoda Colaizzi. Hasil penelitian mengidentifikasi delapan tema utama yaitu: sikap perawat, pengetahuan, aktivitas pengkajian, perubahan fisiologis, perubahan psikologis, perubahan sosialisasi, kondisi ekonomi dan kondisi spritual pasien HIV/AIDS. Peneliti menyimpulkan persepsi negatif dan positif perawat berhubungan dengan pengetahuan perawat tentang HIV/AIDS. Hasil penelitian menyarankan perlunya dilakukan asuhan keperawatan secara biopsikososial spritual kepada pasien HIV/AIDS karena mereka mengalami perubahan yang kompleks.

Kata Kunci :
Persepsi perawat, Asuhan keperawatan, Pasien HIV/AIDS



ABSTRACT

Name : Elvi Oktarina
Study Program : Post Graduate Program Faculty of Science Nursing
University of Indonesia
Title : Nurses's Perception in Nursing Care Given to
Patients with HIV/AIDS

HIV / AIDS is an infection disease that attacks the immune system. People with HIV / AIDS still received a stigma and discrimination until now, as well as in the health care service. Nurses as a part of health care providers play an important role in nursing care process to prevent and reduce the transmission of HIV / AIDS. The aim of qualitative research with phenomenological approach was to obtain a description about the nurses's perception in nursing care given to HIV / AIDS patients. Six participants were selected according to the purposive sampling criteria. Data was collected through in-depth interviews supported by field notes, recorded and then verbatim transcript, then analyzed by Colaizzi methods. This study were identified eight major themes, namely: nurses attitude, knowledge, assessment practice, physiological changes, psychological changes, socialization alteration, economic condition, and the spiritual condition on HIV/AIDS patient. The researcher concluded that negative or positive nurses's perceptions related to the nurse's knowledge about HIV / AIDS. Based on this study result, suggested that the HIV / AIDS patients needed biopsychosocial spiritual nursing care because of their suffered complex changes.

Keywords:

Nurses's perception, nursing care, HIV/AIDS patients



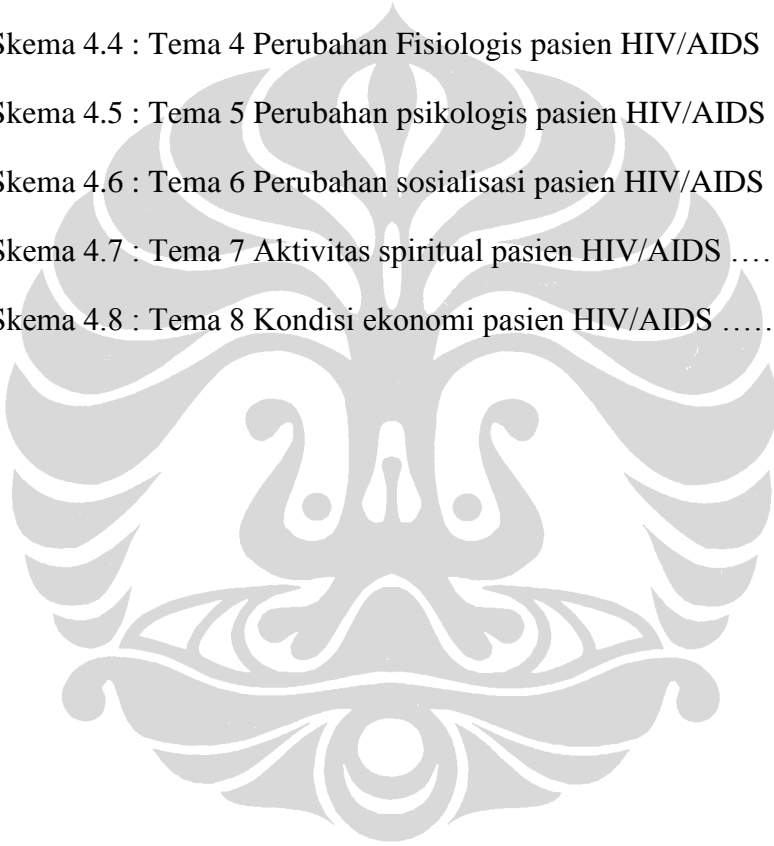
DAFTAR ISI

| | |
|--|------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| PERNYATAAN ORISINALITAS | ii |
| LEMBAR PENGESAHAN | iii |
| KATA PENGANTAR | iv |
| PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI | vi |
| ABSTRAK | vii |
| ABSTRACT | viii |
| DAFTAR ISI | ix |
| DAFTAR SKEMA | x |
| DAFTAR TABEL | xii |
| DAFTAR LAMPIRAN | xiii |
| BAB 1 PENDAHULUAN | |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah | 10 |
| 1.3 Tujuan Penelitian | 10 |
| 1.4 Manfaat Penelitian | 11 |
| BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA | |
| 2.1 Persepsi | 12 |
| 2.1.1 Pengertian | 12 |
| 2.1.2 Faktor-faktor yang berperan dalam persepsi | 14 |
| 2.1.3 Proses Persepsi | 17 |
| 2.2 Perawat | 19 |
| 2.2.1 Definisi Perawat | 19 |
| 2.2.2 Peran dan Fungsi Perawat | 19 |
| 2.2.3 Kewajiban Perawat | 21 |
| 2.2.4 Hubungan Perawat-Klien | 22 |
| 2.3 Asuhan Keperawatan | 22 |
| 2.3.1 Pengkajian Pada Pasien HIV/AIDS | 23 |
| 2.3.2 Perencanaan Pada Pasien HIV/AIDS | 27 |
| 2.3.3 Evaluasi Pada Pasien HIV/AIDS | 31 |
| 2.4 HIV/AIDS | 31 |
| 2.4.1 Pengertian | 31 |
| 2.4.2 Cara Penularan | 31 |

| | |
|--|----|
| 2.4.3 Derajat Berat Infeksi HIV/AIDS | 32 |
| 2.4.4 Sasaran Penyebaran HIV/AIDS | 34 |
| 2.4.5 Penatalaksanaan Pada pasien HIV/AIDS | 34 |
| 2.4.6 Peran Perawat Spesialis | 37 |
| BAB 3 METODOLOGI PENELITIAN | |
| 3.1 Rancangan Penelitian | 40 |
| 3.2 Populasi dan Sampel Penelitian | 41 |
| 3.3 Tempat & Waktu Penelitian | 43 |
| 3.4 Pertimbangan Etik | 44 |
| 3.5 Prosedur Pengumpulan Data | 46 |
| 3.6 Pengolahan dan Analisis Data | 51 |
| 3.7 Trustworthinnes of Data / Validitas dan Reliabilitas | 52 |
| BAB 4 HASIL PENELITIAN | |
| 4.1 Karakteristik partisipan | 55 |
| 4.2 Analisis Tema | 56 |
| BAB 5 PEMBAHASAN | |
| 5.1 Interpretasi Hasil Penelitian | 82 |
| 5.2 Keterbatasan Penelitian | 94 |
| 5.3 Implikasi Keperawatan | 94 |
| BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN | |
| 6.1 Simpulan dan Saran | 96 |
| DAFTAR PUSTAKA | |
| LAMPIRAN | |

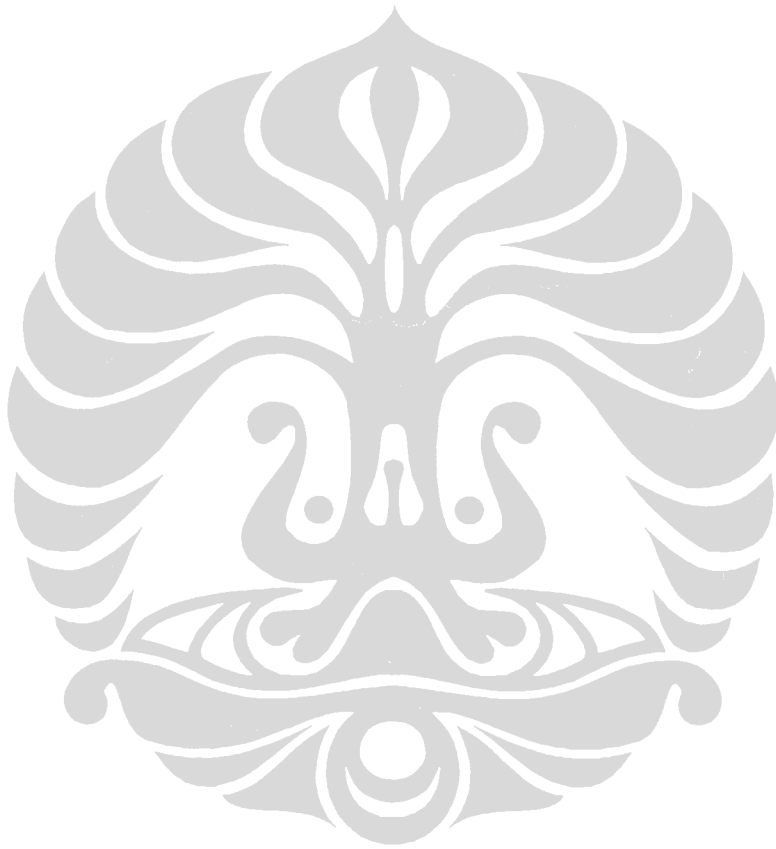
DAFTAR SKEMA

| | |
|--|----|
| Skema 2.1: Proses Persepsi | 17 |
| Skema 2.2: Kerangka Teori | 39 |
| Skema 4.1 : Tema 1 Sikap perawat terhadap pasien HIV/AIDS | 59 |
| Skema 4.2 : Tema 2 Pengetahuan perawat tentang HIV/AIDS | 63 |
| Skema 4.3 : Tema 3 Aktivitas pengkajian terhadap pasien HIV/AIDS | 70 |
| Skema 4.4 : Tema 4 Perubahan Fisiologis pasien HIV/AIDS | 72 |
| Skema 4.5 : Tema 5 Perubahan psikologis pasien HIV/AIDS | 76 |
| Skema 4.6 : Tema 6 Perubahan sosialisasi pasien HIV/AIDS | 78 |
| Skema 4.7 : Tema 7 Aktivitas spiritual pasien HIV/AIDS | 80 |
| Skema 4.8 : Tema 8 Kondisi ekonomi pasien HIV/AIDS | 81 |



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 : Klasifikasi Klinis dan CD4 orang Dewasa menurut CDC 34



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Penjelasan Penelitian

Lampiran 2 : Lembar Persetujuan

Lampiran 3 : Pedoman Wawancara

Lampiran 4 : Catatan Lapangan

Lampiran 5 : Surat ijin penelitian dari FIK UI

Lampiran 6 : Surat lulus uji etik

Lampiran 7 : Surat ijin penelitian dari RSUPN.dr. Cipto Mangunkusumo

Lampiran 8 : Analisis data

Lampiran 9 : *Curriculum vitae*



BAB 1

PENDAHULUAN

Bab ini mendeskripsikan latar belakang penelitian, rumusan masalah penelitian, tujuan penelitian ; tujuan umum dan khusus, dan manfaat penelitian bagi pasien HIV/AIDS, pelayan kesehatan, masyarakat, pendidikan keperawatan dan penelitian selanjutnya.

1.1 Latar Belakang

HIV/AIDS merupakan penyakit menular yang menyerang sistem imun ditemukan pertama kali di *California* pada tahun 1981. Sejak HIV/AIDS ditemukan, jumlah penderita mengalami peningkatan. Pada tahun 2009, secara global jumlah pasien yang hidup dengan HIV sebanyak 33,3 juta (31,4-35,3 juta), 30,8 juta diantaranya berusia lebih dari 15 tahun dengan insiden 0,8 (0,7-0,8) berusia 15-49 tahun. Insiden HIV pada usia 15-24 tahun sebanyak 0,6% (0,5-0,7) wanita dan 0,3% laki-laki. Jumlah pasien HIV anak-anak dan dewasa yang baru terinfeksi sebanyak 2,6 juta (2,3-2,8 juta), 2,2 juta adalah pasien dewasa (UNAIDS, 2010).

Pasien yang baru terinfeksi HIV secara global mulai mengalami penurunan sejak tahun 2001 sampai dengan 2009. Penurunan jumlah pasien baru yang terinfeksi sebesar 19% atau 3,1 juta dibandingkan dengan yang baru terinfeksi HIV pada tahun 1999 yaitu 2,9 sampai 3,4 juta orang. Trend ini mencerminkan kombinasi faktor, termasuk dampak upaya pencegahan HIV dan perjalanan alam dari epidemi HIV. Walaupun terjadi penurunan insiden baru namun ditemukan 1,8 juta (1,6-2,1 juta) pasien HIV/AIDS yang meninggal (UNAIDS, 2010).

Kondisi perkembangan HIV/AIDS secara global juga dipengaruhi oleh peningkatan jumlah penderita HIV/AIDS di Indonesia. Di Indonesia, HIV/AIDS pertama kali ditemukan pada tahun 1987 di Bali. Sejak saat itu terjadi peningkatan signifikan jumlah penderita HIV/AIDS. Sejak tahun 1987 sampai 2010 jumlah penderita yang terdeteksi sebanyak 24131 kasus.

Berdasarkan data dari Ditjen PPL dan PM Depkes tahun 2010 pada bulan Oktober sampai Desember terjadi peningkatan kasus AIDS sebanyak 1405 kasus dari 4158 total kasus selama tahun 2010. Pada tahun 2010, insiden tertinggi penderita HIV/AIDS terjadi di provinsi Jakarta, disusul Jawa Timur, Jawa Barat, Papua dan Bali dengan total jumlah 16906 kasus AIDS. Jumlah angka kematian total 4539 orang, dan factor resiko berjenis kelamin laki-laki, terbanyak dengan heteroseksual, IDU, homo-biseksual, dengan golongan umur 20-29 tahun yang merupakan usia produktif.

Menurut ahli epidemiologi Indonesia dalam kajiannya tentang kecenderungan epidemi HIV dan AIDS memproyeksikan jika tidak ada peningkatan upaya penanggulangan yang bermakna, maka pada tahun 2015 penderita HIV/AIDS menjadi 1.000.000 orang dengan kematian 350.000 orang. Diperkirakan akhir tahun 2015 akan terjadi penularan HIV secara kumulatif sekitar 38,500 orang pada anak yang dilahirkan dari ibu yang sudah terinfeksi HIV. (KPA Indonesia, 2007)

Selain penularan dari ibu ke anak, kecenderungan HIV/AIDS dialami pada usia produktif. Hal ini memberikan dampak terhadap penurunan semangat kerja yang mengakibatkan peningkatan ketidakhadiran karena izin sakit atau merawat anggota keluarga, percepatan masa penggantian pekerja karena kehilangan pekerja yang berpengalaman lebih cepat dari yang seharusnya (KPA Indonesia 2007). Hal ini menurut Menteri kesehatan Endang Rahayu Sedya-ningsih menimbulkan dampak yang merugikan, baik dari segi kesehatan maupun, sosial ekonomi.

Kondisi kesehatan dan sosial ekonomi menyebabkan pasien HIV/AIDS termasuk dalam populasi rentan. Faktor ekonomi berpengaruh terhadap ketidakberdayaan dalam mengontrol status kesehatan menyebabkan ketidakberfungsian peran dan fungsi masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan karena kurangnya informasi, kurangnya keterampilan, rendahnya pendidikan, rendahnya perilaku sehat dan rendahnya kesadaran mereka dalam mengatasi kesehatan (Stanhope dan Lancaster, 2000)

Kabbash, et all (2008) dalam penelitian mendapatkan bahwa banyak dari mereka menganggur atau tidak melaksanakan pekerjaan dengan teratur. Mereka memiliki masalah keuangan dan takut bahwa di masa depan mereka mungkin tidak dapat mendukung diri mereka sendiri. Pendapatan tidak mencukupi menjadi masalah utama bagi pasien HIV/AIDS untuk mendapatkan cukup nutrisi dan perawatan kesehatan sehingga berdampak pada masalah kesehatan. Masalah kesehatan apabila diabaikan akan berdampak kepada masalah sosial, psikologi, fisiologi dan fisik (Valanis, 1999 dalam Stanhope & Lancaster, 2000)

Secara Fisik pasien HIV/AIDS disaat terjadi penurunan imunitas, mulai terlihat tanda-tanda yang berhubungan dengan infeksi HIV seperti ruam-ruam kulit, sesak napas, diare yang terus menerus, demam yang terjadi lebih dari 1 bulan, candidiasis pada mulut yang berakibat ketidakmampuan dalam mencerna maupun mengkonsumsi makanan yang berakibat pada penurunan badan yang drastis. Hal ini terlihat pada hasil penelitian Kabbash, et all. (2008) terjadinya perubahan kebutuhan dasar pada pasien dengan HIV/AIDS setelah terinfeksi HIV dimana sering dilaporkan mual dan muntah (26,8% dan 21,6%). Batuk 50,3%, dan 42,5% memiliki batuk yang bermasalah. Lebih dari separuh responden (54,9%) memiliki dispnea pada kondisi tidak mengalami gejala penyakit. Pengaduan terhadap adanya diare (57,3%), kondisi sering diare 37,3% dan membutuhkan pengobatan 47,1% pasien. Selain itu pasien HIV akan mengalami gangguan neurologis jika sudah mengenai otak seperti lumpuh, sakit kepala, ketidakmampuan bicara, sampai ketidakmampuan mendengar dan melihat lagi.

Keadaan diatas berdampak pada respon psikologis yang diperlihatkan pada saat mereka menerima kenyataan bahwa mereka dinyatakan positif HIV meliputi perasaan shock, penyangkalan, marah, berduka, cemas membayangkan kondisi terminal, rasa rendah diri, kurangnya penghargaan diri dan keputusan menyebabkan kurang tidur dan berakibat adanya keinginan untuk bunuh diri (Alim, 2010). Penelitian yang dilakukan Kabbash, et all. (2008) terhadap 153 responden didapatkan data bahwa kondisi psikologi kecemasan (88,9%), perasaan marah (86,9%) dan perasaan tidak berdaya (79,1%). Putus asa dan perasaan kesepian dilaporkan sebesar 71,9% dan 71,2%.

Kondisi psikologis yang dialami penderita HIV/AIDS, jika tidak ditangani dengan benar akan memiliki arti membiarkan pasien HIV/AIDS hidup dalam tekanan batin yang mendalam yang berujung pada depresi (Alim, 2010). Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Wolitski, et al. (2009) pada 637 responden, didapatkan hubungan yang bermakna antara stigma dengan kejadian depresi $\beta=4,68$, $F=147.23$ pada CI 95% ($P<0.0001$; 95% CI). Dari data tersebut didapatkan kesimpulan bahwa pasien yang memiliki stigma negatif mempunyai peluang 4 kali mengalami depresi dibandingkan yang mendapatkan stigma positif.

Disamping kondisi psikologis diatas, sampai saat ini aspek spiritualitas pasien HIV belum mendapat perhatian yang memadai. Moulidi (2003) dalam penelitiannya menyatakan kampanye penggunaan kondom bagi penderita HIV ataupun bagi pekerja seks komersial masih merupakan polemik bagi pemuka agama. Hal ini merupakan salah satu cara membolehkan semua orang untuk melakukan hubungan seksual dengan yang bukan pasangannya. Selanjutnya membolehkan poligami pada pria merupakan hal yang harus diterima oleh seorang ibu rumah tangga sehingga kecenderungan seorang perempuan untuk terkena HIV lebih tinggi kemungkinannya sehingga berdampak pada kehamilan dan janin jika si ibu terinfeksi penyakit kelamin maupun HIV dari Suami.

Keadaan tersebut biasanya akan membuat pasien HIV/AIDS menyalahkan Tuhan, merasa berdosa akan hal telah dilakukan pada masa lalunya sehingga tidak mau melakukan ibadah, tidak mau lagi memikirkan masa depan karena akan merasa mendekati ajal. Kapas, et al. (2006) menemukan bahwa hanya 23% dari pasien dengan HIV / AIDS berpartisipasi dalam kegiatan agama yang terorganisir secara teratur (sekali seminggu atau lebih).

Dampak Psikologis dan spiritual secara sosial baik disadari atau tidak adanya stigma dan diskriminasi terhadap pasien HIV/AIDS membuka jalan mulus bagi laju perkembangan epidemi HIV dan AIDS. Hal ini karena banyak orang yang diduga mengalami HIV/AIDS tidak mau memeriksakan diri ke lembaga kesehatan. Diduga lembaga yang diharapkan memberikan perawatan dan dukungan, pada kenyataannya justru telah merupakan tempat pertama orang mengalami stigma dan diskriminasi. Sebagai contoh, karena petugas kesehatan mencurigai pasiennya

mengidap HIV positif telah memberikan mutu perawatan medis yang kurang baik, menolak memberikan pengobatan seringkali sebagai akibat rasa takut tertular yang tidak rasional.

Stigma dan diskriminasi mengakibatkan pasien HIV/AIDS tidak mau terbuka, merasa malu, dan takut dikucilkan di masyarakat, sehingga tidak mau melakukan pengecekan kesehatan. Contoh dari stigma dan diskriminasi yang sering dihadapi ini adalah alasan dan penjelasan kenapa seseorang tidak diterima di rumah sakit (tanpa didaftar berarti secara langsung telah ditolak), isolasi, pemberian label nama atau metode lain yang mengidentifikasi seseorang sebagai HIV positif, pelanggaran kerahasiaan, perlakuan yang negatif dari staf, penggunaan kata-kata dan bahasa tubuh yang negatif oleh pekerja kesehatan, juga akses yang terbatas untuk fasilitas-fasilitas rumah sakit. Dari kondisi yang mereka alami, tidak sedikit orang dengan HIV/AIDS ataupun yang berisiko HIV/AIDS mengalami putus asa. Dengan keputusasaannya, pasien semakin terisolasi dari jangkauan pelayanan kesehatan baik dalam pencegahan maupun penanganan kondisi HIV/AIDS (Waluyo, Nurachmah, Rosakawati, 2006)

Diskriminasi yang dialami pasien HIV/AIDS baik pada unit pelayanan kesehatan, tempat kerja, lingkungan keluarga maupun di masyarakat umum haruslah tetap menjadi prioritas upaya pencegahan serta penanggulangan HIV dan AIDS. Stigma yang timbul pada masyarakat yang menyebutkan bahwa HIV/AIDS muncul sebagai akibat penyimpangan perilaku seks dari nilai, norma, dan agama, penyakit pergaulan bebas, atau penyakit kaum perempuan nakal. Bahkan lebih parah lagi adanya stigma bahwa HIV/AIDS merupakan kutukan Tuhan karena perbuatan menyimpang tersebut. Pengucilan penderita dan diskriminasi tidak jarang membuat penderita AIDS tidak mendapatkan hak-hak dasarnya. Begitu luasnya masalah sosial yang terjadi sebagai dampak stigma ini, karena diskriminasi terjadi di berbagai pelayanan masyarakat bahkan tidak jarang dalam pelayanan kesehatan sendiri (Ramadoni, 2008)

Orang yang hidup dengan HIV dan AIDS seringkali tidak menerima akses yang sama seperti masyarakat umum dan kebanyakan dari mereka juga tidak mempunyai akses untuk pengobatan ARV mengingat tingginya harga obat-obatan

dan kurangnya infrastruktur medis di banyak negara berkembang untuk memberikan perawatan medis yang berkualitas. Akibatnya mereka menjalani sendiri penyakit dalam dirinya tanpa ada tindakan penanggulangan yang tepat (Evelyn, 2010). Tingginya kebutuhan biaya perawatan yang diperlukan dan dampak sosial yang terjadi pada pasien HIV/AIDS berakibat pada ketidakseimbangan ekonomi.

Frederikson dan Canabus (2004) melaporkan dimana ada sekelompok pasien yang merasa di stigma dan dimusuhi oleh tim kesehatan karena HIV/AIDSnya. Dampaknya adalah banyak pasien yang tidak mendapatkan terapi dengan baik dan terus menerus karena malas untuk datang kerumah sakit. Padahal proses keberhasilan perawatan dan pengobatan sangat dipengaruhi keteraturan pasien datang kerumah sakit untuk memeriksakan diri dan mendapat pengobatan. Sebaliknya, keteraturan dan kehadiran pasien sangat dipengaruhi oleh penerimaan pihak rumah sakit terutama dari tim kesehatan terhadap pasien HIV/AIDS dan keluarganya (Waluyo, Nurachmah, Rosakawati, 2006). Dari 42 responden, 31% mempunyai pengalaman pernah ditolak oleh rumah sakit atau dokter, 15% responden perawatan atau pengobatannya tertunda, 9,5% pernah disarankan oleh teman, anggota keluarga maupun petugas kesehatan untuk tidak mencari pelayanan kesehatan, dan 5% menyatakan diminta membayar biaya tambahan dalam pengobatannya (Yayasan Spiritia, 2009)

Layanan kesehatan yang belum ramah terhadap para penderita HIV/AIDS dari tim kesehatan akibat Stigma dari perawat. Hal ini terbukti pada penelitian yang dilakukan oleh Waluyo (2010) dalam disertasinya yang melakukan penelitian tentang *Indonesian Nurses' HIV Knowledge, Religiosity, Individual Stigma Attitudes and Workplace HIV Stigma* terhadap 4 rumah sakit besar di Jakarta terhadap 400 orang perawat dengan menggunakan rentang stigma 44-110 diperoleh stigma individu 78,62 dengan SD 11,85. Angka tersebut menunjukkan bahwa stigma perawat terhadap pasien dengan HIV/AIDS masih cukup tinggi, dimana salah satu faktor penyebab adalah kurangnya pengetahuan perawat tentang HIV/AIDS. Hal ini didukung oleh penelitian partisipatif di Bandung yang menyebutkan bahwa salah satu hambatan utama dari akses terhadap pelayanan

kesehatan bagi orang yang hidup dengan HIV (OHIDA) adalah kurangnya pengetahuan penyedia layanan kesehatan terhadap HIV dan AIDS (Yayasan Spiritia, 2011)

Kurangnya pengetahuan tersebut sesuai dengan konsep populasi rentan (*Vulnerable population*) dari sisi perawat sebagai pemberi layanan kesehatan. Populasi rentan adalah sebuah kelompok sosial dimana memiliki resiko yang relative meningkat atau mudah sekali untuk menjadi lebih buruk status (Flaskerud & Winslow, 1998 dalam Stanhope & Lancaster, 2000). Menurut Syamsuhidajat & Wim de Jong (1997) Perawat yang bekerja di fasilitas kesehatan sangat beresiko terpapar infeksi yang secara potensial membahayakan jiwanya, perawat termasuk dalam kelompok beresiko.

Vulnerable menerapkan konsep *epidemiologic triangle* yang terdiri dari *host*, *agent* dan *environment* (Stanhope & Lancaster, 2000). Perawat merupakan *host* yaitu salah satu kelompok sosial yang langsung kontak dengan pasien HIV/AIDS (*agent*), *agent* adalah pasien HIV/AIDS, merupakan bagian yang langsung mendapatkan perawatan dari perawat, sedangkan *environment* adalah lingkungan dimana perawat berada langsung didalamnya untuk merawat pasien HIV/AIDS. Kondisi ini mempengaruhi persepsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien HIV/AIDS akibat kurangnya pengetahuan tentang HIV/AIDS.

Kurangnya pengetahuan tersebut mengakibatkan diskriminasi terhadap penderita HIV/AIDS oleh pemberi layanan kesehatan. Penelitian yang dilakukan oleh yayasan Spiritia dengan jaringan kelompok dukungan nasional Indonesia untuk ODHA didapatkan data bahwa setelah diketahui mereka HIV-positif, sebagian besar (93%) tidak mengalami diskriminasi dalam keluarga. Berbeda dengan perlakuan di tempat pelayanan kesehatan seperti rumah sakit atau petugas rumah sakit. Jumlah kasus diskriminasi terkait AIDS dilaporkan lebih tinggi, yaitu sekitar 35% mengalami perlakuan berbeda dibandingkan pasien lain. Walaupun demikian, 59% mengatakan diskriminasi ini jarang terjadi, 29% mengatakan agak sering dan hanya 12% mengatakan sangat sering terjadi (Yayasan Spiritia, 2011).

Menurut Gustav (2009) diskriminasi yang terjadi pada pasien HIV/AIDS oleh penyedia layanan kesehatan disebabkan akibat dari ketidaktahuan penyedia layanan kesehatan terhadap masalah HIV dan AIDS. Banyak dari petugas kesehatan memperlihatkan perilaku tidak bersahabat pada pasien HIV/AIDS karena mereka tidak mengerti, tidak tahu, dan tidak ada insentif yang mendorong mereka untuk mencari tahu lebih banyak. Kurangnya insentif ini misalnya diakibatkan oleh proses pembukuan pengobatan HIV yang masih di luar dari mekanisme pelaporan medis yang biasanya, sehingga menambah pekerjaan perawat (Yayasan Spiritia,2009).

Kondisi diatas tampak pada studi awal wawancara kepada lima pasien HIV/AIDS yang dirawat di RSUPN. dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta yang sebelumnya pernah datang ke pelayanan kesehatan di daerah mereka yaitu Riau, Bengkulu dan Bali dengan tujuan berobat ke suatu layanan kesehatan. Di layanan kesehatan di daerah mereka tersebut, mereka tidak diperlakukan dengan baik layaknya pasien lainnya setelah mengetahui status pasien HIV positif. Juga ada penolakan dari layanan kesehatan dalam merawat pasien dengan HIV dengan menyatakan layanan kesehatan tersebut telah di tutup.

Proses keperawatan yang diberikan oleh perawat dalam bentuk asuhan keperawatan, merupakan bagian integral dari pendekatan komprehensif dalam pencegahan penularan HIV/AIDS. Pencegahan penularan HIV/AIDS melalui asuhan keperawatan untuk meningkatkan imunitas pasien HIV/AIDS melalui pemenuhan kebutuhan biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Untuk itu dibutuhkan peran perawat dalam memenuhi kebutuhan tersebut. Sudden, et all. (1985) dalam Kurniati (2005) jurnal tentang Persepsi Klien tentang Perawat, menyatakan Hubungan terapeutik perawat klien dapat terjalin bila empati, ketulusan, kesabaran dan kehangatan menjadi dasar hubungan saling menghargai. Menghargai klien juga berarti menerima kondisi sakit klien apa adanya.

Pada kenyataannya perawat yang dianggap orang yang paling memiliki informasi yang baik dan sangat terampil dan dianggap penting untuk semua sistem kesehatan nasional, justru tidak memberikan asuhan keperawatan yang maksimal dan lebih sering melakukan penolakan terhadap pasien dengan status HIV/AIDS

(Lemens, 2010). Hasil wawancara dengan lima orang perawat yang bekerja dipelayanan kesehatan di Jakarta didapatkan data bahwa 2 orang perawat tidak mau melakukan asuhan keperawatan terhadap pasien HIV/AIDS karena persepsi mereka kepada pasien HIV/AIDS akibat dari perilaku pasien HIV AIDS itu sendiri sehingga tidak perlu dilakukan asuhan keperawatan yang holistik. Dua orang perawat mau melakukan asuhan keperawatan pada pasien HIV/AIDS dengan kondisi fisik yang baik dengan alasan merasa kasihan. Pada saat berinteraksi dengan pasien HIV/AIDS mereka akan selalu menggunakan alat pelindung diri dan meminimalkan pemberian asuhan keperawatan. Satu orang perawat lagi mau melakukan asuhan keperawatan kepada pasien HIV/AIDS karena memang sudah merupakan kewajibannya dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien HIV/AIDS sebagai profesi keperawatan.

Namun demikian belum diketahui secara pasti penyebab perawat bersikap tidak memberikan pelayanan maupun asuhan keperawatan yang maksimal pada pasien HIV/AIDS di pelayanan kesehatan maupun saat pasien dirawat di rumah sakit, walaupun sebenarnya asuhan keperawatan yang diberikan harus dilakukan secara baik dan benar tanpa membedakan pasien dari segi ekonomi, sosial, spiritual, psikologi maupun fisiologinya. Belum adanya penelitian yang mengeksplorasi lebih dalam mengapa perawat bersikap seperti itu, sehingga perlu dilakukan penelitian bagaimana persepsi perawat tentang asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien HIV/AIDS.

1.2 Rumusan Masalah

Peningkatan jumlah penderita HIV/AIDS di Indonesia tidak lepas dari kurangnya peranan dari pemberi pelayanan kesehatan terutama perawat dalam menanggapi pasien HIV/AIDS yang datang ke pelayanan kesehatan. Hal tersebut dikarenakan diskriminasi dan stigma yang berasal dari pemberi layanan kesehatan itu sendiri, sehingga menimbulkan rasa malu dari pasien HIV/AIDS untuk mau mengakui HIV Positifnya atau malu untuk datang ke petugas kesehatan. Hal ini juga berdampak pada peranan perawat sebagai pemberi Asuhan keperawatan yang seharusnya diberikan oleh perawat secara BioPsikoSosialSpiritual kepada pasien HIV/AIDS tidak terlaksana secara benar sehingga secara tidak langsung akan

berpengaruh pada kemampuan pasien HIV/AIDS dalam memenuhi kebutuhan ekonominya.

Dalam upaya mencegah permasalahan diatas dimasa depan penelitian ini ingin mengungkap berbagai perspektif yang terkandung dalam masalah pasien HIV/AIDS dengan menggunakan pendekatan kualitatif dan metode fenomenologi. Diharapkan melalui penelitian metode ini akan didapatkan informasi berdasarkan persepsi pemberi layanan kesehatan terutama perawat yang merawat pasien HIV/AIDS, sehingga dapat diketahui lebih jauh *insight* dan kesiapan psikologis dari perawat saat merawat pasien HIV/AIDS. Adapun pertanyaan penelitian ini adalah “Bagaimana Persepsi Perawat tentang Asuhan Keperawatan yang diberikan kepada pasien HIV/AIDS?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Memperoleh gambaran persepsi perawat tentang asuhan keperawatan yang diberikan pada Pasien HIV/AIDS.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Memperoleh persepsi perawat tentang HIV/AIDS
- b. Memperoleh gambaran bagaimana persepsi perawat terhadap fisiologis pasien HIV/AIDS
- c. Memperoleh gambaran bagaimana persepsi perawat terhadap psikologi pasien HIV/AIDS
- d. Memperoleh gambaran bagaimana persepsi perawat terhadap sosial Pasien HIV/AIDS
- e. Memperoleh gambaran bagaimana persepsi perawat terhadap spiritual pasien HIV/AIDS

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi ODHA

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menimbulkan hal positif bagi ODHA sehingga mendapatkan pelayanan yang maksimal dari petugas kesehatan dan

menerima asuhan keperawatan tanpa dibedakan dengan pasien lainnya dikarenakan status HIV/AIDS nya.

1.4.2 Bagi Pelayan Kesehatan

Hasil dari penelitian ini diharapkan diketahui kenapa dan bagaimana persepsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien HIV/AIDS, sehingga dapat menjadi masukan bagi pelayan kesehatan terutama perawat dalam merencanakan dan memberikan asuhan keperawatan yang bermutu kepada pasien HIV/AIDS tanpa membedakan dengan pasien lain karena status HIV/AIDS nya.

1.4.3 Bagi Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi bahan bagi pendidikan sehingga mengetahui gambaran bagaimana persepsi perawat dalam memberikan asuhan kepada pasien HIV/AIDS, dengan begitu kedepannya dapat menghilangkan stigma kepada pasien HIV/AIDS pada saat memberikan asuhan keperawatan.

1.4.4 Penelitian Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan bagi penelitian selanjutnya menjadi data dasar dalam penelitian berikutnya terhadap perkembangan asuhan keperawatan yang diberikan atau diterima oleh pasien HIV/AIDS.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada tinjauan pustaka akan dipaparkan teori dan konsep yang terkait dengan masalah penelitian. Teori dan konsep yang akan dipaparkan yaitu tentang teori dan konsep Persepsi, HIV/AIDS, Asuhan Keperawatan dan Peran perawat.

2.1 Persepsi

2.1.1 Pengertian

Persepsi merupakan suatu proses yang dimulai dari penginderaan yang diawali dengan suatu stimulus yang kemudian diorganisasikan dan diinterpretasikan. Secara etimologis, persepsi atau dalam bahasa Inggris *Perception* berasal dari bahasa latin *perceptio*; dari *percipere* yang artinya menerima atau mengambil (Sobur, 2010). Persepsi (*perception*) dalam arti sempit ialah penglihatan, bagaimana cara seseorang melihat sesuatu; sedangkan dalam arti luas ialah pandangan atau pengertian, yaitu bagaimana seseorang memandang atau mengartikan sesuatu (Leavitt, 1978). Menurut DeVitro (1975), persepsi adalah proses ketika kita menjadi sadar akan banyaknya stimulus yang mempengaruhi indera kita. Yusuf (1991) menyebut persepsi sebagai “pemaknaan hasil pengamatan”. Gulo (1982) mendefinisikan persepsi sebagai proses seseorang menjadi sadar akan segala sesuatu dalam lingkungannya melalui indra-indra yang dimilikinya. Rakhmat (1994) menyatakan bahwa persepsi adalah pengalaman tentang objek, peristiwa atau hubungan-hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkan pesan. Bagi Atkinson, persepsi adalah proses saat kita mengorganisasikan dan menafsirkan pola stimulus dalam lingkungan (dalam Sobur, 2010). Kotler (2000) menjelaskan persepsi sebagai proses bagaimana seseorang menyeleksi, mengatur dan menginterpretasikan masukan-masukan informasi untuk menciptakan gambaran keseluruhan yang berarti. (<http://www.masbow.com>)

Persepsi disebut inti komunikasi, karena jika persepsi kita tidak akurat kita tidak mungkin berkomunikasi dengan efektif. Persepsilah yang menentukan kita memilih suatu pesan dan mengabaikan pesan yang lain. Semakin tinggi derajat

kesamaan persepsi antarindividu, semakin mudah dan semakin sering mereka berkomunikasi, dan sebagai konsekuensinya, semakin cenderung membentuk kelompok budaya atau kelompok identitas (Mulyana, 2000 dalam Sobur, 2010).

Dengan persepsi individu akan menyadari tentang keadaan sekitarnya dan juga keadaan diri sendiri. Karena persepsi merupakan aktivitas yang *integrated* dalam diri individu, maka apa yang ada dalam diri individu akan ikut aktif dalam persepsi. Berdasarkan hal tersebut, maka dalam persepsi dapat dikemukakan karena perasaan, kemampuan berpikir, pengalaman-pengalaman individu tidak sama. Maka dalam mempersepsi sesuatu stimulus, hasil persepsi mungkin akan berbeda antar individu satu dengan individu lain. Persepsi itu bersifat individual (Davidoff, 1981; Rogers, 1965 dalam Walgito, 2010).

Lindzey & Aronson menyatakan Persepsi sosial merupakan suatu proses yang terjadi dalam diri seseorang yang bertujuan untuk mengetahui, menginterpretasi, dan mengevaluasi orang lain yang dipersepsi, baik mengenai sifatnya, kualitasnya, ataupun keadaan lain yang ada dalam diri orang yang dipersepsi sehingga terbentuk gambaran mengenai orang lain sebagai objek persepsi tersebut. (Setiabudi, 2008)

Prasangka sosial akan mempengaruhi persepsi seseorang terhadap obyek, subyek atau individu maupun kelompok lain yang menjadi sasaran prasangka sosial mereka, (Schofield, 1980). Prasangka sosial sering juga dipengaruhi oleh stigma. Stigma sebagai proses penolakan atau pemberian tanda pada individu yang dapat menurunkan status individu dimata masyarakat. Stigma dapat berasal dari kecacatan fisik atau berasal dari sikap negatif terhadap perilaku suatu kelompok, contoh Lesbian, homoseksual. stigmatisasi merupakan pemberian label kepada individu atau kelompok yang menyimpang. Definisi stigma menurut Link (2001) dan Parker (2001) stigma erat kaitannya dengan struktur kekuatan masyarakat (Brown, et al, 2001)

Selanjutnya Spaulding, (1970) mengemukakan bahwa persepsi adalah suatu proses dimana seseorang menyeleksi atau memilih aspek-aspek khusus dari berbagai situasi yang mereka terima, lalu mengorganisasikannya ke dalam beberapa pola dan selanjutnya mengklasifikasikan hasilnya, dan kemudian persepsi itu sendiri akan mempengaruhi sikap dan perilaku seseorang terhadap situasi tersebut (Irmawati, 2004) .

2.1.2 Faktor-faktor yang berperan dalam persepsi

Persepsi berawal dari stimulus yang didapat oleh individu sehingga dalam mempersepsikan sesuatu tergantung dari faktor-faktor yang menstimulus individu (Walgito, 2010).

a. Objek yang dipersepsi

Objek menimbulkan stimulus yang mengenai alat indera atau reseptor. Stimulus dapat datang dari luar individu yang mempersepsi, tetapi juga dapat datang dari dalam diri individu yang bersangkutan yang langsung mengenai syaraf penerima yang bekerja sebagai reseptor.

b. Alat indera, syaraf dan pusat susunan syaraf

Alat indera atau reseptor merupakan alat untuk menerima stimulus. Disamping itu juga harus ada syaraf sensoris sebagai alat untuk meneruskan stimulus yang diterima reseptor ke pusat susunan syaraf yaitu otak sebagai pusat kesadaran, dan syaraf motorik untuk mengadakan respon

c. Perhatian

Perhatian merupakan langkah pertama sebagai suatu persiapan dalam rangka mengadakan persepsi. Perhatian merupakan pemusatan atau konsentrasi dari seluruh aktivitas individu yang ditujukan kepada sesuatu atau sekumpulan objek.

Menurut Moskowitz (dalam Walgito, 2010) Persepsi merupakan proses yang *integrated* dalam diri individu terhadap stimulus yang diterimanya. Stimulus yang diterimanya ini dapat berupa hal yang banyak yang akan dipengaruhi oleh pengalaman, perasaan dan fikiran, sehingga akan menimbulkan suatu prasangka pada orang lain yang dipersepsikannya yang disebut dengan prasangka sosial.

Menurut Sears et all, (1985) prasangka sosial adalah penilaian terhadap kelompok atau seorang individu yang terutama didasarkan pada keanggotaan kelompok tersebut, artinya prasangka sosial ditujukan pada orang atau kelompok orang yang berbeda dengannya atau kelompoknya.

Dalam hal ini Proses pembentukan prasangka sosial menurut Mar'at (1981) dalam Irmawati, 2004, dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu;

a. Pengaruh Kepribadian

Dalam perkembangan kepribadian seseorang akan terlihat pula pembentukan prasangka sosial. Kepribadian otoriter mengarahkan seseorang membentuk suatu konsep prasangka sosial, karena ada kecenderungan orang tersebut selalu merasa curiga, berfikir dogmatis dan berpola pada diri sendiri.

b. Pendidikan dan Status

Semakin tinggi pendidikan seseorang dan semakin tinggi status yang dimilikinya akan mempengaruhi cara berfikirnya dan akan mereduksi prasangka sosial.

c. Pengaruh Pendidikan Anak oleh Orangtua

Dalam hal ini orangtua memiliki nilai-nilai tradisional yang dapat dikatakan berperan sebagai famili ideologi yang akan mempengaruhi prasangka sosial.

d. Pengaruh Kelompok

Kelompok memiliki norma dan nilai tersendiri dan akan mempengaruhi pembentukan prasangka sosial pada kelompok tersebut. Oleh karenanya norma kelompok yang memiliki fungsi otonom dan akan banyak memberikan informasi secara realistis atau secara emosional yang mempengaruhi sistem sikap individu.

e. Pengaruh Politik dan Ekonomi

Politik dan ekonomi sering mendominasi pembentukan prasangka sosial. Pengaruh politik dan ekonomi telah banyak memicu terjadinya prasangka sosial terhadap kelompok lain misalnya kelompok minoritas.

f. Pengaruh Komunikasi

Komunikasi juga memiliki peranan penting dalam memberikan informasi yang baik dan komponen sikap akan banyak dipengaruhi oleh media massa

seperti radio, televisi, yang kesemuanya hal ini akan mempengaruhi pembentukan prasangka sosial dalam diri seseorang.

g. Pengaruh Hubungan Sosial

Hubungan sosial merupakan suatu media dalam mengurangi atau mempertinggi pembentukan prasangka sosial.

Prasangka sosial memiliki kualitas suka dan tidak suka pada obyek yang diprasangkainya, dan kondisi ini akan mempengaruhi tindakan atau perilaku seseorang yang berprasangka tersebut. Sehingga dalam berprasangka, seseorang dipengaruhi oleh kepribadiannya.

Baron dan Byrne, juga Myers (dalam Gerungan, 1996) menyatakan bahwa sikap itu mengandung tiga komponen yang membentuk struktur sikap, dimana ketiga komponen tersebut yang saling berinteraksi dan konsisten satu dengan lainnya untuk memahami, merasakan dan berperilaku terhadap obyek sikap. sehingga terdapat pengorganisasian secara internal diantara ketiga komponen tersebut. Ketiga komponen tersebut adalah :

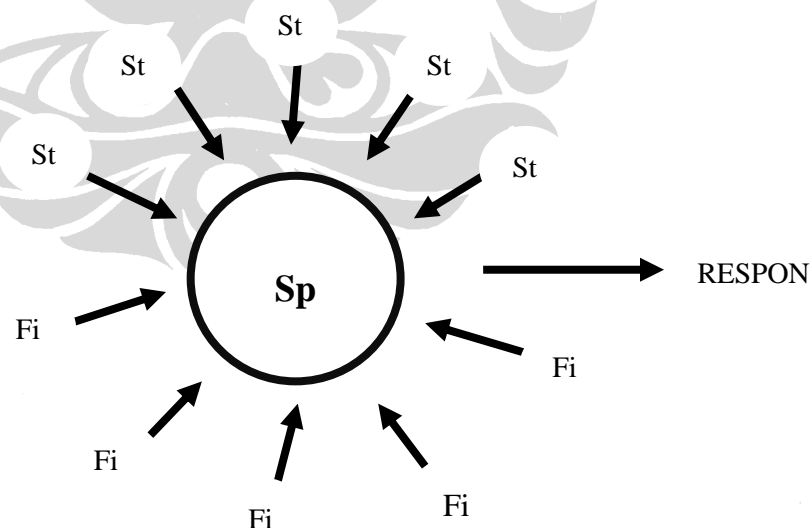
- a. Komponen kognitif (komponen perseptual), yaitu komponen yang berkaitan dengan pengetahuan, pandangan, keyakinan, yaitu hal-hal yang berhubungan dengan bagaimana orang mempersepsi terhadap objek sikap. Pengetahuan atau *knowledge* adalah hal tahu atau pemahaman akan sesuatu yang bersifat spontan tanpa mengetahui seluk beluknya secara mendalam. Sedangkan ilmu pengetahuan atau *science* adalah ilmu pengetahuan yang bersifat metodis, sistematis dan logis (Nubayani,1994)
- b. Komponen afektif (komponen emosional), yaitu komponen yang berhubungan dengan rasa senang atau tidak senang terhadap objek sikap. Rasa senang merupakan hal yang positif, sedangkan rasa tidak senang merupakan hal yang negatif.
- c. Komponen konatif (komponen perilaku, atau *action component*), yaitu komponen yang berhubungan dengan kecenderungan bertindak terhadap objek sikap. Komponen ini menunjukkan intensitas sikap, yaitu menunjukkan

besar kecilnya kecenderungan bertindak atau berperilaku seseorang terhadap objek sikap (<http://www.masbow.com>)

2.1.3 Proses Persepsi

Proses terjadinya persepsi dimulai dari proses kealaman atau *proses fisik* dimana adanya suatu objek yang menimbulkan stimulus, dan stimulus mengenai alat indera atau reseptor yang akan diteruskan oleh syaraf sensoris ke otak yang disebut *proses fisiologis*. Kemudian terjadilah proses di otak sebagai pusat kesadaran yang disebut *proses psikologis*, sehingga individu menyadari apa yang dilihat, atau apa yang didengar, atau apa yang diraba yang merupakan proses terakhir dari *proses persepsi* dan merupakan proses persepsi yang sebenarnya. Stimulus yang akan dipersepsi atau yang akan mendapatkan respon dari individu tergantung pada perhatian individu yang bersangkutan dimana perhatian sebagai langkah persiapan dalam persepsi. Sehingga tidak semua stimulus akan diberikan respon. Individu mengadakan seleksi terhadap stimulus yang mengenainya (Walgito, 2010). Secara skematis dapat digambarkan sebagai berikut :

Skema 2.1 Proses Persepsi



Keterangan :

St = Stimulus (factor luar)

Fi = Faktor Intern (factor dalam, termasuk perhatian)

Sp = Struktur Pribadi individu

L ——— S ——— O ——— R ——— L

L = Lingkungan

S = Stimulus

O = Organisme atau individu

R = Respon atau reaksi

(Sumber : Walgito, 2010)

Perhatian dipengaruhi beberapa faktor yang dibagi dalam dua golongan besar, yaitu faktor luar, faktor-faktor yang terdapat pada objek yang diamati itu sendiri yaitu intensitas atau ukuran, kontras, pengulangan, dan gerakan dan faktor-faktor yang berasal dari dalam individu sipengamat yaitu motif, kesediaan, dan harapan (Dirgagunarsa, 1996 dalam Sobur, 2010). Dari segi psikologi dikatakan bahwa tingkah laku seseorang merupakan fungsi dari cara dia memandang. Oleh karena itu untuk mengubah tingkah laku seseorang harus dimulai dari mengubah persepsinya (Sobur, 2010)

Dalam mengorganisasikan persepsi, Organisme atau individu lebih mengembangkan pada mempersepsikan sesuatu yang primer yaitu keseluruhannya atau *Gestalt*nya sedangkan bagian-bagiannya adalah yang sekunder. Teori ini dikemukakan oleh wertheimer di stasiun kereta api yaitu *phi-phenomena* yaitu bahwa dalam seseorang mempersepsikan sesuatu tidak hanya semata-mata tergantung pada stimulus objektif, tetapi individu yang mempersepsikan juga berperan dalam persepsi tersebut (Walgito, 2010).

Manusia dapat menjadi objek persepsi yang disebut sebagai *person perception* atau *social perception*, sedangkan yang nonmanusia disebut *nonsocial perception* atau *things perception*. Pada objek persepsi manusia, manusia yang dipersepsikan mempunyai kemampuan-kemampuan, perasaan, ataupun aspek-aspek lain seperti

halnya orang yang mempersepsikan. Orang yang dipersepsikan akan dapat mempengaruhi pada orang yang mempersepsinya. (Walgito, 2010)

2.2 Perawat

2.2.1 Definisi Perawat

Definisi perawat menurut *Mutual Recognition Arrangement* (MRA) adalah seorang yang telah menyelesaikan pelatihan profesional yang dibutuhkan dan diberikan kualifikasi keperawatan profesional, dan telah dinilai oleh *Nursing Regulatory Authority* dari Negara Asal sebagai teknis, etis dan hukum yang memenuhi syarat untuk melakukan praktik keperawatan profesional, dan terdaftar dan/atau lisensi sebagai perawat profesional oleh yang mengatur kewenangan keperawatan dari negara asal.

Keperawatan sebagai sebuah profesi telah disepakati berdasarkan pada hasil lokakarya nasional pada tahun 1983, dan didefinisikan sebagai suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan berbentuk pelayanan biopsiko- sosio-spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat, baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia. Oleh karena itu sifat pendidikan keperawatan juga menekankan pemahaman tentang keprofesian (FIK USU, 2010).

2.2.2 Peran dan Fungsi Perawat

(Potter & Perry, 2005) Perawat menjalankan fungsi dalam kaitannya dengan berbagai peran :

a. Pemberi perawatan

Sebagai pemberi asuhan keperawatan perawat perawat membantu klien mendapatkan kembali kesehatannya melalui proses penyembuhan termasuk memfokuskan asuhan pada kebutuhan klien secara holistic meliputi upaya mengembalikan kesehatan emosi, spiritual dan sosial. Pemberi asuhan membantu klien dan keluarga dalam menetapkan tujuan dan mencapai tujuan dalam waktu yang minimal

b. Pembuat keputusan klinis

Dalam memberikan perawatan efektif perawat menggunakan keahliannya berpikir kritis melalui proses keperawatan. Sebelum melakukan tindakan perawat menyusun tindakan dengan menggunakan pendekatan terbaik bagi tiap klien. Perawat membuat keputusan sendiri ataupun dengan klien dan keluarga dengan bekerjasama serta berkonsultasi dengan profesi kesehatan lain (Keeling dan Ramos, 1995)

c. Pelindung dan Advokat klien

Sebagai *pelindung* perawat membantu mempertahankan lingkungan yang aman bagi klien, mencegah terjadinya kecelakaan dan melindungi dari efek suatu tindakan diagnostik dan pengobatan. Sebagai *advokat* perawat melindungi hak klien secara manusia dan secara hukum

d. Manajer kasus

Perawat mengkoordinasi aktivitas tim kesehatan lain, mengatur waktu kerja dan sumber yang tersedia ditempat kerjanya. Sebagai manajer perawat mengkoordinasi dan mendelegasikan tanggung jawab asuhan dan mengawasi tenaga kesehatan lainnya

e. Rehabilitator

Perawat membantu klien beradaptasi dengan kondisi klien kembali ke tingkat fungsi maksimal setelah sakit

f. Pemberi kenyamanan

Perawat memberikan kenyamanan dengan mendemonstrasikan perawatan kepada klien sebagai individu yang memiliki perasaan dan kebutuhan yang unik dalam mencapai tujuan yang terapeutik bukan memenuhi ketergantungan emosi dan fisik

g. Komunikator

Perawat sebagai komunikator merupakan pusat dari seluruh peran perawat, kualitas komunikasi merupakan faktor yang menentukan dalam memenuhi kebutuhan individu, keluarga dan komunitas.

h. Penyuluh

Perawat menjelaskan konsep dan data-data tentang kesehatan, mendemostrasikan dan menilai sesuai kemampuan klien hal ini dapat dilakukan secara terencana maupun tidak terencana

i. Peran karier

Perawat ditempatkan diposisi jabatan tertentu seperti :

Perawat pendidik dimana perawat ditempatkan pada pendidikan departemen pengembangan staf suatu lembaga kesehatan yang mempunyai latar belakang klinis yang memberikan mereka pengetahuan klinis dan pengetahuan teoritis.

Perawat pelaksana tingkat lanjut, memiliki latar belakang master memiliki pendidikan tambahan dan berijazah, sebagai pelaksana klinis, pendidik, manajer kasus konsultan dan peneliti dalam bidang praktinya dalam meningkatkan asuhan keperawatan.

2.2.3 Kewajiban Perawat

Kewajiban perawat meliputi :

- a. Perawat wajib mematuhi semua peraturan institusi yang bersangkutan
- b. Perawat wajib memberikan pelayanan atau asuhan keperawatan sesuai dengan standar profesi dan batas kegunaannya.
- c. Perawat wajib menghormati hak klien.
- d. Perawat wajib merujuk klien kepada perawat atau tenaga kesehatan lain yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik bila yang bersangkutan tidak dapat mengatasinya.
- e. Perawat wajib memberikan kesempatan kepada klien untuk berhubungan dengan keluarganya, selama tidak bertentangan dengan peraturan atau standar profesi yang ada.
- f. Perawat wajib memberikan kesempatan kepada klien untuk menjalankan ibadahnya sesuai dengan agama atau kepercayaan masing-masing selama tidak mengganggu klien yang lainnya.
- g. Perawat wajib berkolaborasi dengan tenaga medis atau tenaga kesehatan terkait lainnya dalam memberikan pelayanan kesehatan dan keperawatan pada klien. (*Potter & Perry, 2005*).

2.2.4 Hubungan perawat - klien.

Hubungan perawat klien adalah fokus/ esensi keperawatan profesional. Hubungan perawat - klien merupakan hubungan perbantuan dimana interaksi dilakukan dengan sengaja dan bertujuan, antara perawat sebagai seorang yang mempunyai kewenangan dalam pelayanan kesehatan dengan seseorang atau kelompok yang mempunyai kebutuhan pelayanan kesehatan.

Hubungan perawat – klien ini berlandaskan pada kontrak sosial yang dibuat perawat dengan institusi tempatnya bekerja dan dengan klien. Dengan adanya kontrak, masing-masing pihak saling mengetahui hak dan tanggung jawabnya.

Perawat sebagai otoritas dalam pelayanan keperawatan memahami kepakarannya dalam promosi, rumatan, pemulihan kesehatan serta pencegahan penyakit. Walaupun perawat tidak dipekerjakan langsung oleh klien, perawat/ners merupakan profesional yang bertanggung gugat terutama terhadap klien sebagai penerima pelayanannya, terhadap diri sendiri dan terhadap institusi yang mempekerjakannya serta terhadap tim kesehatan lainnya.

- a. Perawat bertanggung jawab untuk memenuhi perannya sebagai pemberi bantuan apapun parameter dan tujuan khusus dari setiap hubungan ini.
- b. Perawat memastikan bahwa klien tahu area yang merupakan kepeduliannya sehingga dia berusaha mencari bantuan dan yakin bahwa mereka saling berbagi tanggung jawab untuk mencapai tujuan proses keperawatan.
- c. Perawat yakin bahwa klien bisa mencapai perbaikan status kesehatannya.
- d. Perawat lebih berperan sebagai fasilitator, dimana menggunakan diri dan kepakarannya sebagai alat terapeutik untuk membantu klien agar lebih berhasil membina respons untuk menolak/ meniadakan atau mengatasi ancaman terhadap kesehatannya (PPNI, 2003).

2.3 Asuhan Keperawatan

Pelayanan keperawatan yang diberikan oleh seorang perawat sangat mempengaruhi kualitas asuhan keperawatan yang akan diterima oleh pasien/masyarakat. Oleh karena itu untuk dapat memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas maka perawat perlu berorientasi pada *outcome* pasien yang lebih baik (Bellato & Pereira, 2004; Nicklin, 2003). Menurut Kurniati (2005), sosok

perawat yang diinginkan klien adalah, Tanggap akan kebutuhan klien, Menghargai klien, Terampil, Berpengetahuan, Komunikatif, Mendidik.

Dasar dalam suatu asuhan keperawatan adanya sifat kepedulian perawat dalam memenuhi kebutuhan dasar klien serta berupaya membantu klien menetapkan dan menyelesaikan masalah yang disebut dengan *Caring*. Menurut Liu, Moke dan Wong (2006) dalam Dedi, Setyowati, Afyanti, dalam jurnal Keperawatan Indonesia tentang perilaku caring perawat pelaksana *study grounded theory* Masyarakat mempersepsikan perawat profesional apabila perawat memiliki etik dan *caring* dalam pelayanan keperawatan *caring* menurut Swansons (1999) terdapat lima proses yaitu : 1) Memahami Klien (*Knowing*), 2) Berada disamping klien, berbagi perasaan (*Being With*), 3) memberi kenyamanan, antisipasi, proteksi, tampil kompeten dan terampil (*Doing For*), 4) Memfasilitasi melewati masa transisi dalam kehidupan, untuk berkembang, sembuh, dan mampu merawat dirinya sendiri (*Enabling*), 5) Mempertahankan keyakinan, memberikan optimisme yang realistis (*Maintaining Belief*).

Asuhan Keperawatan bagi penderita HIV/AIDS merupakan tantangan yang besar bagi perawat karena setiap sistem organ berpotensi untuk menjadi sasaran infeksi ataupun kanker (Smeltzer & Bare, 2002). Sehingga dibutuhkan peran perawat dalam pemenuhan kebutuhan biologis, psikologis, dukungan sosial dan spiritual kepada pasien HIV/AIDS.

2.3.1 Pengkajian pada Pasien HIV/AIDS

Pengkajian pada pasien HIV/AIDS meliputi pengkajian biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Hal tersebut dijelaskan sebagai berikut :

a. Biologis

Virus HIV yang berhasil masuk kedalam tubuh pasien, akan menginfeksi berbagai macam sel, terutama monosit, makrofag, sel-sel microglia di otak, sel-sel hobfour plasenta, sel-sel dendrite pada kelenjar limfe, sel-sel epitel pada usus, dan sel langerhaens di kulit yang akan mempengaruhi kondisi kulit dan integument pasien HIV/AIDS. Efek infeksi pada sel microglia di otak adalah ensefalopati dan pada sel epitel usus adalah diare yang kronis (Stewart,

1997). Akibat diare pasien HIV/AIDS akan mengalami gangguan pada status cairan, yang apabila tidak diatasi segera akan berdampak pada penurunan status mental, denyut nadi tidak teratur, kram otot, pernafasan yang dangkal yang berdampak pada status respiratorius, mual serta vomitus, Hal ini juga berdampak pada gangguan pemenuhan nutrisi pada pasien HIV/AIDS. (Smeltzer & Bare, 2002)

b. Psikologis

Pasien HIV akan mengalami perasaan stress, frustrasi, kecemasan kemarahan, penyangkalan rasa malu, berduka dan ketidakpastian dengan adaptasi terhadap penyakitnya. Kubbler 'Ross (1974) menguraikan lima tahap reaksi emosi terhadap penyakitnya, yaitu :

a) Peningkaran (Denial)

Peningkaran dapat terjadi akibat ketidaktahuan pasien dengan penyakitnya atau sudah mengetahui tapi mengancam dirinya. Peningkaran merupakan *buffer* untuk menerima kenyataan yang sebenarnya. Peningkaran biasanya bersifat sementara dan segera berubah menjadi fase lain dalam menghadapi kenyataan (Achir Yani, 1999)

b) Kemarahan (Anger)

Apabila peningkaran tidak dapat dipertahankan lagi. Kemarahan akan dilampiaskan pasien pada segala sesuatu yang ada disekitarnya termasuk perawat, termasuk kedatangan keluarga mereka akan menunjukkan sikap menolak, menyebabkan bentuk keagresifan (Hudak & Gallo, 1996)

c) Sikap tawar menawar (Bargaining)

Pada tahap ini pasien mulai berpikir dan protesnya tidak berarti, mulai ada rasa bersalah dan memulai hubungan dengan Tuhan, tindakan ini terlihat pada pasien menyanggupi akan menjadi lebih baik bila dapat sembuh (Achir Yani, 1999)

d) Depresi

Fase ini pasien berkabung/sedih mengesampingkan rasa marah dan sikap pertahanannya serta mulai mengatasi rasa kehilangan secara konstruktif. Tingkat emosional seperti bersedih, tidak berdaya, tidak ada harapan,

bersalah, penyesalan mendalam, kesepian, menangis merasa tidak berguna. Pada fase ini termasuk ketakutan akan masa depan, intensitas depresi tergantung pada makna dan beratnya penyakit (Netty,1999)

e) Penerimaan dan partisipasi

Pasien mulai beradaptasi, bergerak menuju identifikasi sebagai seseorang yang baru yang memiliki keterbatasan karena penyakitnya. pasien mampu bergantung pada orang lain jika perlu dan tidak membutuhkan dorongan melebihi daya tahannya atau terlalu memaksakan keterbatasannya atau ketidak adekuatannya (Hudak&Gallo, 1999).

c. Sosial

Menurut Stewart (1997), dibedakan menjadi 3 hal :

- a) Stigma sosial dapat memperparah depresi dan pandangan yang negative tentang harga diri pasien
- b) Diskriminasi terhadap pasien HIV/AIDS di tempat kerja, keluarga, pelayanan kesehatan, serta kurangnya dukungan sosial sehingga meningkatkan stress pasien
- c) Efek stress yang meningkat dan respon yang memanjang, marah, depresi mengakibatkan klien kembali berperilaku destruktif seperti kembali menggunakan narkoba.

Penelitian kualitatif yang dilakukan Kabbash, et all. (2008), menyatakan pasien HIV kurang mendapatkan dukungan dari keluarga sehingga mereka akan menutupi status HIV positif mereka karena takut akan terjadi penolakan, walaupun sebagian dari mereka juga ada yang menyampaikan kepada keluarganya terutama istri mereka, walaupun pada awalnya akan terjadi penolakan tapi mereka dapat menerima dan memahami situasi yang terjadi. Dalam situasi yang lain ODHA lebih suka mengisolasi diri dari kerabat dan teman-teman karena takut mereka menulari orang lain, takut orang lain akan mengetahui perilaku seksualitas yang menyebabkan mereka terinfeksi atau takut orang lain melihat perubahan status kesehatan mereka akibat penyakit sekunder dari HIV.

d. Spiritual

Penyakit HIV/AIDS adalah kondisi kronis dan mengancam jiwa penyakit yang membutuhkan terapi seumur hidup dan manajemen kompleks sering mungkin sulit bagi orang dengan HIV untuk membuat perubahan gaya hidup dan komitmen yang diperlukan untuk bertahan dan mempertahankan kualitas hidup yang baik. Spiritualitas mungkin menjadi sumber daya penting yang dapat digunakan untuk menyesuaikan diri dengan tuntutan hidup dengan HIV di samping bantuan yang diterima dari konseling kesehatan mental, kelompok pendukung, keluarga dan teman (Dalmida 2006).

Pasien HIV/AIDS biasanya akan menyalahkan Tuhan, merasa berdosa akan hal telah dilakukan pada masa lalunya sehingga tidak mau melakukan ibadah, tidak mau lagi memikirkan masa depan karena akan merasa mendekati ajal. Kapas, et al (2006) menemukan bahwa hanya 23% dari pasien dengan HIV / AIDS berpartisipasi dalam kegiatan agama yang terorganisir secara teratur (sekali seminggu atau lebih).

Respon spiritual yang diharapkan pada pasien HIV AIDS adalah : Harapan yang realistis, tabah dan sabar, serta pandai mengambil hikmah dari kondisinya saat ini karena Spiritualitas dapat berfungsi sebagai sumber individu untuk menangani penyakit (Kelly 2004). Spiritualitas meningkatkan penanggulangan dan respon individu terhadap stress (Koenig dan Cohen 2002) seperti pernyataan Sebanyak 85% pasien di Amerika Serikat (AS) yang terinfeksi Immunodeficiency Virus (HIV) menegaskan pentingnya spiritualitas dalam hidup mereka, untuk bisa berhubungan dengan keluarga, pekerjaan, atau masalah pribadi (Lorenz et al. 2005) dan meningkatkan kualitas hidup mereka (Grimsley 2006; Sowell et al 2001)

e. Ekonomi

Kabbash et all (2008) dalam penelitiannya pada 10 responden pada studi kualitatif mendapatkan bahwa banyak dari pasien HIV/AIDS menganggur atau sudah tidak teratur melakukan pekerjaannya dikarenakan stigma dan

kondisi fisik mereka yang semakin menurun. Akibatnya mereka mengalami masalah keuangan dan takut bahwa di masa depan mereka mungkin tidak dapat mendukung diri mereka sendiri. Tingginya tingkat pengangguran membuat Pendapatan pasien HIV/AIDS tidak mencukupi sehingga menjadi masalah utama bagi mereka untuk mendapatkan cukup nutrisi dan perawatan kesehatan. Perubahan dari studi kuantitatif pada 153 sampel didapatkan hasil 43,8% tidak bisa melakukan pekerjaan dengan kapasitas yang sama. Lebih dari setengah dari ODHA (64,1%) kehilangan ambisi mereka untuk bekerja setelah memperoleh infeksi. Mayoritas mereka punya cukup uang untuk memenuhi nutrisi yang baik (72,5%). Namun, 56,2% menyatakan keuangan mereka telah terpengaruh dengan diketahuinya terinfeksi HIV.

2.3.2 Perencanaan Pada Pasien HIV/AIDS

Perawat memiliki peranan penting dalam Asuhan Keperawatan pasien HIV/AIDS.

Menurut Nursalam, 2008 ada dua hal penting yang harus dilakukan perawat :

- a. Memfasilitasi strategi koping
 - a) Memfasilitasi sumber penggunaan potensi diri agar terjadi respon penerimaan sesuai tahapan dari kubbler-Ross
 - (a) Teknik kognitif, dapat berupa upaya membantu penyelesaian masalah
 - (b) Teknik prilaku, mengajarkan prilaku yang mendukung kesembuhan
 - b) Dukungan sosial
 - (a) Dukungan Emosional, agar pasien merasa nyaman , dihargai, dicintai, dan diperhatikan
 - (b) Dukungan Informasi, meningkatkan pengetahuan dan penerimaan pasien terhadap sakitnya
 - (c) Dukungan Material, bantuan/ kemudahan akses dalam pelayanan kesehatan

Asuhan keperawatan pada pasien HIV/AIDS juga memperhatikan dari segi mempertahankan kondisi Biologis, Psikologis, Sosial, Spiritual tidak hanya dari dukungan koping dan dukungan sosial saja ;

a. Biologis

a) *Universal Precaution*

Penerapan *universal precaution* pada perawat, keluarga, dan pasien sangat penting hal ini bertujuan mencegah penularan virus HIV. *Universal Precaution* yaitu tindakan pengendalian infeksi yang dilakukan oleh seluruh tenaga kesehatan untuk mengurangi resiko penyebaran infeksi dan didasarkan pada prinsip bahwa darah dan cairan tubuh dapat berpotensi menularkan penyakit, baik berasal dari pasien maupun petugas kesehatan (Loveless, TM, 2008).

Mencuci tangan secara menyeluruh untuk mencegah kontaminasi tangan oleh kuman pada tangan dengan menggunakan air bersih yang mengalir dan sabun sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan. pemakaian alat pelindung sesuai dengan indikasi (sarung tangan, masker, pelindung wajah, jubah/celemek, kacamata pelindung) untuk setiap kontak langsung dengan darah atau cairan tubuh lain dan sebagainya.

- (a) Sarung tangan, digunakan bila akan menyentuh darah atau cairan tubuh lain (cairan amnion/ketuban, cairan peritoneal, cairan pleura, *secret synovial*, dan cairan tubuh lain yang mengandung darah secara kasat mata) bila menyentuh selaput mukosa dan kulit yang luka dari setiap pasien; menangani benda-benda dan alat-alat yang dikotori oleh darah atau cairan tubuh; dan untuk melaksanakan tindakan yang melibatkan pembuluh darah atau tindakan invasif. Sarung tangan diganti untuk setiap pasien dan cuci tangan segera setelah melepas sarung tangan
- (b) Masker dan pelindung mata, atau pelindung wajah dipakai untuk mencegah pajanan pada mukosa mulut, hidung
- (c) Jubah atau celemek dipakai pada tindakan yang dapat menimbulkan percikan atau tumpahan darah atau cairan tubuh
- (d) Menyediakan *mouthpiece*, *resuscitation bag*, atau alat bantu nafas yang siap digunakan sewaktu-waktu sebagai pengganti resusitasi mulut kemulut ditempat dimana resusitasi sering dilakukan.

b) Peran perawat dalam pemberian terapi ARV

Peran perawat sangat penting dalam memperhatikan pasien HIV/AIDS dalam mengkonsumsi terapi ARV, perawat harus memastikan pasien mengetahui manfaat penggunaan terapi ARV, Efektifitas obat ARV, Kapan ARV dimulai, Cara pemilihan obat pada pasien HIV karena pasien lebih gampang mengingat mengkonsumsi obat pada saat makan untuk itu perlu peranan perawat dalam memilah waktu pasien dalam mengkonsumsi ARV berdasarkan pola hidup dan kegiatan, efek samping terapi ARV, yang paling utama kesanggupan pasien dalam berkomitmen untuk terus mengkonsumsi terapi ARV seumur hidup atau *adherence* pasien

(a) Pemenuhan Nutrisi

Pasien HIV/AIDS membutuhkan vitamin dan mineral dalam jumlah yang lebih banyak dari yang biasanya diperoleh dalam makanana sehari-hari karena berfungsi untuk meningkatkan daya tahan tubuh dalam melawan virus HIV yang berkembang didalam tubuh pasien. Sebagian pasien HIV/AIDS akan mengalami defisiensi vitamin sehingga memerlukan makanan tambahan (New Mexico AIDS INfonet, 2004 & Falma Foundation, 2004).

(b) Aktivitas dan istirahat

Pasien HIV/AIDS selain memperhatikan pemenuhan nutrisi juga memperhatikan aktivitas olahraga. Olahraga yang teratur menimbulkan adaptasi organ tubuh yang mnyehatkan dan menghasilkan perubahan pada jaringan, sel, dan protein pada sistem imun (Simon,1998). Selain olah raga aktivitas dalam melakukan kegiatan yang positif membantu pasien dalam menghindari timbulnya stress. Istirahat yang cukup sangat membantu mempertahankan daya tahan tubuh pasien dengan HIV/AIDS.

b. Psikologis

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien HIV/AIDS dari segi psikologis perawat memperhatikan strategi coping yang digunakan individu, perawat berusaha sehingga pasien mampu menggunakan strategi coping yang

positif dalam menerima kondisinya. Apabila mekanisme koping berhasil maka orang tersebut akan dapat beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi. Mekanisme koping dapat dipelajari sejak awal timbulnya stressor sehingga individu tersebut dampak dari stressor tersebut (Carlson,1994). Kemampuan koping individu tergantung dari temperamen, persepsi dan kognisi serta latar belakang budaya/norma tempatnya dibesarkan (Carlson, 1994).

c. Sosial

Pasien HIV apalagi yang baru mengetahui terinfeksi HIV sangat membutuhkan dukungan dari lingkungan sekitar seperti keluarga, teman, atasan, konselor, masyarakat, terutama pelayan kesehatan dalam melanjutkan hari-harinya kedepan. Dukungan sosial terdiri atas informasi atau nasihat verbal dan atau nonverbal, bantuan nyata atau tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial atau didapat karena kehadiran mereka dan mempunyai manfaat emosional atau efek perilaku bagi pihak penerima (Gottlieb, 1983). Jenis dukungan sosial menurut House dalam Depkes (2002) adalah a) Dukungan emosional, b) Dukungan Penghargaan, c) Dukungan Instrumental mencakup bantuan langsung, d) Dukungan informatif. (Nursalam,2008). Kemudahan pasien HIV dalam mendapatkan fasilitas pelayanan kesehatan dan perawatan yang tidak membedakan dengan pasien lain akan membantu dalam mengurangi laju pertumbuhan jumlah pasien HIV/AIDS karena mereka tidak akan merasa malu lagi untuk mengakui status HIV nya.

d. Spiritual

Asuhan keperawatan pada aspek spiritual ditekankan pada penerimaan pasien terhadap sakit yang dideritanya (Ronaldson, 2000). Sehingga pasien dengan HIV dapat menerima dengan ikhlas terhadap status HIV nya dan mampu melanjutkan kehidupan selanjutnya. Dalam hal ini asuhan keperawatan yang dapat diberikan adalah :

- a) Menguatkan harapan yang realistis pada pasien terhadap peningkatan daya tahan tubuhnya, karena harapan akan mampu membuat pasien mempunyai harapan dalam menatap masa depan

- b) Berpikiran positif, perawat selalu berusaha untuk meningkatkan pasien HIV untuk berpikiran positif terhadap kondisinya. Dengan begitu diharapkan pasien lebih mendekatkan diri kepada sang Khalik.
- c) Ketabahan hati, individu yang memiliki kepribadian yang kuat akan mempunyai ketabahan hati dalam menghadapi cobaan dan menentukan pilihan dalam kehidupannya, karena dibalik semua cobaan akan ada hikmahnya.

2.3.2 Evaluasi

Asuhan keperawatan yang benar akan memperlihatkan hasil yang maksimal pada pasien HIV/AIDS. Kondisi Biologis pasien dapat diminimalkan, Pasien mampu mengatasi dan menerima kondisinya dengan koping yang positif, pasien mampu berinteraksi dengan lingkungannya, mampu menjalankan perannya sebagai pencari nafkah, ibu rumah tangga, Mahasiswa, ataupun peran lainnya sehingga mampu membuat hidup mereka lebih berarti di masyarakat dan meningkatkan kondisi ekonomi mereka kembali, tidak malu lagi dalam mengakui status HIV positifnya, mau datang ke layanan kesehatan serta lebih mendekatkan diri kepada sang pencipta serta berperilaku hidup sehat.

2.4 HIV/AIDS

2.4.1 Pengertian

AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus yaitu HIV (*Human Immunodeficiency Virus*). Pada umumnya AIDS disebabkan oleh HIV-1, dan beberapa kasus seperti di Afrika tengah disebabkan oleh HIV-2 yang merupakan homolog HIV-1. Keduanya merupakan virus yang menginfeksi sel CD4 yang memiliki reseptor yang memiliki afinitas tinggi untuk HIV, makrofag (Baratawidjaya, 2010)

2.4.2 Cara Penularan

Transmisi virus terjadi melalui cairan tubuh yang terinfeksi virus HIV. HIV masuk ke dalam tubuh manusia melalui 3 cara yaitu :

- a. Secara vertikal yaitu dari ibu yang terinfeksi HIV keanak (selama mengandung, persalinan, menyusui)
- b. Secara transeksual (homoseksual maupun heteroseksual)
- c. Secara horizontal yaitu kontak antar darah atau produk darah yang terinfeksi (asas sterilisasi kurang diperhatikan seperti tato, suntik, pemeriksaan gigi, transfusi) (Nasronudin, 2007).

2.4.3 Derajat Berat Infeksi HIV dan AIDS

Sesuai ketentuan WHO melalui stadium klinis pada orang dewasa serta klasifikasi klinis dan CD4 dari CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) :

- a. Stadium Klinis
 - a) Stadium Klinis I, Penampilan/aktivitas fisik skala I biasanya asimtomatis dan aktivitas normal disertai limfadenopati persisten generalisata.
 - b) Stadium Klinis II, dengan atau penampilan/aktivitas fisik skala II : Simptomatis dan aktivitas normal, dengan gejala; penurunan berat badan, tetapi <10% dari berat badan sebelumnya, manifestasi mukokutaneus minor (dermatitis seboroic, prurigo, infeksi jamur pada kuku, ulserasi mukosa oral berulang, cheilitis angularis), herpes zoster, dalam 5 tahun terakhir, infeksi berulang pada saluran pernafasan atas.
 - c) Stadium III , Dengan atau penampilan/aktivitas fisik skala 3 : lemah berada ditempat tidur, < 50% perhari dalam bulan terakhir, dengan gejala; Penurunan Berat Badan >10%, diare kronis dengan penyebab tidak jelas, >1 bulan, demam dengan sebab yang tidak jelas (intermittent atau tetap) > 1 bulan, kandidiasis oris, oral hairy leukoplakia, TB pulmoner dalam satu terakhir, infeksi bacterial berat (misal : pneumonia piomiositis).
 - d) Stadium IV , dengan atau penampilan aktivitas/ fisik skala 4 : selalu berada ditempat tidur > 50% per hari dalam bulan terakhir, HIV wasting syndrome, sesuai dengan yang ditetapkan CDC, PCP, ensephalitis Toxoplasmosis, diare karena cryptosporidiosis >1 bulan, cryptococcosis ekstrapulmoner, infeksi virus sitomegalo, infeksi herpes simplek > 1 bulan, berbagai infeksi jamur barat (histoplasma, coccidiloidomycosis),

kandidiasis esophagus, trachea atau bronchus, mikobakteriosis stypical, salmonellosis non tifoid disertai septicemia, TB ekstrapulmoner, limfoma maligna, sarcoma Kaposi's, ensefalopati HIV (Nasronudin, 2007)

b. Kategori Klinis

a) Kategori Klinis A

Pasien HIV/AIDS dengan kategori klinis A mengalami infeksi HIV asimtomatis, limfadenopati generalisata yang menetap, infeksi HIV akut primer dengan penyakit penyerta atau adanya riwayat infeksi HIV akut.

b) Kategori klinis B

Kategori Klinis B, terdiri atas kondisi yang tidak termasuk dalam kategori C dan memenuhi paling kurang satu dari keadaan angiomatosis, kandidiasis orofaringeal, kandidiasis vulvovaginal, displasia servikal, demam 38,5°C atau diare lebih 1 bulan, herpes zoster, ITP, penyakit radang panggul, neuropati perifer.

c) Kategori klinis C

Pada kondisi kategori klinis C mengalami kandidiasis oral pada bronchus trakea dan paru, kandidiasis esophagus, kanker leher rahim, coccidioidomycosis yang menyebar atau diparu, kriptokokosis ekstrapulmoner, retinitis virus sitomegalo, ensefalopati HIV, herpes simplek, ulkus kronis lebih satu bulan, histoplasmosis sistemik atau ekstrapulmoner, sarcoma kaposi, limfoma imunoblastik, limfoma primer di otak, TB di berbagai tempat, PCP, pnemoni berulang, septicemia salmonella berulang, toksoplasmosis ensefalitis, HIV wasting syndrome (penurunan berat badan lebih 10 % disertai diare kronis lebih 1 bulan atau demam lebih 1 bulan yang bukan disebabkan penyakit lain)

Tabel 2.1 Klasifikasi Klinis dan CD4 orang Dewasa menurut CDC

| Limfosit CD 4 | Kategori A (Asintomatis, Infeksi Akut) | Kategori B (Simtomatis) | Kategori C (AIDS) |
|--------------------------------|--|----------------------------|----------------------|
| > 500 sel/mm ³ | A1 | B1 | C1 |
| 200-499 sel/mm ³ | A2 | B2 | C2 |
| <200/mm ³ | A3 | B3 | C3 |

(Sumber : Smeltzer & Bare, 2002)

2.4.4 Sasaran penyebaran dalam pencegahan HIV/AIDS :

Sasaran penyebaran dalam pencegahan HIV/AIDS terdiri atas kelompok rentan, kelompok berisiko tertular dan kelompok tertular, yang dapat dijelaskan sebagai berikut ;

a. Kelompok rentan

Kelompok rentan adalah kelompok masyarakat yang karena lingkup pekerjaan, lingkungan, rendahnya ketahanan keluarga dan rendahnya kesejahteraan keluarga, status kesehatan, sehingga mudah tertular HIV. Kelompok tersebut seperti : orang dengan mobilitas tinggi, perempuan remaja, anak jalanan, orang miskin, ibu hamil, penerima transfusi darah.

b. Kelompok berisiko tertular

Kelompok berisiko tertular adalah kelompok masyarakat yang berperilaku risiko tinggi seperti penaja seks dan pelanggannya, penyalahgunaan narkoba Suntik, dan narapidana.

c. Kelompok tertular

Kelompok tertular adalah kelompok masyarakat yang sudah terinfeksi HIV yang memerlukan penanganan khusus untuk mencegah kemungkinan penularan dengan orang lain.

2.4.5 Penatalaksanaan pada pasien HIV/AIDS

Penatalaksanaan pada pasien HIV/AIDS sangat dipengaruhi oleh kepatuhan dalam mengkonsumsi terapi Anti Retroviral. Selain itu juga diperlukan dukungan psikososial dan spiritual serta pemenuhan nutrisi, Hal ini dapat dilihat dalam penjabaran sebagai berikut :

a. Pengobatan Anti Retroviral (ARV)

Obat Anti Retroviral bekerja untuk menghambat replikasi virus dalam tubuh pasien HIV/AIDS. Saat yang paling tepat untuk memulai terapi ARV sebelum pasien jatuh sakit atau munculnya infeksi oportunistik yang pertama. Perkembangan penyakit akan lebih cepat apabila terapi ARV dimulai pada saat $CD4 < 200/mm^3$ dibandingkan bila terapi dimulai pada CD4 di atas jumlah tersebut (Depkes, 2007).

Tujuan pemberian terapi antiretroviral (ARV) adalah untuk menurunkan HIV RNA menjadi dibawah 5000 Copies/ μ U1 dan peningkatan CD4 diatas 500cell/ μ l, Pemberian terapi ARV akan memperlambat perkembangan HIV dan mencegah infeksi oportunistik (Lewis, Heirkemper & Dirksen, 2000).

Cara kerja obat antiretroviral adalah menghambat replikasi HIV.

Rekomendasi WHO dalam pemberian ARV adalah kombinasi 3 obat ARV yaitu :

- a) Golongan *Nucleosida Reverse Transcriptase Inhibitor* (NRTI). Obat ini dikenal sebagai analog *nukleosida* yang menghambat proses perubahan RNA virus menjadi DNA. Proses ini diperlukan agar virus dapat bereplikasi. Obat dalam golongan ini termasuk *zidovudine* (ZDV atau AZT), *lamivudine* (3TC), *didanosine* (ddI), *zalcitabine* (ddC), *stavudine* (d4T) dan *abacavir* (ABC).
- b) Golongan *Non-Nucleosida Reverse Transcriptase Inhibitor* (NNRTI). NNRTI merupakan kombinasi dari *analog nukleosida* dan *protease inhibitor* (PI). Obat dalam golongan ini termasuk *nevirapine* (NVP), *efavirenz* (EFV), dan *delavirdine* (DLV).
- c) Golongan *Protease Inhibitor* (PI). Obat ini bekerja menghambat *enzim protease* yang memotong rantai panjang asam amino menjadi protein yang lebih kecil. PI bereaksi dengan protease yang menghambat kerja enzim dan menyebabkan produksi virus menjadi tidak matang. Obat dalam golongan ini termasuk *indinavir* (IDV), *nelfinavir* (NFV), *saquinavir*

(SQV), *ritonavir* (RTV), *amprenavir* (APV), dan *Iopinavir/ritonavir* (LPV/r).

- d) Golongan *Entry Inhibitor* : *enfuvirtide* (*fuzeon*) berfungsi untuk mencegah masuknya HIV ketarget sel dengan cara berikatan dengan amplop protein disekitar virus. Obat ini saat berikatan dengan virus mengakibatkan virus tidak bisa berikatan dengan membran sel (Covington, 2005 dalam Lemone & Burke, 2008).

Obat ARV mempunyai Keterbatasan diantaranya, tidak dapat membunuh virus dan harus diminum seumur hidup. Pemberian obat ARV efektif pada sebagian besar, tetapi tidak pada semua pasien. prognosis jangka panjang karena belum diketahui dampak yang akan terjadi jika obat diminum terus menerus. mempunyai efek samping ringan maupun berat sehingga mempengaruhi kepatuhan dan akan menimbulkan resistensi ARV pada pasien HIV/AIDS. Selama pasien memakai ARV penularan akan tetap terjadi bila melakukan kegiatan berisiko.

Tingkat keberhasilan pengobatan dengan ARV tergantung dari respon individual dan kepatuhan pasien. Beberapa indikator keberhasilan pengobatan ARV diantaranya meningkatnya berat badan, tidak mengalami infeksi oportunistik dan peningkatan CD4 yang diperiksa 3-6 bulan setelah terapi (Depkes, 2003).

b. Dukungan Psikososial Dan Spiritual.

Perawat memiliki peran yang sangat besar dalam penatalaksanaan pasien HIV/AIDS yaitu sebagai konselor sehingga pasien HIV/AIDS. Konseling dalam HIV/AIDS menyediakan dukungan psikologis, informasi dan pengetahuan HIV/AIDS, mencegah penularan HIV, mempromosikan perubahan perilaku yang bertanggungjawab, pengobatan ARV dan memastikan pemecahan berbagai masalah terkait dengan HIV/AIDS (Depkes, 2007). Selain masalah psikologis spiritual pasien menjadi penting untuk diintervensi. Kesehatan spiritual merupakan keharmonisan antara diri individu dengan orang lain, alam dan kehidupan tertinggi (Hungelmann et al, 1985).

c. Dukungan Nutrisi

Pada pasien terinfeksi HIV sering mengalami gangguan asupan nutrient yang menyebabkan menurunnya fungsi biologis tubuh. Hal tersebut disebabkan karena antiretroviral hanya mampu mengurangi kepadatan virus dalam tubuh penderita tetapi tidak mampu menanggulangi pengaruh *reactive oxygen species*. Pemenuhan metabolisme pokok yaitu karbohidrat, protein, lemak dan juga mengandung 3 imonutrien utama yaitu arginin, glutamine, serta fish oil yang mempunyai dampak positif terhadap fungsi imunologis juga diperlukan Vitamin E, vitamin c dan betakaroten.

2.5 Peran Perawat Spesialis

Perawat klinik spesialis selama bertahun-tahun perannya semakin berkembang, yang tujuannya untuk mempertahankan keahlian dalam praktek klinis, untuk menyediakan perawatan pasien langsung untuk kondisi pasien yang kompleks, dan untuk meningkatkan perawatan pasien melalui pengembangan staf perawat dalam keterampilan klinis dan pengambilan keputusan (Sparacino, 2005). Dengan memberikan perawatan khusus, perawat klinik spesialis mempunyai kemampuan untuk menilai kualitas pelayanan yang diterima oleh populasi yang spesifik dan efek perubahan dalam proses perawatan (Sparacino, 2005). Praktek klinis perawat spesialis harus menghasilkan perbaikan dari hasil klinis, kepuasan konsumen, alokasi sumber daya, pengembangan staf, tim kolaborasi dan efisiensi (Sparacino, 2005).

Sebagai konsultan, fungsi perawat spesialis sebagai ahli konten dan memberikan alternatif solusi untuk masalah klinis atau sistem dalam pengaturan praktek (Sparacino, 2005). SSP juga dapat berfungsi sebagai sumber daya untuk perawat staf, menawarkan informasi untuk membantu dalam pengambilan keputusan (Sparacino, 2005).

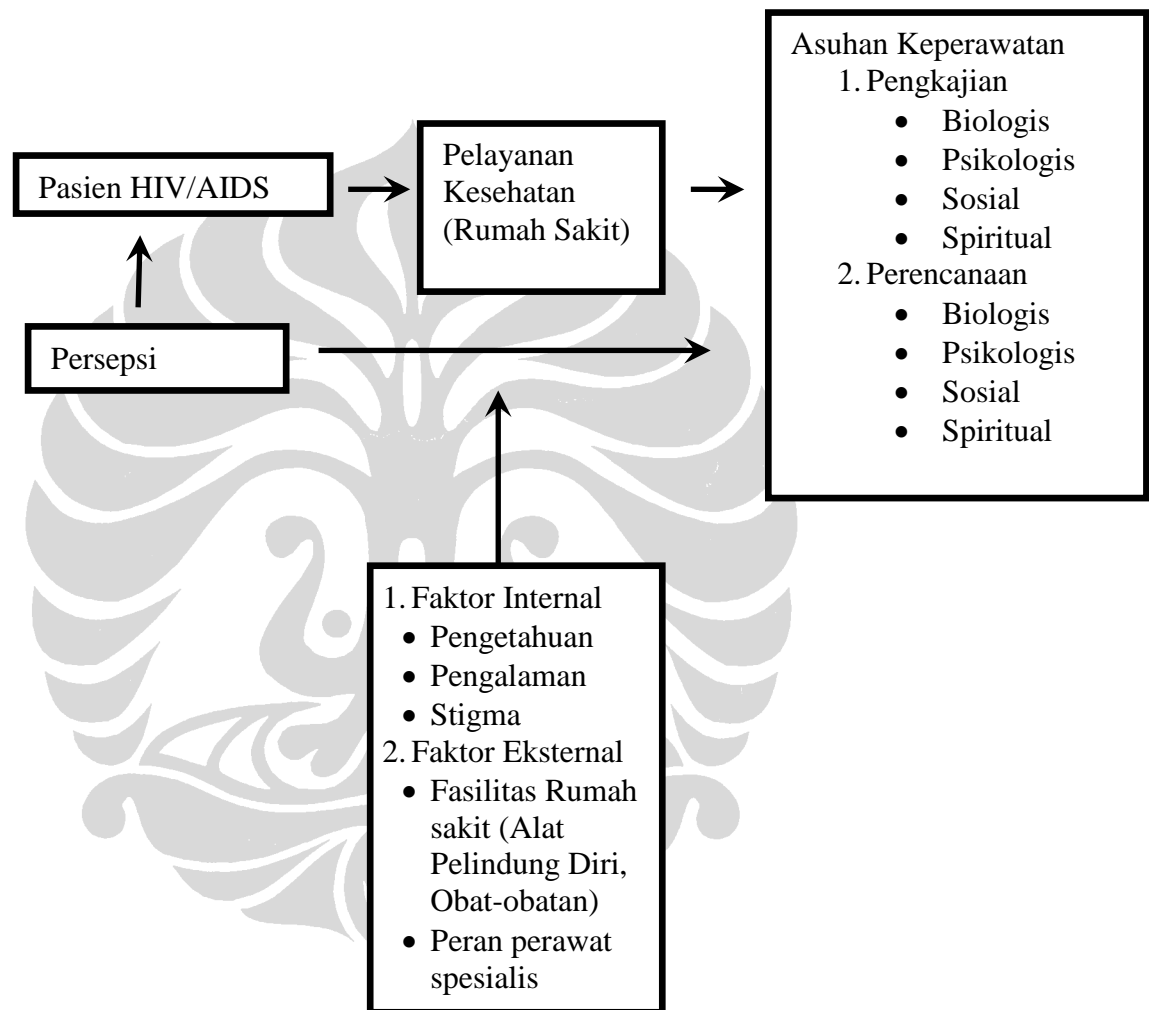
Kepemimpinan merupakan bagian integral dari peran perawat spesialis karena mereka memiliki tanggung jawab untuk inovasi dan perubahan dalam proses perawatan (Sparacino, 2005). Dengan kepemimpinan dan pengaruh yang ada pada perawat spesialis, strategi perubahan terbentuk, sehingga meningkatkan praktek

keperawatan dan perawatan pasien (Sparacino, 2005). Perawat spesialis dapat mengidentifikasi kebutuhan perubahan dan memimpin pembangunan/proses pelaksanaan prosedur baru, pedoman atau klinis jalur (Sparacino, 2005).

Peran mengajar perawat spesialis tergantung pada teknis, klinis dan interpersonal kompetensi praktisi (Sparacino, 2005). Perawat spesialis bertindak sebagai panutan bagi staf dengan mempertahankan fokus perawatan pada peningkatan praktek klinis dan mengintegrasikan pengetahuan yang baru dalam praktek, mengembangkan kemampuan perawat, dan meningkatkan akuntabilitas dan otonomi (Sparacino, 2005). Perawat spesialis juga memiliki tanggung jawab untuk berfungsi sebagai mentor, dengan berbagi pengetahuan yang luas, baik dalam kelas klinis atau pengaturan (Sparacino, 2005).

Sebagai peneliti perawat spesialis memiliki tanggung jawab untuk memperbaiki praktek keperawatan, dan ini mungkin dilakukan dengan penelitian ilmiah, pemanfaatan riset atau melakukan riset (Sparacino, 2005). Peran perawat spesialis termasuk menganalisa dan mengevaluasi penelitian dan menerapkan temuan untuk praktek yang sebenarnya (Sparacino, 2005). *Evidence based practice* direalisasikan dalam prosedur, kebijakan dan materi pendidikan dan perawat spesialis dapat memfasilitasi integrasi dari *evidence* dalam praktek (Sparacino, 2005). Peran perawat spesialis adalah salah satu yang usaha untuk memberikan peningkatan pengetahuan dan praktek keperawatan, hasil pasien dan sistem agen. perawat spesialis berfokus pada konsultasi dalam system.

Skema 2.2 Kerangka Teori



(Sumber : Baratawidjaya, 2010; Nasronudin, 2007; smeltzer 2002)

BAB 3

METODE PENELITIAN

Bab ini akan mendeskripsikan tentang rancangan penelitian yang akan digunakan untuk menggali persepsi perawat tentang asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien HIV/AIDS. Rancangan penelitian yang akan dibahas diantaranya desain penelitian, populasi dan sampel, tempat dan waktu penelitian, pertimbangan etik, teknik pengambilan sampel, cara pengumpulan data, instrument pengumpulan data, pengolahan data, analisis data dan *trustworthinnes of the data*.

3.1 Rancangan Penelitian

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian kualitatif dengan menggunakan pendekatan fenomenologi. Penelitian kualitatif merupakan metode-metode untuk mengeksplorasi dan memahami makna yang dianggap berasal dari masalah sosial (Creswell, 2010). Menurut Denzin dan Lincoln 2005 dalam Wood dan Haber, 2010, penelitian kualitatif mempelajari suatu kondisi alami, memahami atau menafsirkan, dan mengungkapkan makna dari fenomena manusia setiap hari.

Pendekatan fenomenologi merupakan strategi penelitian dimana didalamnya peneliti mengidentifikasi hakikat pengalaman manusia tentang suatu fenomena tertentu (Creswell, 2010). Fenomenologi adalah ilmu yang tujuannya menggambarkan fenomena tertentu, atau tampilan hal, sebagai pengalaman hidup (Speziale & Carpenter, 2003). Adapun jenis fenomenologi yang digunakan dalam penelitian ini adalah fenomenologi deskriptif.

Fenomenologi deskriptif merangsang persepsi kita akan pengalaman hidup yang menekankan kekayaan, keluasan, dan kedalaman dari pengalaman perawat terhadap persepsi perawat tentang asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien HIV. Melalui penelitian ini peneliti ingin mengeksplorasi lebih dalam terhadap persepsi perawat tentang asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien HIV/AIDS

Fenomenologi deskriptif menurut Spielberg (1975 dalam Speziale & Carpenter, 2003) memiliki tiga tahapan yaitu : *Intuiting, analyzing dan describing*. Tahapan *intuiting*, merupakan langkah awal peneliti untuk dapat menyatukan secara keseluruhan fenomena yang sedang diamati atau diteliti. *Intuiting* memerlukan konsentrasi mental yang memungkinkan seorang peneliti untuk melihat, mendengar, dan sensitif terhadap setiap aspek dari fenomena (Asih, 2005). Pada tahap ini peneliti sebagai alat penelitian akan mengamati, mendengarkan setiap ungkapan perawat melalui proses wawancara, mempelajari data yang dideskripsikan, mengulang kembali serta memahami fenomena yang disampaikan oleh perawat terhadap persepsi perawat tentang asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien HIV/AIDS.

Tahapan *analyzing*, proses identifikasi yang melibatkan esensi atau elemen dasar dan pola hubungan dari fenomena yang diselidiki berdasarkan data yang diperoleh dan bagaimana data disajikan (Speziale & Carpenter, 2003). Dalam proses analisis peneliti mengidentifikasi tema-tema, arti dan makna persepsi perawat tentang asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien HIV/AIDS, Peneliti akan menelaah data secara berulang-ulang untuk meyakinkan keaslian dan keakuratan deskripsi partisipan.

Tahap *Describing*, peneliti mengkomunikasikan dan menggambarkan secara tertulis dalam bentuk narasi yang luas dan mendalam, tentang deskripsi, verbal, kejelasan dan elemen atau esensi yang kritical dari sebuah fenomena (Speziale & Carpenter, 2003). Tahap ini Peneliti mendeskripsikan elemen kritis atau esensi dari persepsi perawat tentang asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien HIV/AIDS sehingga didapatkan pemahaman yang mendalam tentang fenomena yang dialami perawat.

3.2 Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah perawat yang merawat pasien HIV/AIDS di RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta. Pengambilan sampel dalam populasi

tersebut menggunakan teknik *purposive sampling* yaitu sampel yang memiliki karakteristik sesuai dengan maksud & tujuan penelitian. (Speziale & Carpenter, 2003, Wood & Haber, 2010). Sampel adalah bagian dari populasi, merupakan sebagian besar dari perawat yang merawat pasien dengan HIV/AIDS yang akan dipilih dalam penelitian ini. Dalam penelitian kualitatif, sampel disebut sebagai partisipan, narasumber atau informan.

Ciri sampel adalah memiliki informasi yang dibutuhkan, memiliki kemampuan menceritakan pengalamannya atau memberikan informasi yang dibutuhkan, benar-benar terlibat dengan gejala, peristiwa, masalah itu dalam arti mereka mengalaminya secara langsung, bersedia ikut serta diwawancara, rela dan bersedia akan keterlibatannya (Raco, 2010). Berdasarkan hal tersebut Karakteristik sampel yang akan diambil dari penelitian ini adalah : bersedia menjadi partisipan selama proses penelitian berlangsung, pendidikan minimal D3 keperawatan karena tingkat pengetahuan yang lebih tinggi mempengaruhi seseorang dalam mengatasi masalah (Briggs, 2003), sehat jasmani dan rohani, sudah pernah melakukan perawatan langsung kepada klien dengan HIV/AIDS, dan mampu menceritakan kembali persepsinya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien HIV/AIDS.

Menurut Dukes 1984 dalam Creswell 1998, jumlah partisipan dalam penelitian kualitatif adalah 3 sampai 10 orang, tetapi jika saturasi telah tercapai dimana tidak ada lagi informasi baru yang didapatkan pada pertanyaan yang sama maka pengambilan data dapat dihentikan dan jumlah partisipan tidak ditambah. Dari beberapa penelitian yang dilakukan pada studi fenomenologi sebelumnya dapat dijadikan rujukan dalam menentukan jumlah partisipan dalam penelitian ini. Penelitian Setyoadi (2010) tentang pengalaman ODHA mendapatkan dukungan sosial dalam menjalani kehidupan sehari-hari di Malang Raya didapatkan saturasi pada partisipan ke 8, Penelitian Collein, I (2010) tentang makna spiritualitas pada pasien HIV/AIDS dalam konteks asuhan keperawatan di RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta pencapaian saturasi didapatkan pada partisipan ke 7, Nurhefi, (2009) tentang pengalaman perawat dalam menjalani terapi antiretroviral

profilaksis pasca pajanan HIV saturasi didapatkan pada partisipan ke 4, Hayati, S, (2009) tentang pengalaman perawat dalam merawat ibu HIV positif dengan seksio sesarea di rumah sakit gunung jati Cirebon didapatkan saturasi pada partisipan ke 5. Dengan demikian berdasarkan dari penelitian diatas, dalam penelitian ini peneliti juga akan merencanakan jumlah partisipan 3-10 orang atau sampai saturasi terjadi.

Pada saat penelitian, peneliti dengan bantuan pembimbing lapangan yaitu kepala ruangan mendapatkan 10 calon partisipan. Dari 10 partisipan 2 orang menolak dilakukan wawancara, 2 orang mau diwawancara tapi kemudian memutuskan mundur sebelum dilakukan wawancara dengan alasan masih banyak kegiatan keperawatan walaupun peneliti sudah menyatakan bisa dilakukan wawancara diwaktu partisipan bebas dari kegiatan keperawatan namun partisipan tetap menolak untuk menjadi partisipan. Sehingga dalam penelitian pada saat wawancara telah dilakukan saturasi terjadi pada partisipan ke 5, tapi untuk lebih meyakinkan peneliti menambah 1 orang partisipan lagi sehingga total menjadi 6 partisipan. Hal ini diketahui berdasarkan jawaban yang diberikan partisipan merupakan pengulangan dari jawaban partisipan yang sebelumnya.

3.3 Tempat Penelitian dan Waktu Penelitian

Tempat penelitian yang awalnya direncanakan akan dilakukan pada dua rumah sakit yang terdiri dari satu rumah sakit umum pusat nasional yaitu RSUPN. Cipto Mangunkusumo yang merupakan rumah sakit rujukan nasional pasien HIV/AIDS dan terdapatnya klinik khusus pasien HIV/AIDS dan RS. Kramat 128 yang merupakan salah satu rumah sakit swasta rujukan yang merawat pasien dengan HIV/AIDS tidak dapat dilaksanakan karena RS.Kramat 128 tidak mengizinkan peneliti melakukan penelitian dengan alasan belum adanya bidang khusus penanganan tentang penelitian. Penelitian akhirnya dilakukan hanya di RSUPN. Cipto Mangunkusumo.

Waktu penelitian diawali dengan penyiapan proposal yang dimulai sejak bulan Januari sampai April yang diujikan pada minggu ke tiga April 2011, pengambilan

data dimulai pada bulan Mei sampai awal juni 2011 sedangkan analisa data dilakukan minggu ke 2 ke empat juni 2011.

3.5 Pertimbangan Etik

Pertimbangan etik digunakan untuk melindungi partisipan dari hal yang akan merugikan partisipan. Pertimbangan etik dalam penelitian menurut Wood dan Harber (2010), menyebutkan lima prinsip etik yang dipakai dalam penelitian kualitatif yaitu *Self determinant, Privacy and dignity, Anonymity dan Confidentiality, Fair Treatment/justice dan to protection from discomfort dan harm*. Prinsip etik tersebut tergabung didalam pertimbangan etik berdasarkan Pedoman Nasional Etik Penelitian Kesehatan (PNEPK) tahun 2004. PNEPK ini terdiri atas tiga prinsip yaitu menghormati seseorang (*Respect for persons*), Kemanfaatan (*Beneficence*), dan Keadilan (*justice*).

a. *Respect for persons*

Berdasarkan prinsip etik partisipan harus diperlakukan sebagai individu yang memiliki suatu otonomi berupa kebebasan memilih tanpa adanya tekanan dari siapapun. Adapun dalam penelitian ini Peneliti memberi kesempatan dan kebebasan kepada partisipan sebagai perawat yang merawat pasien HIV/AIDS untuk menentukan apakah bersedia atau tidak untuk menjadi partisipan dalam penelitian ini. Peneliti akan menghormati dan menghargai keputusan tersebut. Peneliti memberi hak pilihan dan privacy kepada partisipan dan peneliti tidak akan memaksa calon partisipan. dalam kegiatan penelitian. (Wood & Haber, 2010).

Pada penelitian ini partisipan diberi penjelasan tentang penelitian dan diberi kebebasan untuk bersedia atau tidak bersedia ikut serta dalam penelitian ini secara sukarela. Data yang terkumpul dijamin kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Apabila dalam proses penelitian partisipan menyatakan keberatan maka partisipan dipersilakan untuk mengundurkan diri. Untuk memenuhi hak partisipan ini peneliti memberikan *informed consent* kepada partisipan dengan menandatangani setelah

diberikan penjelasan tentang tujuan penelitian, prosedur penelitian, durasi keterlibatan partisipan dan hak-hak partisipan.

b. *Beneficence*

Berdasarkan prinsip *anonymity* peneliti melakukan interview hanya dengan partisipan (*One to one*). Pada saat penelitian dua partisipan mengizinkan untuk dilanjutkan wawancara pada saat ada teknisi AC dan dokter masuk ke dalam ruangan dan satu partisipan meminta dihentikan wawancara dan dilanjutkan esok harinya. Pada penelitian ini peneliti memberikan kebebasan kepada partisipan untuk memilih waktu dan tempat wawancara sesuai kesepakatan antara partisipan dan peneliti. *Confidentiality* berarti identitas partisipan tidak akan di sampaikan dan tidak akan dipublikasikan (Creswell, 2010). Pada penelitian ini untuk menjaga kerahasiaan partisipan (*Anonimity*) selanjutnya setiap partisipan diberi kode partisipan dengan kode P1, P2 dan seterusnya untuk mencegah diketahuinya informasi yang diberikan oleh partisipan.

Penerapan *confidentiality* dilakukan dengan memberikan penjelasan kepada partisipan bahwa identitas serta alamat partisipan akan dirahasiakan. Peneliti menjelaskan akan menggunakan *handphone* untuk merekam semua pembicaraan selama wawancara sebagai dokumentasi. Hasil wawancara akan disimpan dalam bentuk rekaman dan transkrip diberikan kode partisipan dengan kode P1, P2 dan seterusnya. Selanjutnya ditransfer dalam komputer pada file khusus dengan kode partisipan. Semua data hanya dapat dibuka oleh peneliti untuk kepentingan penelitian.

c. *Justice*

Berdasarkan prinsip etik *justice*, seseorang harus diperlakukan secara adil dan harus menerima sesuatu yang seharusnya partisipan dapatkan. Perlakuan adil adalah pemilihan partisipan secara adil dan perlakuannya selama penelitian. Hal ini termasuk pemilihan partisipan secara langsung dalam penelitian dengan kenyamanan dari partisipan itu sendiri. (Wood & Haber, 2010). Prinsip etik *justice* peneliti terapkan dengan memperlakukan partisipan serta reward yang diberikan secara adil tanpa adanya perbedaan.

3.6 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data meliputi cara pengumpulan data, prosedur pengumpulan data, dan alat pengumpulan data. Hal ini dijelaskan sebagai berikut :

a. Cara pengumpulan Data

Metode pengumpulan data pada penelitian ini dengan menggunakan metode wawancara mendalam (*indepth interview*) dan Observasi. Wawancara mendalam dilakukan untuk mengeksplorasi secara mendalam partisipan dan peneliti akan menangkap arti yang diberikan partisipan pada pengalamannya (Raco, 2010). Jenis wawancara yang akan dilakukan adalah wawancara semi terstruktur karena wawancara semi terstruktur mempermudah peneliti apabila ingin menanyakan lebih dalam pada subjek tertentu karena jenis ini iramanya jauh lebih bebas (Basrowi & Suwandi, 2008). Wawancara mendalam digunakan dalam penelitian ini untuk dapat mengeksplorasi secara mendalam makna dan arti persepsi perawat tentang asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien HIV/AIDS. Pertanyaan yang digunakan selama wawancara adalah semi terstruktur dengan pertanyaan terbuka menggunakan pedoman wawancara (lampiran 3).

Hal ini dilakukan agar selama wawancara informasi yang diberikan oleh partisipan tidak melebar dari fokus penelitian, namun sesekali peneliti menggunakan kalimat yang dapat mengarahkan partisipan dari maksud yang ingin disampaikan dari partisipan. Sebelum pelaksanaan penelitian peneliti meminta data demografi partisipan dan sudah pernah atau tidaknya partisipan mendapatkan pelatihan tentang HIV/AIDS. Wawancara sedianya akan dilakukan selama 60-90 menit (Wood, 2010), tapi dalam pelaksanaan peneliti hanya melakukan wawancara 30-60 menit karena pada pelaksanaan wawancara partisipan mampu menceritakan dengan lancar dan yang disampaikan oleh partisipan sudah melengkapi maksud dan tujuan dari penelitian tentang persepsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien HIV/AIDS.

Observasi kualitatif merupakan observasi yang didalamnya peneliti langsung turun ke lapangan untuk mengamati perilaku dan aktifitas individu di lokasi penelitian (Creswell, 2010) Metode ini digunakan untuk melihat dan mengamati secara langsung keadaan dilapangan agar peneliti memperoleh gambaran yang lebih luas tentang permasalahan yang diteliti (Basrowi & Suwandi, 2008). Pada penelitian ini metode observasi digunakan untuk melihat respon non verbal partisipan pada saat wawancara dan data dikumpulkan dalam bentuk catatan lapangan (*field notes*)(*lampiran 4*).

Dalam penelitian kualitatif peneliti juga mengumpulkan dokumentasi dalam bentuk materi audio dengan merekam hasil wawancara dengan menggunakan *Handphone*. Untuk menjaga hasil wawancara tetap terjaga keasliannya peneliti membuat catatan tangan (Creswell, 2010).

b. Prosedur pengumpulan data

a) Tahap persiapan

Prosedur pengumpulan data dimulai Setelah mendapatkan surat keterangan lulus uji etik dan surat ijin penelitian dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) (*lampiran 5*). Surat lulus uji etik dan surat ijin (*lampiran 6*) kemudian diserahkan ke RSUPN Cipto Mangunkusumo yang ditujukan kepada Direktur RSUPN Cipto Mangunkusumo tembusan ke bagian Litbang RSUPN Cipto Mangunkusumo. Peneliti kemudian mendapatkan ijin dari bagian Litbang RSUPN Cipto Mangunkusumo yang selanjutnya dianjurkan meminta ijin kepada kepala unit Gedung A. Setelah mendapatkan ijin penelitian dari rumah sakit yang akan dilakukan penelitian, selanjutnya peneliti menjelaskan dan mendiskusikan kepada penanggung jawab ruangan karakteristik partisipan yang sesuai kriteria penelitian dan meminta dukungan dan bantuan dari penanggung jawab ruangan dalam menyeleksi calon partisipan berdasarkan kriteria yang ditetapkan kemudian Peneliti melakukan pendekatan kepada calon partisipan yang terpilih.

Pendekatan kepada calon partisipan dimulai Peneliti dengan memberikan penjelasan (lampiran 1) kepada partisipan tentang maksud dari penelitian dan peneliti kemudian memberikan *Informed Consent* (lampiran 2) kepada partisipan. Setelah partisipan menandatangani serta menyetujui pelaksanaan menjadi partisipan peneliti kemudian menanyakan kepada partisipan kesediaan waktu partisipan untuk dilakukan wawancara.

Pada saat dilakukan kontrak untuk wawancara, partisipan langsung bersedia untuk dilakukan wawancara pada saat itu juga. Wawancara dilakukan setelah partisipan yakin kegiatan diruangan telah dilaksanakan, partisipan kemudian meminta ijin kepada ketua tim dan penanggung jawab ruangan untuk dilakukan wawancara. Setelah mendapatkan ijin partisipan mencari tempat yang nyaman dan *privacy* untuk dilakukan wawancara.

b) Tahap Pelaksanaan

Pada tahap ini wawancara dilakukan dengan tiga fase :

(a) Fase Orientasi

Fase orientasi dilakukan setelah partisipan menandatangani *informed consent* sebagai bukti persetujuan menjadi partisipan kemudian peneliti memulai wawancara ditempat yang disetujui oleh partisipan. Selama wawancara peneliti membuat suasana senyaman mungkin. Peneliti dan partisipan saling berhadapan dan jarak antara peneliti dengan partisipan cukup dekat yaitu lebih kurang 50 cm. Peneliti menyiapkan alat tulis dan *handphone*. *Handphone* diletakkan diruangan terbuka tepatnya diatas meja antara peneliti dan partisipan agar selama wawancara proses perekaman bisa berjalan dengan baik dan jelas. Saat telah terjalin rasa *trust* antara partisipan dengan peneliti dimana partisipan terlihat lebih terbuka, peneliti mulai melakukan wawancara mendalam.

(b) Fase Kerja

Wawancara mendalam dilakukan dengan mengajukan pertanyaan kepada partisipan “coba anda ceritakan persepsi anda tentang HIV/AIDS”. Pertanyaan tersebut digunakan sebagai jembatan untuk

memulai proses wawancara untuk masuk ke pertanyaan inti sesuai dengan pedoman wawancara (terlampir 3). Pedoman wawancara digunakan sebagai panduan wawancara yang berisi pertanyaan terbuka untuk menguraikan pertanyaan inti. Peneliti mengikuti arah jawaban yang diberikan oleh partisipan. Ketika partisipan tidak mampu memberikan informasi, peneliti mencoba memberikan ilustrasi yang hampir sama dengan pertanyaan peneliti kemudian mempersilakan kembali partisipan untuk menjawab pertanyaan peneliti.

Wawancara dilakukan selama 30-60 menit. Proses wawancara diakhiri jika setelah diperoleh informasi sesuai tujuan penelitian. Selama wawancara peneliti berusaha untuk tidak melakukan penilaian terhadap pemahaman yang dimiliki oleh partisipan sebelumnya. Selama wawancara peneliti menulis ungkapan non verbal partisipan yang penting dengan menggunakan catatan lapangan dengan tujuan melengkapi hasil wawancara sehingga tidak menghilangkan unsur kealamiah data. Catatan lapangan digunakan untuk mendokumentasikan non verbal dari partisipan, suasana lingkungan, ekspresi wajah selama wawancara berlangsung yang digabungkan pada transkrip.

Transkrip ini dilakukan secara kata perkata dan dilihat lagi keakuratannya dengan mendengarkan kembali hasil rekaman serta menggabungkan dengan catatan lapangan dan membaca berulang-ulang hasil transkrip. Hal ini dilakukan untuk keakuratan dari transkrip.

(c) Fase Terminasi

Proses wawancara akan diterminasi apabila partisipan telah menjawab semua pertanyaan. Peneliti menutup wawancara dengan mengucapkan terima kasih kepada partisipan atas kesediaan dan partisipasi partisipan dalam proses wawancara. Peneliti membuat kontrak

kembali untuk pertemuan selanjutnya dengan partisipan yaitu melakukan validasi data.

c) Tahap Terminasi

Tahap terminasi akhir dilakukan peneliti setelah semua partisipan memvalidasi hasil transkrip verbatim dan rekaman wawancara. Peneliti memastikan hasil transkrip verbatim maupun wawancara sudah sesuai dengan fakta. Peneliti melakukan terminasi akhir dengan partisipan dan mengucapkan terima kasih atas partisipasi partisipan telah ikut serta dalam proses penelitian dan menyampaikan bahwa proses penelitian telah selesai.

c. Alat pengumpul data

Dalam penelitian kualitatif alat penelitian utama adalah peneliti sendiri. Peneliti merupakan instrumen kunci karena peneliti bersifat *independent* (tidak memihak) dan tidak berpikir negatif kepada partisipan. Pengetahuan yang dimiliki oleh peneliti dikesampingkan selama proses wawancara dengan partisipan.

Peneliti sebagai alat utama dalam melakukan data, selama proses pengumpulan data peneliti akan menggunakan teknik komunikasi terapeutik dengan mendengarkan semua ungkapan partisipan, fokus selama kegiatan wawancara, tidak mengganggu fokus partisipan, memperhatikan proses nonverbal partisipan dan melakukan pencatatan penting selama wawancara. Alat bantu pengumpul data lainnya yang akan digunakan peneliti adalah pedoman wawancara, alat tulis, dan *handphone*. Pedoman wawancara adalah panduan wawancara yang tidak baku. Pedoman wawancara ini digunakan peneliti selama wawancara dengan tujuan sebagai panduan peneliti selama wawancara dengan tujuan memfokuskan kembali partisipan jika partisipan tidak fokus terhadap informasi yang disampaikannya sesuai dengan tujuan penelitian.

Respon nonverbal partisipan ditulis dengan menggunakan alat tulis. Tulisan ini kemudian digabung dengan hasil wawancara ke dalam transkrip. Hal ini bertujuan untuk mempermudah proses analisa data. *Handphone* digunakan

peneliti untuk merekam pembicaraan selama proses wawancara berlangsung antara partisipan dan peneliti sehingga tidak ada ungkapan-ungkapan dari partisipan yang terlewatkan.

Proses uji coba dilakukan peneliti dengan tujuan menguji kemampuan peneliti sebagai instrumen dalam melakukan wawancara mendalam untuk mengeksplorasi fenomena penelitian, kemampuan dalam proses wawancara, kelengkapan dalam penelitian serta kesulitan yang dialami peneliti selama proses penelitian. Hasil rekaman wawancara di ulang kembali dipindahkan dalam bentuk verbatim sebagai dokumentasi yang kemudian digabung dengan catatan lapangan dan dibuat dalam bentuk transkrip. Hasil uji coba transkrip di konsulkan kepada pembimbing untuk diminta saran dan masukannya

3.7 Pengolahan dan Analisis data

3.7.2 Pengolahan data

Proses pengolahan data dimulai dengan proses dokumentasi. Hasil wawancara yang direkam dalam *handphone* didengarkan berulang-ulang dan dipindahkan dalam bentuk verbatim yang kemudian digabung dengan catatan lapangan. Hasil verbatim dibuat dalam bentuk transkrip. Hasil transkrip dibaca berulang-ulang dan mendengarkan kembali hasil rekaman secara berulang untuk memastikan keakuratannya. Data kemudian dipindahkan ke dalam file khusus di komputer dan di lakukan *back up* dengan *flash disc* untuk menghindari kehilangan data.

Data yang telah terkumpul diberikan kode (*coding*). *Coding* dilakukan untuk memudahkan analisa data terhadap kata kunci dari partisipan satu dengan yang partisipan lainnya. *Coding* dilakukan dengan memberikan angka 1,2 dan seterusnya pada kata kunci dan member kode P1 pada partisipan 1, P2 pada partisipan 2 dan kepada partisipan selanjutnya. Hal ini dilakuan untuk membedakan antara transkrip masing-masing partisipan.

3.7.2 Analisa Data

Analisis data merupakan proses berkelanjutan yang membutuhkan refleksi terus menerus terhadap data, mengajukan pertanyaan-pertanyaan analitis, dan menulis

catatan singkat sepanjang penelitian (Creswell, 2010). Proses analisis data pada penelitian ini menggunakan metode Colaizzi 1978 (Creswell, 2010).

Tahapan yang akan dilakukan dimulai dengan tahap pertama yaitu : melakukan pengumpulan data dan membuat transkrip data dengan cara mendengarkan berulang-ulang hasil rekaman yang kemudian menyusun hasil wawancara dalam bentuk verbatim. Selanjutnya pada tahap kedua peneliti membaca berulang kali transkrip data yang ada sehingga peneliti dapat menemukan makna data yang signifikan dan memberikan garis bawah pada pernyataan-pernyataan penting partisipan.

Tahap ketiga menentukan kategori. Kategori merupakan proses yang rumit, disini peneliti harus mampu mengelompokkan data yang ada kedalam suatu kategori. Selanjutnya kategori yang sudah ada peneliti kelompokkan kedalam sub tema, dimana sub tema yang muncul peneliti kelompokkan lagi menjadi tema-tema yang potensial. Tahap kelima menulis laporan. Dalam penulisan laporan peneliti harus mampu menuliskan setiap frasa, kata dan kalimat serta pengertian secara tepat sehingga dapat mendeskripsikan data dan hasil analisa.

3.8 Trustworthinnes of Data/Validitas dan Reliabilitas

Validitas merupakan upaya pemeriksaan terhadap akurasi hasil penelitian dengan mengupayakan pemeriksaan terhadap akurasi hasil penelitian dengan memvalidasikan kembali hasil temuan kepada partisipan serta menanyakan kepada partisipan apakah deskripsi yang mendalam telah menggambarkan persepsi perawat. Reliabilitas mengindikasikan bahwa pendekatan yang digunakan peneliti konsisten jika diterapkan oleh oleh peneliti-peneliti lain dalam penelitian yang berbeda (Gibs 2007 dalam Creswell, 2010). Ada empat kriteria untuk memperoleh keabsahan data yaitu derajat kepercayaan (*credibility*), keteralihan (*transferability*), kebergantungan (*dependability*) dan kepastian (*confirmability*) (Guba dan Lincoln (1994) dalam Moleong, 2010).

Credibility dilakukan peneliti dengan menerapkan *member checking* untuk mengetahui akurasi hasil penelitian. *Member checking* dilakukan dengan

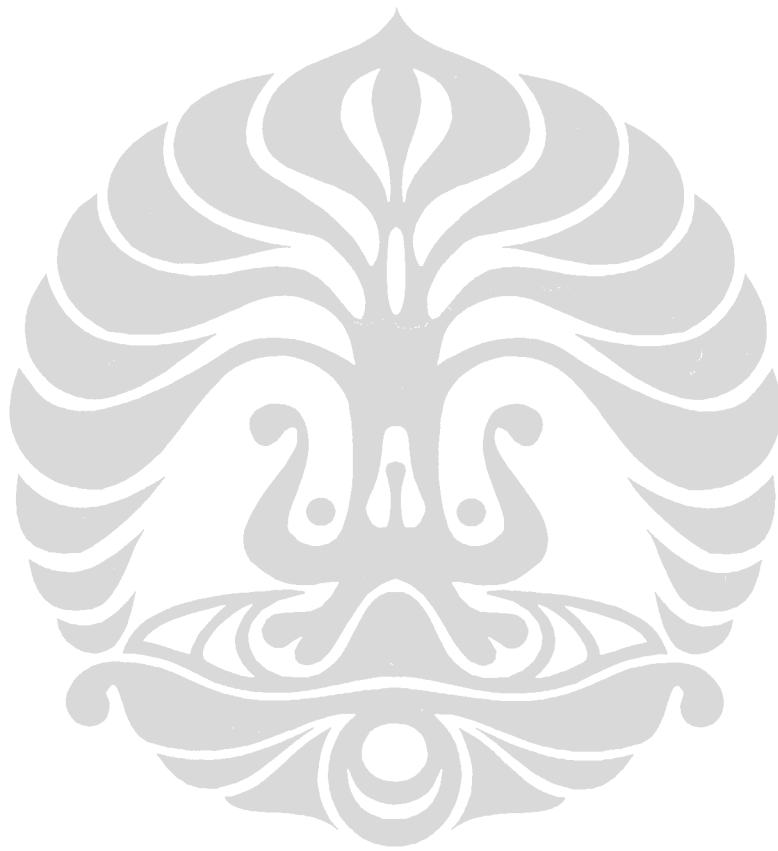
membawa kembali laporan akhir atau deskripsi-deskripsi atau tema-tema spesifik yang telah di analisa peneliti kepada partisipan dan meminta partisipan membaca dan mengecek keakuratan transkrip tersebut. Selanjutnya peneliti menanyakan kepada partisipan, apakah ada diantara ungkapan, kata kunci dan tema yang tidak sesuai dengan persepsi partisipan. Partisipan diberikan hak untuk mengubah, menambah, atau mengurangi kata kunci atau tema yang sudah diangkat. Selain itu untuk lebih meyakinkan partisipan dengan kata kunci dan tema yang diangkat, peneliti juga akan memperdengarkan hasil wawancara yang telah direkam kepada setiap partisipan (Creswell, 2010).

Pada tahap ini peneliti melakukan klarifikasi dan validasi kepada partisipan. Peneliti meminta partisipan memvalidasi setiap kata yang kurang dipahami peneliti dan meminta partisipan mengklarifikasi transkrip yang telah peneliti verbatimkan. Peneliti meminta partisipan mengecek keakuratan transkrip apakah ada yang ditambahkan atau dikurangi.

Transferability, merupakan bentuk validitas eksternal yang menunjukkan derajat ketepatan sehingga hasil penelitian dapat diterapkan kepada orang lain dalam situasi yang sama (Speziale & Carpenter, 2010). *Transferability* peneliti lakukan pada partisipan yang pernah merawat pasien HIV/AIDS. Partisipan ini diberikan hasil transkrip untuk membaca dan memahami makna persepsi perawat tentang asuhan keperawatan pada pasien HIV/AIDS. Dalam penelitian ini jika diperlukan peneliti akan menggunakan *eksternal check* yaitu perawat dirumah sakit lain yang mempunyai karakteristik sama yang tidak ikut dalam penelitian ini. *Eksternal check* dalam penelitian ini, dimana peneliti meminta bantuan dari pembimbing untuk melakukan validitas.

Dependability dalam penelitian kuantitatif merupakan substitusi istilah reliabilitas dengan melakukan replikasi studi (Moleong, 2010). Replikasi studi dalam penelitian ini dilakukan peneliti dengan cara menyerahkan semua hasil transkrip kegiatan penelitian kepada pembimbing tesis dalam bentuk *hard copy* kemudian secara bersama-sama menentukan kata kunci, kategori, sub tema dan tema-tema yang sesuai dengan tujuan dari penelitian sehingga terbentuk sebuah analisa data.

Confirmability mengandung pengertian bahwa sesuatu itu obyektif jika adanya kesamaan pandangan pendapat dan penemuan dari pihak-pihak lain (Speziale & Carpenter, 2010). Menurut Scriven (1971) dalam Moleong, 2010 sesuatu obyektif, berarti dapat dipercaya, faktual dan dapat dipastikan. *Confirmability* yang dilakukan dalam penelitian ini dengan cara peneliti meminta dosen pembimbing untuk menganalisis kembali hasil transkrip dari wawancara. Hasil penelitian telah memenuhi *confirmability*, bersifat netral dan memenuhi objektivitas serta telah disetujui oleh pembimbing tesis.



BAB 4

HASIL PENELITIAN

Bab ini akan menguraikan hasil penelitian terhadap 6 partisipan. Penelitian ini terkait fenomena persepsi perawat tentang asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien HIV/AIDS. Adapun penyajian hasil penelitian ini dibagi menjadi dua bagian. Bagian pertama berisikan data demografi partisipan yang meliputi umur, pendidikan lama bekerja, jabatan beserta masa kerja partisipan dan pernah atau tidak mengikuti pelatihan HIV. Pada bagian kedua peneliti akan memaparkan hasil analisa tema yang mencakup deskripsi hasil wawancara mendalam semi terstruktur dan catatan lapangan yang peneliti susun berdasarkan tema-tema yang ditemukan atau hasil analisis tematik tentang persepsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien HIV/AIDS

4.1 Karakteristik Partisipan

Partisipan yang terlibat dalam penelitian ini sudah sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan oleh peneliti. Partisipan dalam penelitian ini berjumlah 6 orang, dimana 5 orang diantaranya perempuan dan 1 orang laki-laki. Usia partisipan bervariasi dengan rentang 24 tahun sampai 54 tahun dan rata-rata umur 36 tahun. Rentang lama bekerja dari 3 tahun sampai 33 tahun di RSUPN dr.Cipto mangunkusumo. Semua partisipan pernah merawat pasien dengan HIV/AIDS dengan rentang 1,5-2 tahun. Pendidikan partisipan adalah 5 orang partisipan berpendidikan diploma keperawatan dan satu orang berpendidikan sarjana keperawatan. Dalam penelitian ditemukan 2 orang telah mengikuti pelatihan HIV/AIDS dengan materi tentang perawatan pencegahan, terapi dan lain-lain. Saat dilakukan wawancara 3 orang partisipan menjabat sebagai perawat primer dan 3 orang menjabat sebagai perawat pelaksana.

4.2 Analisis Tema

Analisis tema yang akan peneliti gunakan dalam penelitian ini sesuai dengan langkah-langkah analisa menurut Colaizzi 1978 (Creswell, 2003). Pertama mengumpulkan data. Mengumpulkan data dilakukan dengan metode wawancara secara *indepth interview*. Jumlah wawancara dengan partisipan adalah 2 kali dimana pertemuan pertama menanyakan inti dari penelitian selanjutnya pertemuan kedua melakukan validasi kepada partisipan terhadap analisa yang telah dilakukan dan ungkapan partisipan yang kurang dipahami peneliti. Selama wawancara terdapat interupsi dengan kedatangan petugas Ac, dokter, dan kepala ruangan sehingga ada satu orang partisipan meminta untuk dilanjutkan wawancara pada keesokan harinya. Beberapa partisipan dalam menjawab pertanyaan sering mengulang kalimat yang telah diucapkan dengan intonasi suara yang terkadang tinggi rendah. Semua pernyataan partisipan direkam dengan menggunakan *handphone* dan mencatat semua ekspresi partisipan dicatat dengan menggunakan catatan lapangan dan dikumpulkan menjadi verbatim.

Setelah data dikumpulkan dalam rekaman, peneliti mendengarkan secara berulang-ulang kemudian membuat transkrip kedalam bentuk data tertulis secara verbatim. Selanjutnya hasil transkrip dicari *statement* yang signifikan dengan memberi warna pada kalimat yang bermakna yang berhubungan dengan fenomena yang diteliti untuk mendapatkan makna serta gambaran tentang persepsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien HIV/AIDS. Selanjutnya peneliti melakukan analisis terhadap *statement* yang signifikan sehingga menghasilkan tema 1 (mengkategorikan). Hasil dari tema 1 kemudian di kelompokkan kemudian dianalisa untuk menemukan sub tema dari kelompok yang dikategorikan. Dikarenakan masih banyaknya sub tema yang ditemukan sehingga selanjutnya peneliti menggabungkan dan menemukan tema utama.

Hasil penelitian ini teridentifikasi 8 tema utama dan sub tema dimana menjawab dari tujuan khusus terkait dari persepsi perawat tentang asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien HIV/AIDS dan terdapatnya 2 tema tambahan diluar dari tujuan khusus, yang merupakan penjabaran dari tujuan umum.

Tujuan umum dari penelitian ini adalah ingin memperoleh gambaran persepsi perawat tentang asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien HIV/AIDS. Melangkah dari tujuan umum tersebut peneliti menetapkan tujuan khusus yang pertama yaitu memperoleh gambaran persepsi perawat tentang HIV/AIDS. Persepsi perawat mempengaruhi sikap perawat terhadap pasien HIV/AIDS dalam menerima, menolak/menghindari dan memberi hukuman kepada pasien HIV/AIDS. Selain sikap, peneliti juga mendapatkan tema bagaimana pengetahuan perawat tentang HIV/AIDS yang terbagi atas bagaimana pemahaman perawat terhadap HIV/AIDS serta perawatan terhadap HIV/AIDS.

Tujuan khusus kedua yang ingin diketahui oleh peneliti adalah, ingin memperoleh gambaran bagaimana persepsi perawat tentang fisiologis pasien HIV/AIDS. Kondisi fisiologis pasien HIV/AIDS dipengaruhi bagaimana aktivitas pengkajian yang dilakukan terhadap pasien HIV/AIDS diruangan, menggambarkan bagaimana pelaksanaan pengkajian kepada pasien HIV/AIDS dan kendala perawat sehingga tidak melakukan pengkajian. Tema perubahan terhadap fisiologis pasien HIV/AIDS diungkapkan partisipan dalam gambaran persepsi perawat tentang fisiologis pasien HIV/AIDS. Partisipan mengungkapkan gangguan pada sistem tubuh, gangguan dalam pemenuhan kebutuhan dasar dan kondisi pasien setelah dilakukan perawatan.

Tujuan khusus ketiga peneliti ingin memperoleh gambaran bagaimana persepsi perawat terhadap psikologis pasien HIV/AIDS. Partisipan menyatakan pasien HIV/AIDS mengalami perubahan psikologis. Kondisi ini menimbulkan masalah

psikologis yang kemudian jika pasien HIV/AIDS mempunyai coping yang baik akan menerima realitas sebagai ODHA. Tujuan khusus keempat ingin memperoleh gambaran bagaimana persepsi perawat terhadap sosialisasi pasien HIV/AIDS. Menurut partisipan pasien HIV/AIDS akan mengalami perubahan kondisi sosial. Perubahan ini berdampak kepada gangguan sosialisasi, namun juga mempertahankan sosialisasi. Efek sosialisasi mempengaruhi kondisi ekonomi pasien HIV/AIDS, yang berdampak kepada kemampuan memenuhi kebutuhan dasar serta pemenuhan kesehatan.

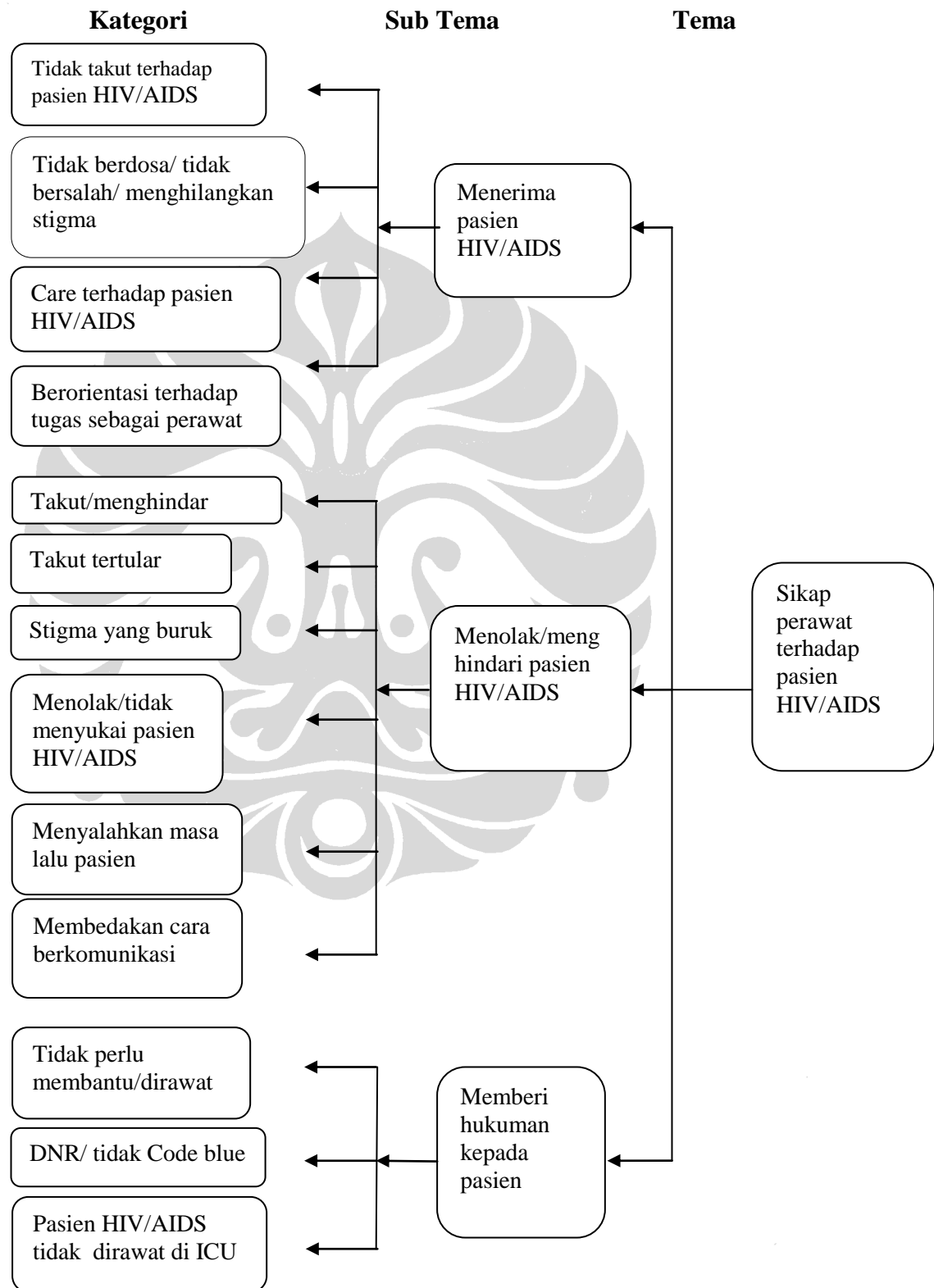
Tujuan khusus kelima yaitu memperoleh gambaran bagaimana persepsi perawat terhadap spiritual pasien HIV/AIDS. Ungkapan partisipan tentang kondisi spiritual pasien HIV/AIDS tergambar partisipan mengabaikan kebutuhan spiritual pasien HIV/AIDS, namun juga terkadang mengingatkan untuk melakukan ibadah. Kesemua tema dan sub tema diatas yang dijabarkan berdasarkan tujuan khusus akan disampaikan dalam skema sebagai berikut :

Tujuan Khusus 1 : Memperoleh persepsi perawat tentang HIV/AIDS

Gambaran persepsi perawat tentang HIV/ AIDS dalam ungkapan yang disampaikan perawat adalah terdapatnya sikap menerima, sikap menolak/menghindari, serta memberi hukuman kepada pasien HIV/AIDS. Sikap menerima perawat tergambar dalam ungkapan tidak adanya rasa takut, menghilangkan stigma, *care*, dan melakukan tugas keperawatan kepada pasien HIV/AIDS walaupun masih berorientasi kepada tugas. Sikap menolak/menghindar perawat terdapat adanya rasa takut/menghindar, takut tertular, adanya stigma yang buruk menolak/tidak menyukai pasien, menyalahkan masa lalu pasien serta membedakan cara komunikasi kepada pasien HIV/AIDS. Ungkapan lain partisipan terdapatnya bentuk memberikan hukuman kepada pasien HIV/AIDS dengan cara tidak perlu merawat dan membantu pasien

HIV/AIDS, serta tidak membawa pasien HIV/AIDS ke ICU dan dengan status DNR. Kesemua ungkapan partisipan tersebut tergambar dalam skema berikut :

Skema 4.1 Tema 1 Sikap perawat terhadap pasien HIV/AIDS



Sub Tema 1.1 Menerima pasien HIV/AIDS

Partisipan merupakan petugas kesehatan yang akan berinteraksi dengan pasien HIV/AIDS selama 24 jam yang akan memberikan asuhan keperawatan secara holistik. Asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien HIV/AIDS akan dapat tercapai dengan baik jika perawat bisa menerima pasien HIV/AIDS tanpa adanya rasa takut, menghilangkan stigma terhadap pasien HIV/AIDS dengan memberikan perawatan kepada pasien HIV/AIDS tanpa membedakan dengan pasien non HIV dan merangkul mereka kembali selalu *care* dengan pasien HIV/AIDS. Dalam penelitian ini peneliti menemukan adanya sikap menerima yang tergambar pada ungkapan perawat pada saat merawat pasien HIV/AIDS. Hal ini terlihat pada pernyataan seorang partisipan

“..menurut pandangan saya orang penderita hiv itu tidak perlu harus kita singkirkan atau kita jauhkan, malah kita dekatkan supaya mungkin bisa kembali kemasyarakat semula begitu, kalo kita semakin dia menjauh, dia akan merasa diri dia tersingkirkan sehingga mungkin perilaku-prilaku apa yang tidak baik itu bisa diulangin kembali, tapi kalo kita rangkul dan kita berikan penjelasan tapi kan mungkin dia bisa lebih menyetop apa yang dia lakukan dan menjadi masyarakat yang baik...”(P2)

“..mereka punya hak yang sama dengan pasien non hiv, kita ga beda-bedain kok...”(P3)

Pasien HIV/AIDS membutuhkan perawatan yang maksimal dari perawat dalam memenuhi kebutuhan Biopsikososial spiritual sesuai dengan kebutuhan pasien HIV/AIDS. 5 dari 6 partisipan menyatakan pasien HIV wajar dilakukan perawatan di rumah sakit dan memberikan perawatan sesuai dengan kondisi pasien HIV/AIDS dan menyadari ketidakmampuan pasien HIV dalam merawat dirinya secara maksimal sehingga pasien HIV/AIDS membutuhkan perawatan di rumah sakit. Seperti ungkapan partisipan

“..wajar mereka dirawat dirumah sakit karena kondisi mereka..”(P2)

Ungkapan diatas menggambarkan bahwa adanya kepedulian perawat terhadap pemberian asuhan keperawatan yang seharusnya yang diterima pasien HIV/AIDS. sehingga pasien HIV/AIDS bisa mendapatkan pelayanan keperawatan yang sama dengan pasien yang bukan HIV/AIDS. walaupun begitu, dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien HIV/AIDS tidak semua partisipan mempunyai persepsi positif, dari hasil penelitian juga didapatkan ungkapan yang menggambarkan persepsi negative partisipan terhadap pasien HIV/AIDS. hal ini tergambar pada sub tema 1.2

Sub Tema 1.2 Menolak/menghindari pasien HIV/AIDS

HIV/AIDS merupakan penyakit yang menakutkan bagi sebagian orang tidak terkecuali bagi perawat. Stigma yang buruk dan menyalahkan pasien HIV dimana kondisi yang terjadi mereka akibat tingkah laku mereka sendiri membuat 2 dari 6 partisipan lebih baik menghindari pasien HIV/AIDS karena takut tertular, lebih menyukai mereka tidak dirawat dirumah sakit, meminimalkan interaksi dan membedakan cara berkomunikasi dengan pasien HIV/AIDS dengan nada yang mengancam. Hal ini tergambar pada ungkapan partisipan

“..istilahnya meminimalkan tindakan sama dia selama bisa dilakukan barengan semuanya kita kontak kedia ya sekali itu aja, selebihnya kalo misalnya nggaaa.. nggak apa namanya ga penting-penting amat juga nggak kesitu..”(P5)

Sub Tema 1.3 Memberi hukuman kepada pasien HIV/AIDS

Ketimpangan ini juga terlihat pada persepsi 2 dari 6 partisipan yang menyatakan pasien HIV/AIDS seharusnya tidak mendapatkan fasilitas jamkesmas. Selain itu partisipan juga mengungkapkan dalam kondisi emergency pasien HIV/AIDS tidak mendapatkan fasilitas yang sama seperti yang didapatkan pasien bukan HIV/AIDS

seperti penggunaan ruang ICU maupun pemanggilan *Code Blue*, seperti tergambar pada pernyataan partisipan berikut

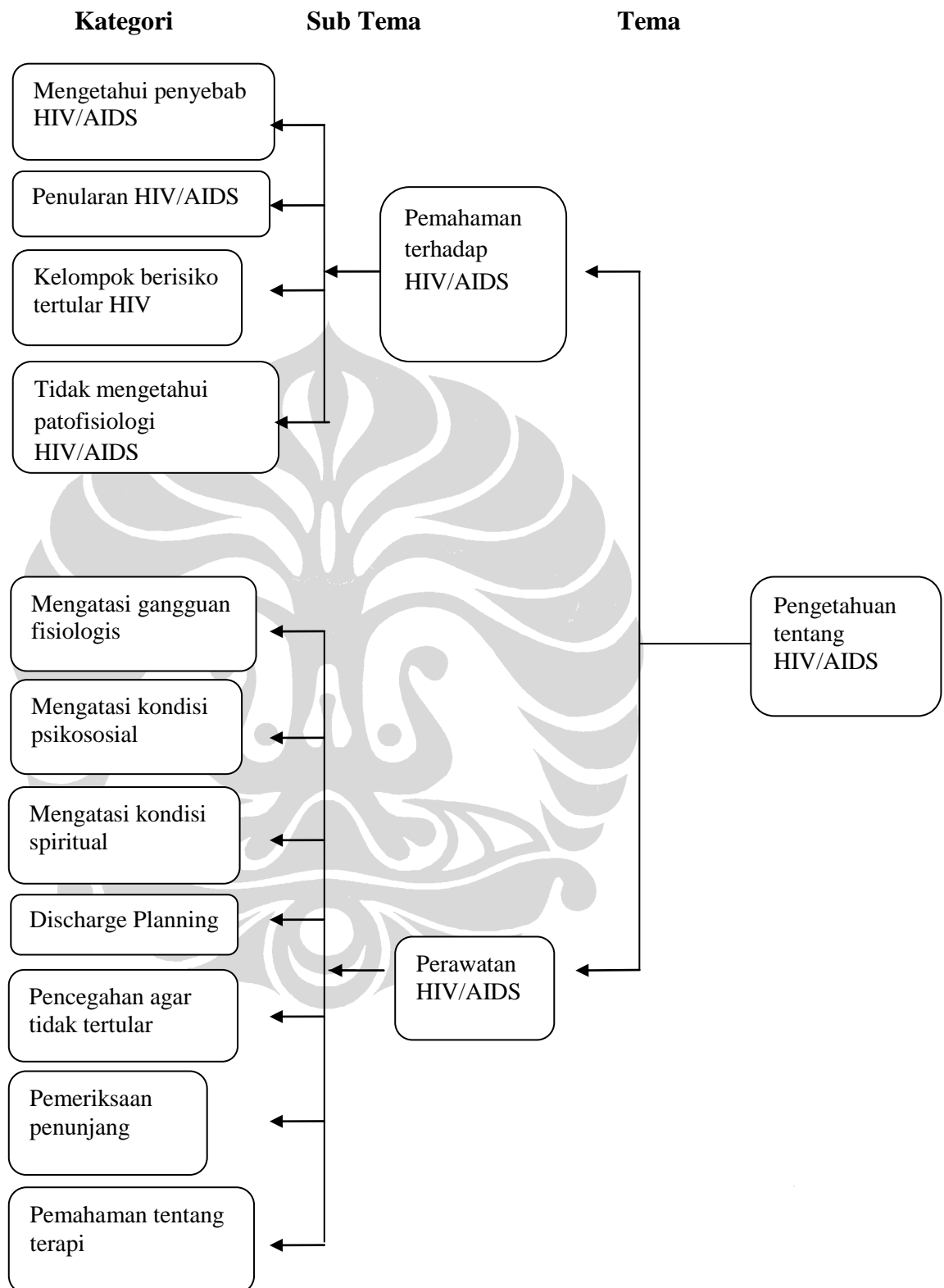
“..pasien sida nggak dapat jaminan otomatis bakal kosong kan sida nggak ada kan, mereka meninggal begitu aja (sambil ketawa) dirumahnya begitu..” (P5)

“..pasien-pasien hiv biasanya sudah menjadi suatu DNR (do not resuscitation red). Dan code bluenya sendiri ga ada tuk pasien hiv..” (P4)

Hasil penelitian terhadap sikap perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien HIV/AIDS masih terdapatnya sikap menerima maupun menolak serta memberi hukuman kepada pasien HIV/AIDS. Kondisi ini dipengaruhi oleh pengetahuan perawat tentang HIV/AIDS secara umum. Dari segi pengetahuan yang diungkapkan partisipan tentang HIV/AIDS, peneliti menemukan dua sub tema yang mengungkapkan pemahaman partisipan terhadap HIV/AIDS dan pengetahuan partisipan terhadap perawatan yang diberikan kepada pasien HIV/AIDS. Partisipan memahami penyebab HIV/AIDS, cara penularan dan kelompok resiko yang tertular, namun partisipan tidak mengetahui patofisiologi HIV/AIDS .

Sedangkan pada sub tema 2 dari pengetahuan perawat tentang HIV/AIDS didapatkan hasil bagaimana perawatan yang diberikan kepada pasien HIV/AIDS secara biopsikososial spiritual, *discharge planning* yang diberikan sehingga pasien HIV/AIDS mampu merawat dirinya di rumah, cara pencegahan, pemeriksaan penunjang, serta pemahaman dalam pemberian terapi ARV. Hal ini tergambar pada skema 4.2

Skema 4.2 Tema 2 Pengetahuan perawat tentang HIV/AIDS



Sub tema 2.1 Pemahaman tentang HIV/AIDS

Skema diatas tergambar ungkapan partisipan terhadap pemahaman partisipan tentang HIV/AIDS. Semua partisipan mengetahui penyebab dari HIV/AIDS yang berasal dari virus yang akan merusak sistem imun. Penularan infeksi HIV terjadi akibat kontak langsung yaitu hubungan seks bebas, tertular dari pasangannya yang terinfeksi HIV, homoseksual, jarum suntik yang terinfeksi HIV pasien pengguna narkoba, luka yang terkena darah dari pasien yang terinfeksi HIV dan transfusi darah. Partisipan juga menyatakan bahwa penularan terhadap perawat cukup tinggi, ungkapan partisipan tergambar pada pernyataan yang disampaikan oleh partisipan

“..menyerang iystem imun seseorang..”(P1)

“potensi penularan keperawatan pasti tinggilah..”(P6)

Penularan HIV/AIDS terjadi pada kelompok berisiko yaitu umur antar 20-24 tahun yang merupakan usia produktif. Hal ini disebabkan kurangnya pengetahuan serta kurang perhatian dari keluarganya. Fenomena ini tergambar dari pernyataan partisipan

“..umur 20 sampai 24, ya itu yang paling banyak dengan kondisi ya itu, kalo dia wanita biasanya abg (anak baru gede) dengan persepsi kekurangan ekonomi lah atau pergaulan ya, kalo dia pria dia kurang perhatian biasanya..”(P4)

Kurangnya pemahaman tentang patofisiologi pada partisipan dikarenakan partisipan kurang terpapar terhadap informasi yang berkaitan dengan kondisi HIV/AIDS. Partisipan hanya mengetahui bahwa pasien yang dirawat merupakan pasien HIV/AIDS dan tidak mengetahui kondisi HIV maupun kondisi AIDS, hal ini tergambar pada pernyataan partisipan

“..aku ga tau dia dah sampe masuk AIDS ato masih HIV..”(P1)

Sub Tema 2.2 Merawat kondisi HIV/AIDS

Merawat kondisi HIV/AIDS tidak terlepas dari bagaimana pencegahan agar tidak tertular infeksi HIV. Pencegahan yang dilakukan partisipan selama merawat pasien HIV AIDS adalah dengan menghindari tertusuk jarum dengan tidak melakukan *recap* jarum bekas pakai dan menutupi luka dengan plester agar tidak terkena cairan tubuh pasien HIV/AIDS serta menggunakan alat pelindung diri.

Penggunaan alat pelindung diri seperti *handschoen*, masker, dan kadang-kadang baraskort. 4 dari 6 partisipan menyatakan selalu menggunakan *handschoen* termasuk melakukan pemeriksaan tekanan darah yang terkadang penggunaan 1 *handschoen* digunakan untuk pasien yang lain kecuali tindakan invasif. Tidak hanya *handschoen* masker pun menjadi alat pelindung diri yang selalu digunakan oleh partisipan saat kontak dengan pasien HIV/AIDS. Hal ini tergambar dalam ungkapan partisipan

“..tiap kontak pake handshoen masker itu menjadi alat utama..”(P1)

“..tindakan-tindakan yang invasif aja handschoen satu pasien satu..”(P5)

Walaupun begitu 2 dari 6 partisipan menggunakan *handschoen* dan masker berdasarkan kebutuhan pada saat akan kontak dengan pasien HIV/AIDS. bahkan ada yang sama sekali tidak menggunakan *handschoen* walaupun melaksanakan tindakan invasif seperti ungkapan partisipan

“..saya jarang sekali kalo saya pake handshoen kalo ngambil darah, karena saya pikir tuk protek saya bisa saya jaga tangan saya jangan sampe tersentuh darah..” (P4)

“..kalo TB hanya pake masker aja..”(P3)

Ketersediaan, masker dan *handschoen* diruangan selalu disediakan. Walaupun sempat terjadi kekosongan biasanya ruangan akan berusaha untuk memenuhinya dengan meminjam keruangan lain karena kondisi tersebut mempengaruhi aktivitas ruangan seperti ungkapan partisipan

“..belum pernah sama sekali kosong gitu, sehingga pasien ga terlantar..”

Perawatan yang dilakukan kepada pasien HIV/AIDS juga termasuk mengetahui status pasien HIV positif atau negatif. Hal tersebut diketahui dengan melakukan pemeriksaan laboratorium antibody HIV serta mengetahui jumlah CD4 pasien terhadap sistem imunitas pasien. 3 partisipan yang menyatakan tentang CD4 hanya terdapat hanya 1 partisipan yang mengetahui nilai CD4 dibawah normal. Seperti ungkapan partisipan

“...cd4 nya itu sudah rendah kita sudah bisa, biasanya dibawah 400..”(P4)

Terapi antiretroviral virus (ARV) dianjurkan untuk dikonsumsi pasien HIV/AIDS untuk mempertahankan kondisi imun pasien HIV/AIDS agar tetap baik. Namun mengkonsumsi ARV harus adanya pemahaman dari pasien HIV/AIDS akan fungsi, efek samping, jenis ARV, kapan diberikan serta *adherence* dari pasien HIV pada saat akan mengkonsumsinya. Pengetahuan partisipan tentang ARV baru terlihat dimana partisipan hanya mengetahui efek samping obat ARV secara umum, serta kondisi untuk diberikan ARV. Ini terlihat pada ungkapan partisipan

“..saya ga tau ARV yang mana, pokoknya isinya itu obat hiv nya itu..”(P3)

“..kalo KU nya dah baik baru dapat ARV..”(P4)

“..ada yang gatal ada yang mual, ada yang muntah..”(P6)

Pengetahuan partisipan terhadap gangguan pada kondisi biopsikososial spiritual pasien HIV/AIDS mempengaruhi partisipan dalam memberikan perawatan

terhadap kondisi pasien HIV/AIDS. Gangguan fisiologis pasien HIV/AIDS diatasi partisipan dengan berorientasi pada instruksi dokter, penggunaan terapi, melakukan tindakan invasif seperti pemasangan NGT dan pemasangan pampers. Aktivitas kebutuhan dasar pasien dilakukan oleh keluarga atau pasien sendiri. Partisipan akan melakukan jika pasien tidak mempunyai keluarga selama dirawat di rumah sakit. Hal ini terlihat pada pernyataan partisipan

“..saya ngelakuin yaa.. sesuai instruksi dokter ja..”(P2)

“..kita manfaatin keluarganya lah misale dia diare mah pake pampers kan keluarga yang ganti..”(P5)

“..kalo dia nggak ada keluarganya, kita semua, mandiin apa semua..”(P6)

Perawatan yang dilakukan terhadap masalah psikosial pasien HIV/AIDS dengan mencarikan jalan keluar terhadap permasalahan pasien, memberikan motivasi, meningkatkan rasa percaya diri pasien dan menganjurkan pasien untuk saling berinteraksi dengan teman sekamar. 1 dari 5 partisipan mengungkapkan kalimat penyalahan kepada pasien HIV/AIDS terhadap kondisinya

“..misalnya emang ada aja yang sampe nangis gitu, kenapa gitu kan? Paling kalo kita kan, yang cari penyakit siapa? Dituin..”(P5)

Pelaksanaan perawatan masalah spiritual akan sangat mempengaruhi kondisi pasien HIV/AIDS dalam penerimaannya akan kondisi yang dialaminya. Partisipan dalam hal ini hanya bisa menganjurkan pasien HIV/AIDS untuk beribadah dan berdoa. Hal ini terungkap pada pernyataan salah satu partisipan

“..pasien yang lemah kan aku suka suapin kan makan ya aku selalu ngajakin dia makan tapi harus berdoa dulu gitu..”(P1)

Discharge planning dilakukan sejak awal pasien HIV/AIDS dirawat di rumah sakit. Hal ini dilakukan agar pasien lebih mampu memahami aktivitas yang

dilakukan setelah kembali ke rumah. Partisipan memberikan edukasi tentang menjaga kebersihan dan pola makan, kontrol ke podikus, cara penularan, minum obat sesuai jadwal serta istirahat. Hal ini sesuai ungkapan partisipan

“..kita sampein nanti dirumah untuuk.. jangan.. misalnya kalo jajan, jangan jajannya keluar lagi, trus minum obat teratur, makan yang bener, kontrol..”(P3)

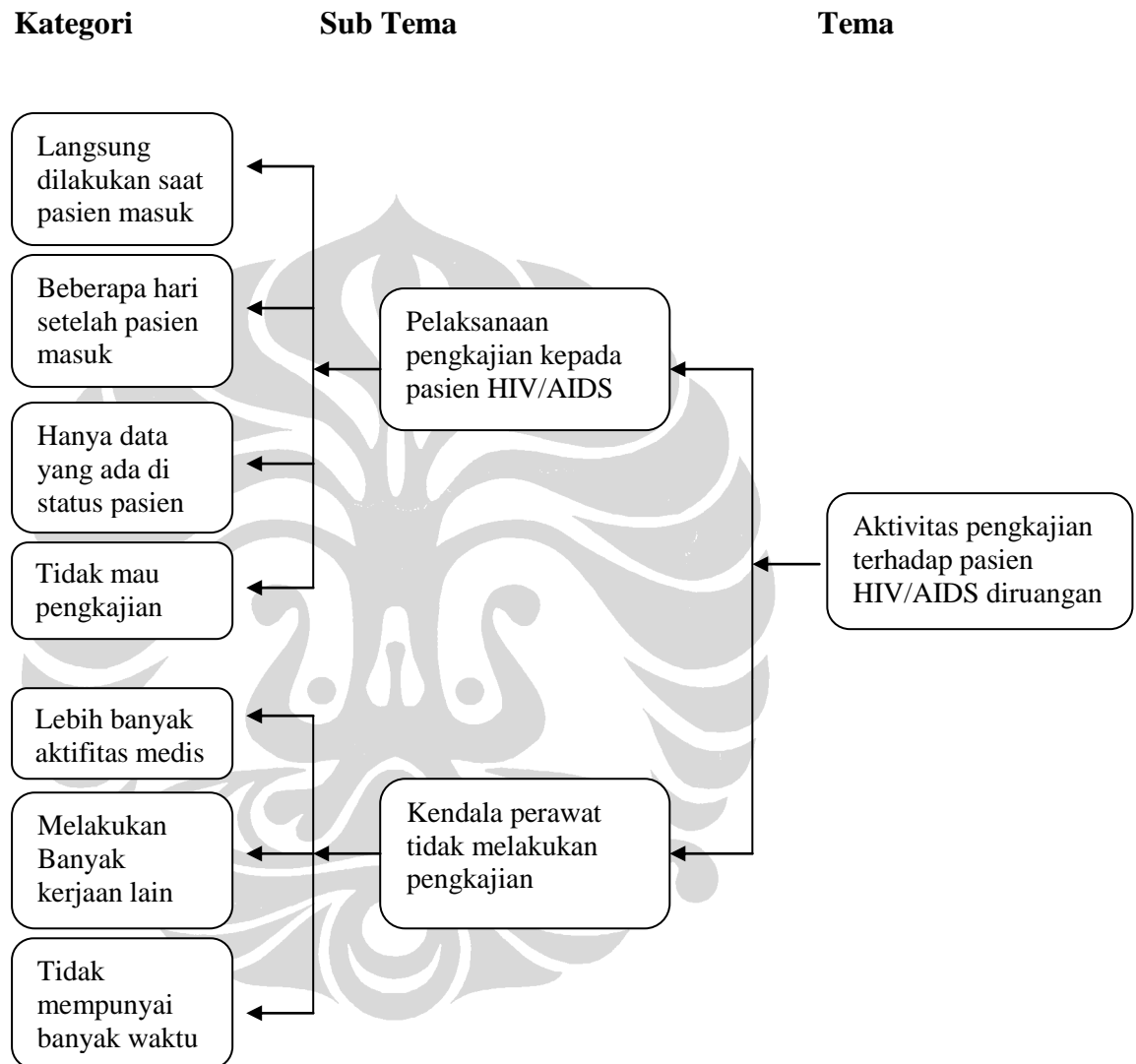
Ungkapan-ungkapan partisipan diatas tergambar bagaimana pengetahuan partisipan terhadap pemahaman tentang HIV/AIDS dan perawatan yang diberikan kepada pasien HIV/AIDS yang masih berorientasi pada instruksi dokter sehingga tugas-tugas keperawatan yang seharusnya menjadi tugas perawat belum terlaksana sepenuhnya. Kondisi ini disebabkan masih banyaknya aktifitas medis yang dilakukan perawat dalam kegiatan sehariannya dalam memberikan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien HIV/AIDS. Hal ini tidak terlepas bagaimana persepsi perawat terhadap fisiologis pasien HIV/AIDS. yang tergambar pada tujuan khusus 2.

Tujuan Khusus 2 : Memperoleh gambaran bagaimana persepsi perawat terhadap fisiologis pasien HIV/AIDS

Pada penelitian ini peneliti mendapatkan bagaimana persepsi partisipan terhadap fisiologis pasien HIV/AIDS. Sebelum mengetahui kondisi fisiologis pasien HIV/AIDS partisipan melakukan pengkajian kepada pasien HIV/AIDS. Peneliti juga mendapatkan ungkapan partisipan bagaimana pelaksanaan pengkajian yang dilakukan partisipan kepada pasien HIV/AIDS. Pelaksanaan pengkajian yang dilakukan partisipan kepada pasien HIV/AIDS terdapat beberapa ungkapan yaitu pengkajian langsung pada saat pasien memasuki ruangan, beberapa hari setelah pasien HIV/AIDS dirawat, hanya membaca pada status pasien HIV/AIDS yang telah dilakukan di IGD sebelumnya bahkan tidak mau melakukan pengkajian sama sekali. Peneliti juga menemukan ungkapan partisipan kendala partisipan tidak melakukan

pengkajian dimana partisipan lebih banyak melakukan aktifitas medis, melakukan pekerjaan lain serta tidak mempunyai waktu untuk melakukan pengkajian kepada pasien HIV/AIDS. hal ini dapat terlihat pada skema 4.3

Skema 4.3 Tema 3 Aktivitas pengkajian terhadap pasien HIV/AIDS



Sub Tema 3.1 Pelaksanaan pengkajian kepada pasien HIV/AIDS

Pengkajian yang dilakukan kepada pasien HIV/AIDS dilakukan berbagai cara oleh partisipan ini terlihat dengan adanya ungkapan bahwa pengkajian bisa dilakukan langsung saat pasien masuk rumah sakit atau beberapa hari setelah dirawat setelah adanya *trust* antara partisipan dan pasien. Namun ada juga partisipan menyatakan pengkajian cukup dengan penelitian yang telah dilakukan perawat primer atau melihat pengkajian yang sudah dilakukan di IGD sehingga jarang melakukan pengkajian langsung kepada pasien HIV/AIDS. hal ini tergambar pada pernyataan partisipan

“..langsung kaji ma pasiennya nanya, dengan interview, biasanya dari keluarganya kalo pasiennya udah lama suka cerita..”(P2)

“..aku ga mau melulu tiap datang aku langsung pengkajian dia bosan dia capek..”(P1)

Sub tema 3.2 Kendala perawat tidak melakukan pengkajian

Partisipan menyatakan bahwa banyaknya kegiatan yang dilakukan oleh partisipan dalam bentuk tindakan medis membuat partisipan tidak mempunyai waktu dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif kepada pasien HIV/AIDS. perawat berfokus pada penyelesaian tugas yang harus diselesaikan sehingga kurang memperhatikan kebutuhan dasar pasien. Hal ini terungkap pada pernyataan yang partisipan

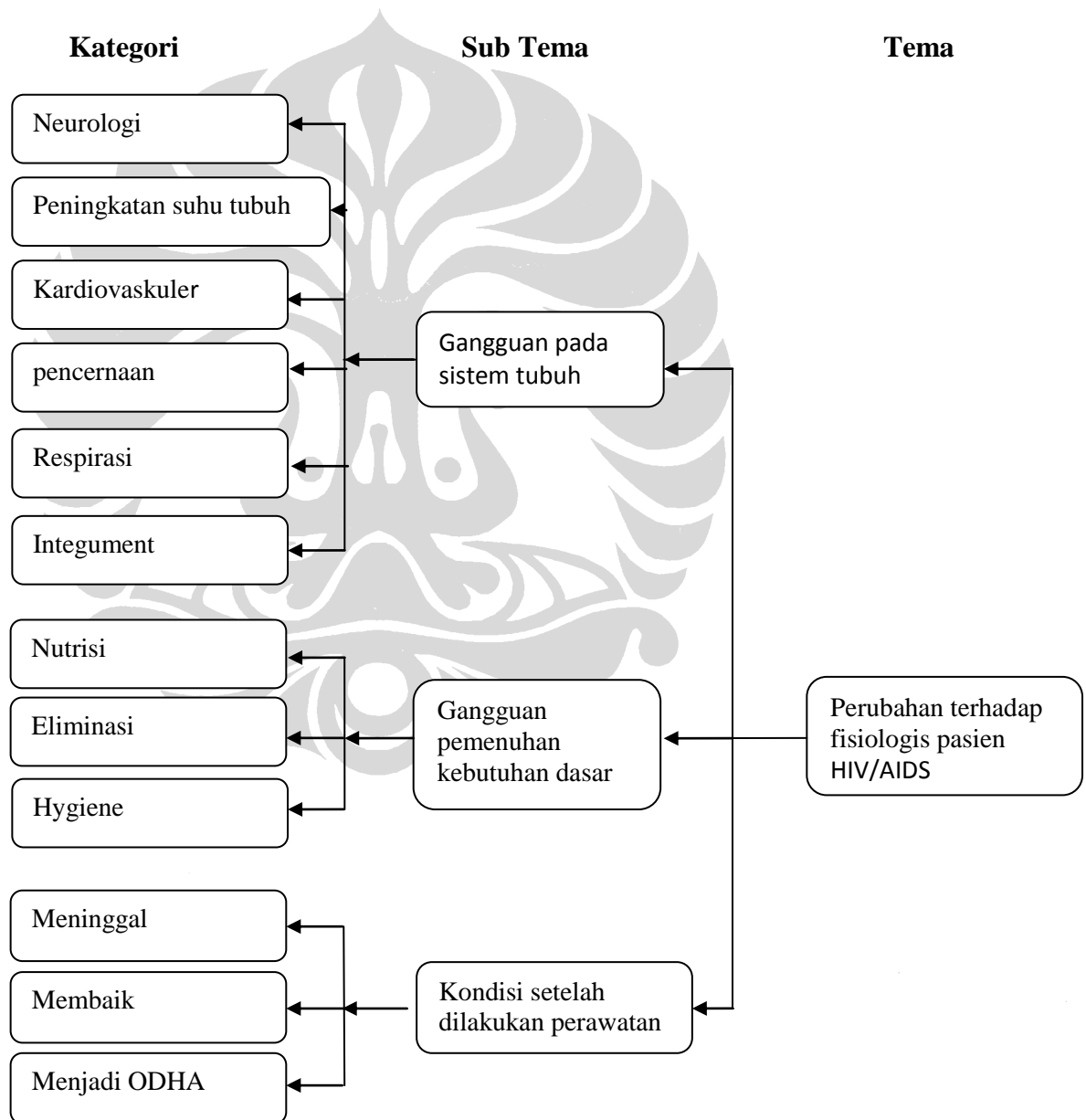
“..soale kerjaan kita banyak juga sih mbak hahaha..”(P2)

“..Untuk share begitu dikita jujur dikita disini kurang..”(P1)

Pengkajian yang dilakukan partisipan diruangan didapatkan permasalahan pada kondisi fisiologis pasien HIV/AIDS. Peneliti menemukan bagaimana ungkapan

partisipasi terhadap aktifitas pengkajian terhadap gangguan sistem tubuh dari perubahan kondisi neurologi, kardiovaskuler, pencernaan respirasi dan integument, gangguan pada pemenuhan kebutuhan dasar dari segi pemenuhan nutrisi, eliminasi dan hygiene, serta bagaimana kondisi pasien HIV/AIDS setelah dilakukan perawatan yang diberikan partisipan dirumah sakit yang berakibat kematian, membaik dan mampu menjalani hidup dengan menjadi ODHA. Hal ini tergambar pada skema 4.3 tema 3 berikut

Skema 4.4 Tema 4 Perubahan Fisiologis pasien HIV/AIDS



Sub tema 4.1 : gangguan pada sistem tubuh

Perubahan terhadap kondisi fisiologis pasien HIV/AIDS dapat terjadi akibat penurunan system imun pasien HIV/AIDS yang berdampak pada gangguan sistem tubuh. Gangguan pada sistem neurologi dikarenakan adanya Toxoplasmosis Ensephalitis dan Meningitis yang ditandai dengan penurunan kesadaran, demam sampai terjadinya gangguan pada motorik, gangguan verbal dan gangguan pada visual pasien HIV/AIDS, hal ini diungkapkan salah satu partisipan

“..yang udaah...meningitisnya kita ngerawat dia ga sadar..”(P5)

Kondisi lain selain masalah neurologi yaitu seluruh partisipan menyatakan pasien HIV/AIDS juga mengalami gangguan pada sistem kardiovaskuler yang ditandai dengan penurunan tekanan darah, Gangguan pencernaan yang berawal pada kandidiasis di mulut, yang berdampak pada penurunan berat sehingga menyebabkan kelemahan. Selain itu akibat hubungan seksual melewati anal terdapat adanya luka dianus yang kemudian mengalami pembengkakan. Tergambar pada ungkapan partisipan

“..yang udah perburukan itu biasanya sih timbul kandida dimulut..”(P3)

“..berat badan menurun..”(P4)

“..anusnya itu membesar, besarnya kayak hemoroid membesar gitu, kata orang sih bilanganya kayak brokoli..”(P2)

Partisipan juga menyatakan adanya gangguan pada sistem respirasi yang ditandai dengan adanya batuk dan terdapatnya TB Paru aktif. Masalah pada sistem integument juga terjadi akibat alergi terhadap terapi ARV dan juga adanya decubitus pada saat akan dirawat akibat tirah baring lama dirumah.Hal ini tergambar dari ungkapan partisipan yang menyatakan

“..alergi ARV pada erupsi semua kulitnya..”(P2)

Sub Tema 4.2 : Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Dasar

Gangguan pemenuhan kebutuhan dasar dengan gangguan sistem tubuh saling mempengaruhi satu sama lain. Sebagian besar partisipan menyatakan akibat gangguan pada sistem pencernaan mempengaruhi asupan nutrisi pasien HIV/AIDS, mempengaruhi kondisi eliminasi dengan terdapatnya diare kronik. Selain itu juga mempengaruhi personal hygiene pasien HIV/AIDS. Kondisi ini tergambar dalam ungkapan partisipan

“..tidak nafsu makan ada jamur itu..”(P1)

“..udah banyak diare..”(P6)

“..rata-ratanya pasien itu males, males..males mandi, mandi bersih-bersih, males ke kamar mandi jorok-jorok deh..”(P5)

Sub Tema 4.3 : Kondisi setelah dilakukan perawatan

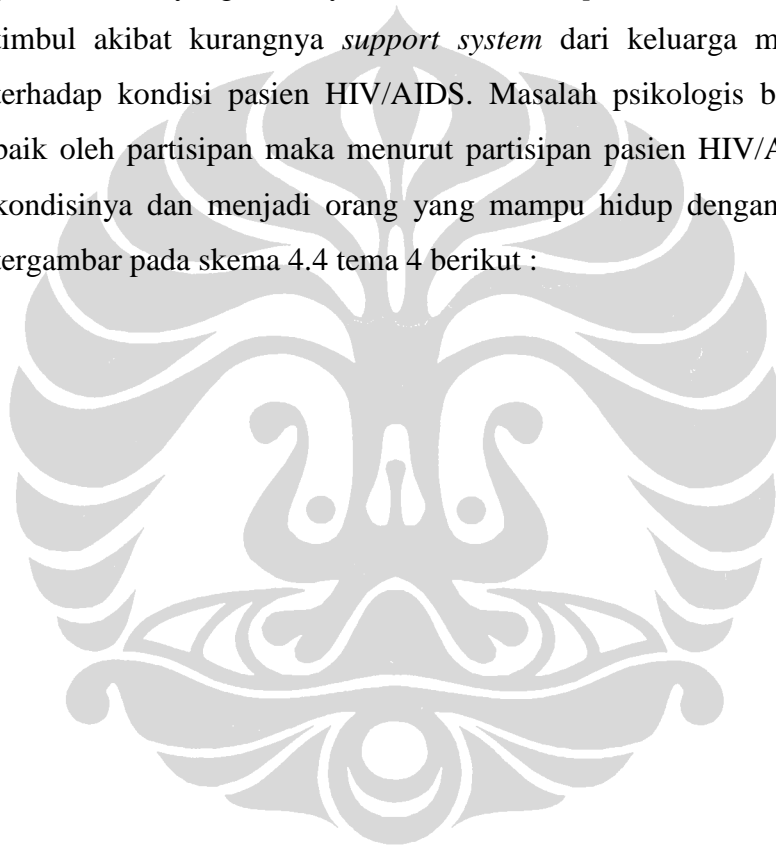
Perawatan yang didapatkan pasien HIV/AIDS di rumah sakit mempengaruhi kondisi fisiologis pasien HIV/AIDS. 2 dari 6 partisipan menyatakan pasien HIV/AIDS yang dirawat 3-4 kali pada akhirnya akan meninggal dan yang baru dirawat akan pulang dengan kondisi membaik. Hal ini seperti ungkapan partisipan

“..pulang dah bisa jalan gitu, laboratoriumnya bagus..”(P3)

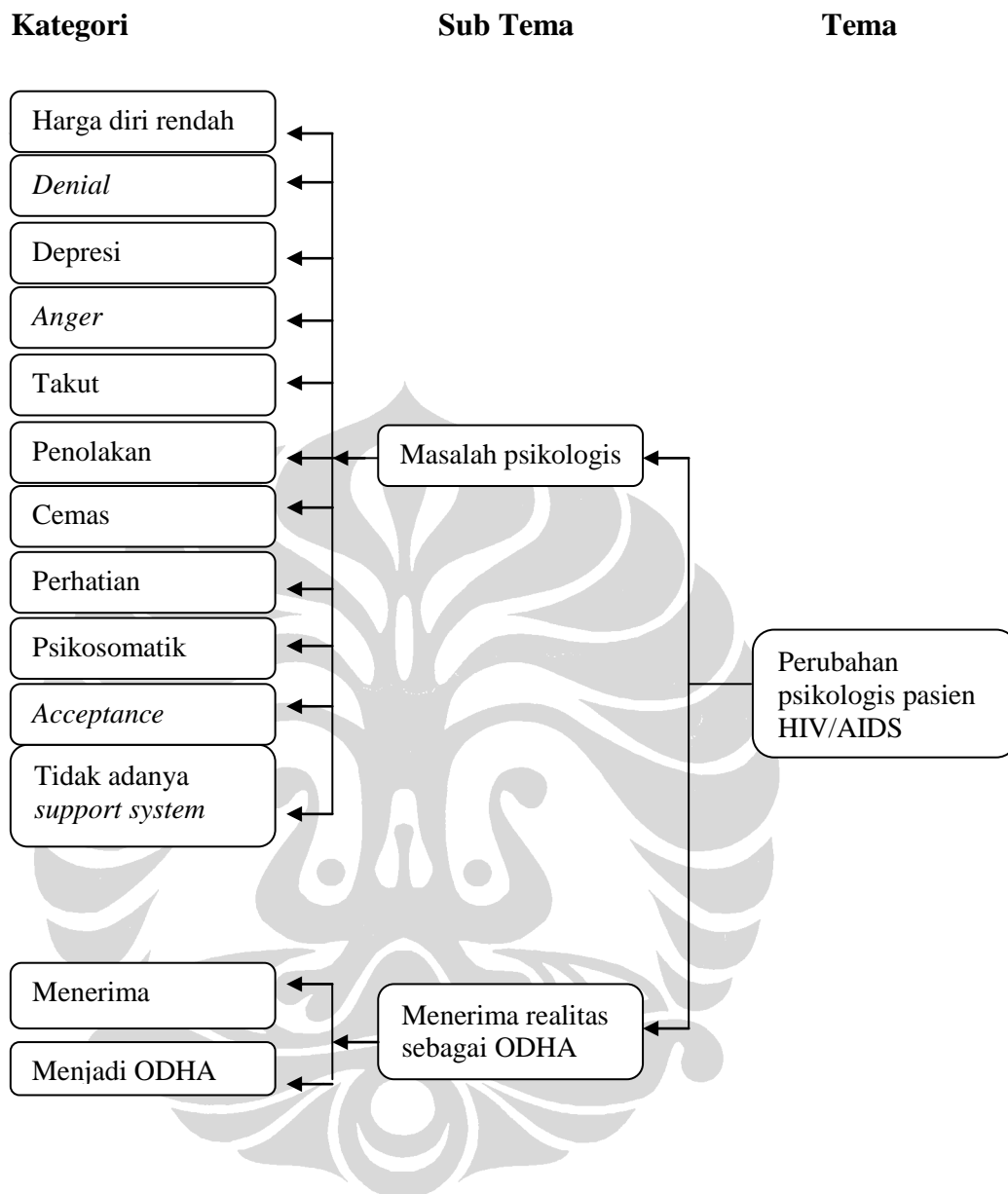
Persepsi perawat terhadap masalah fisiologis pasien HIV/AIDS sangat mempengaruhi asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien HIV/AIDS. Asuhan keperawatan tidak hanya berfokus pada kondisi fisiologis pasien HIV/AIDS, namun juga mempengaruhi kondisi psikologi pasien HIV/AIDS untuk itu peneliti juga ingin mengetahui bagaimana persepsi perawat terhadap psikologi pasien HIV/AIDS selanjutnya peneliti sampaikan pada tujuan khusus 3

Tujuan khusus 3 : Memperoleh gambaran bagaimana persepsi perawat terhadap psikologi pasien HIV/AIDS

Hasil penelitian yang didapatkan peneliti, tergambar ungkapan partisipan yang menyatakan bahwa pasien HIV/AIDS mengalami perubahan terhadap kondisi psikologisnya. Perubahan tersebut tergambar pada masalah psikologis yang dialami pasien HIV/AIDS berupa harga diri rendah, *denial*, depresi, anger, takut, penolakan, cemas, keinginan untuk selalu diperhatikan, timbulnya masalah psikosomatik yang akhirnya timbul rasa *acceptance*. Masalah psikologis ini juga timbul akibat kurangnya *support system* dari keluarga maupun orang sekitar terhadap kondisi pasien HIV/AIDS. Masalah psikologis bila ditangani dengan baik oleh partisipan maka menurut partisipan pasien HIV/AIDS akan menerima kondisinya dan menjadi orang yang mampu hidup dengan HIV/AIDS. Hal ini tergambar pada skema 4.4 tema 4 berikut :



Skema 4.5 tema 5 Perubahan psikologis pasien HIV/AIDS



Sub Tema 5.1 Masalah psikologis

Perubahan psikologis yang terjadi pada pasien HIV/AIDS ditunjukkan dengan respon psikologi menarik diri, *denial*, *Anger*, depresi, takut, penolakan, cemas, meminta perhatian, *acceptance* serta kondisi psikosomatik. Partisipan menyatakan respon menarik diri terlihat pada pasien tidak mau diajak bicara seperti ungkapan partisipan

“..Sering kita ajak ngobrol ga mau dia, apa dia mungkin menghindar..”(P3)

Perubahan psikologis pasien HIV/AIDS menurut partisipan dipengaruhi oleh tidak adanya *support system* dari keluarga maupun pasangan. Partisipan menyatakan pasien HIV/AIDS yang dirawat banyak yang ditinggalkan keluarganya sehingga tidak ada yang menunggui selama dirawat. Hal ini tergambar pada ungkapan partisipan

“..banyak disini juga keluarganya ninggalin begitu aja, ada datang datang ni ma keluarganya, tapi ya udah waktu itu ditinggalin..”(P6)

Sub Tema 5.2 Menerima realitas sebagai ODHA

Penanganan yang baik serta adanya *support* dari keluarga maupun perawat membuat pasien HIV/AIDS mampu kembali menjalani hidup yang baik. 2 dari 6 partisipan menyatakan pasien HIV/AIDS menerima kondisinya serta mengikuti aktifitas odha. Hal ini tergambar dari ungkapan partisipan

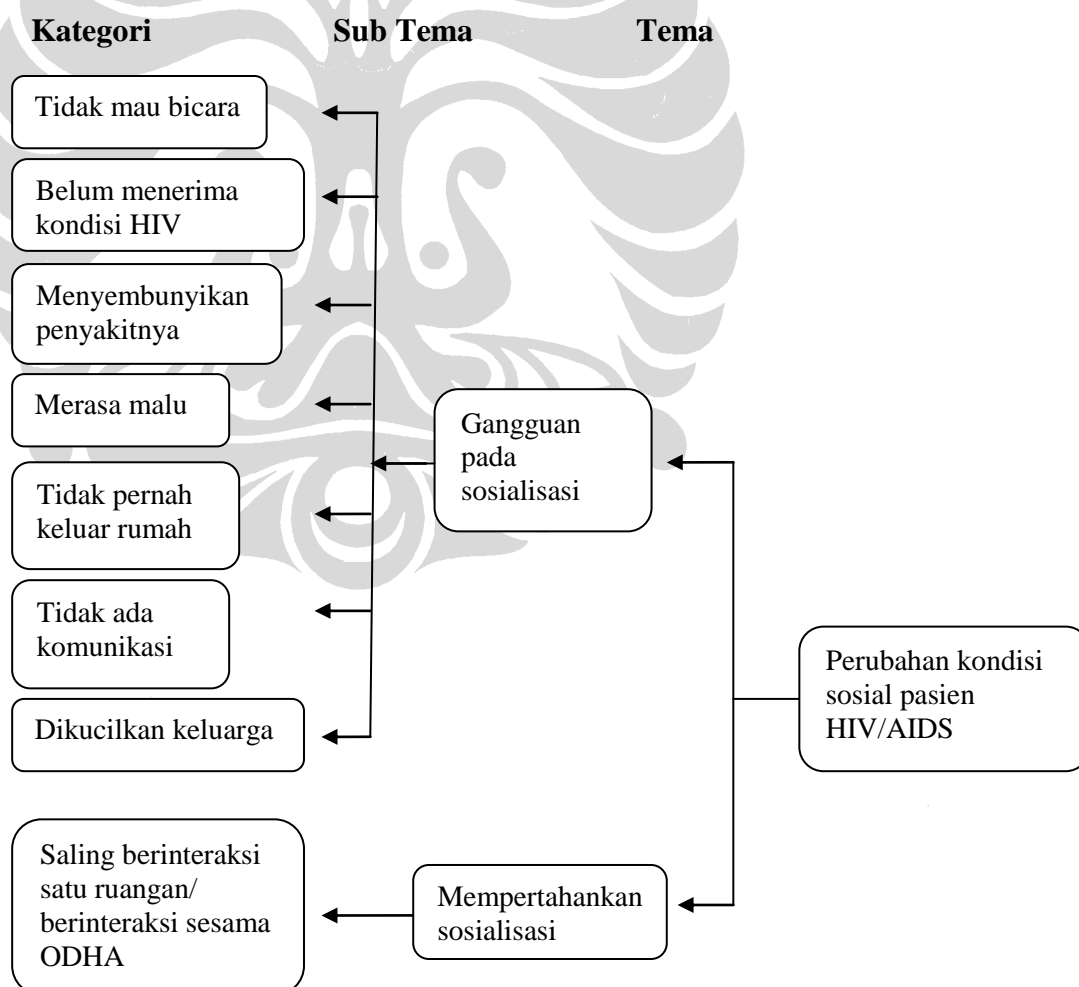
“..pasien itu dapat oo.. hidup sebagaimana layaknya gitu dan dia menerima..”(P4)

Permasalahan psikologis yang dialami pasien HIV/AIDS mempengaruhi terhadap kondisi sosial pasien HIV/AIDS terutama mempengaruhi sosialisai pasien HIV/AIDS dengan lingkungan sekitar. Tujuan khusus ke empat ingin mengungkapkan bagaimana persepsi perawat terhadap sosialisasi pasien HIV/AIDS.

Tujuan Khusus 4 : Memperoleh gambaran bagaimana persepsi perawat terhadap sosialisasi pasien HIV/AIDS

Hasil penelitian pada kondisi sosial didapatkan didapatkan ungkapan dari partisipan bahwa terdapatnya gangguan pada sosialisasi pasien HIV/AIDS. Menurut partisipan, pasien HIV/AIDS pada saat pertama kali diketahui status HIV nya tidak mau bicara, belum menerima kondisi HIV, menyembunyikan penyakitnya, merasa malu, tidak mau keluar rumah, tidak berkomunikasi dengan orang lain sampai dikucilkan oleh keluarga sendiri. Partisipan juga menyatakan pasien HIV/AIDS pada saat dirawat saling berinteraksi dengan sesama pasien HIV/AIDS dalam satu ruangan perawatan tersebut. Hal ini lebih jelas digambarkan pada skema 4.6 tema 6 berikut :

Skema 4.6 Tema 6 Perubahan sosialisasi pasien HIV/AIDS



Sub Tema 6.1 gangguan pada sosialisasi pasien HIV/AIDS

Adanya persepsi dari masyarakat terhadap pasien HIV/AIDS menyebabkan timbulnya respon sosial dari pasien HIV/AIDS. Seluruh partisipan menyatakan respon pada pasien HIV/AIDS tidak mau bicara, yang baru terdiagnosa HIV biasanya tidak menerima kondisinya sehingga menyembunyikan kepada keluarga akan kondisinya karena adanya rasa malu. Hal tersebut berdampak pasien HIV/AIDS tidak mau keluar rumah dan juga dikucilkan oleh keluarga. Seperti yang diungkapkan salah satu partisipan

“..banyak kan yang dikucilkan keluarga kan karena dia hiv positif..”(P1)

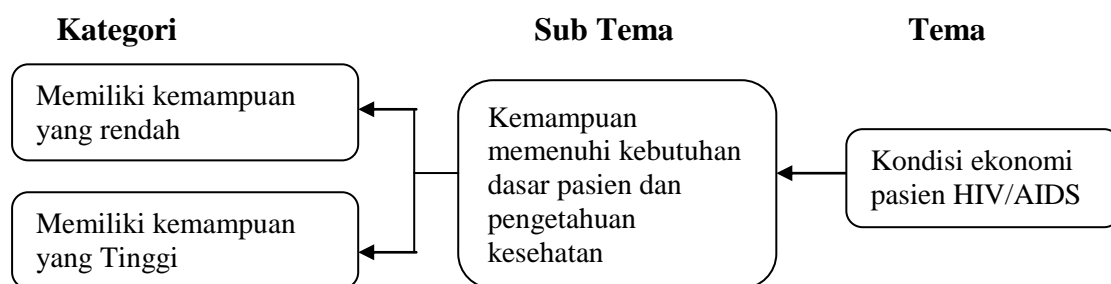
Sub Tema 6.2 Mempertahankan sosialisasi

Menurut partisipan kondisi diatas berbeda pada saat pasien HIV/AIDS dirawat di rumah sakit. Dimana pasien HIV/AIDS lebih bisa berinteraksi dengan sesamanya dan mempunyai kelompok odha. Seperti yang diungkapkan partisipan

“..hanya melihat ada kelompok mereka yang datang..”(P2)

Masalah sosial pasien HIV/AIDS berdampak pada kondisi ekonomi pasien HIV/AIDS. Hasil penelitian ini didapatkan ungkapan partisipan bahwa pasien HIV/AIDS dari segi finansialnya pada umumnya berasal dari kalangan ekonomi rendah. Sehingga dalam pemenuhan kebutuhan hidup menjadi penyebab awal mereka terinfeksi HIV dengan menjadi PSK bagi yang perempuan. Namun menurut partisipan pasien HIV/AIDS juga berasal dari kalangan ekonomi tinggi. Hal ini tergambar pada skema 4.7 tema 7 berikut :

Skema 4.7 Tema 7 Kondisi ekonomi pasien HIV/AIDS



Masalah Biopsikososial pasien HIV/AIDS berdampak pada kondisi ekonomi pasien HIV/AIDS dan keluarganya. Hal ini disebabkan peran sebagai pencari nafkah tidak dapat dilakukan akibat kondisi fisik yang menurun. Masalah ekonomi juga menjadi faktor penyebab seseorang tertular HIV/AIDS untuk memenuhi kebutuhan hidupnya dan keluarganya sehingga pasien HIV/AIDS pada umumnya berada pada kondisi ekonomi lemah. Walaupun begitu ada 1 partisipan yang menyatakan pasien HIV/AIDS mempunyai ekonomi yang tinggi. Ungkapan partisipan tentang kondisi ekonomi pasien HIV/AIDS terlihat seperti yang diungkapkan partisipan

"..Pasiennya nggak kerja dirumah aja.."

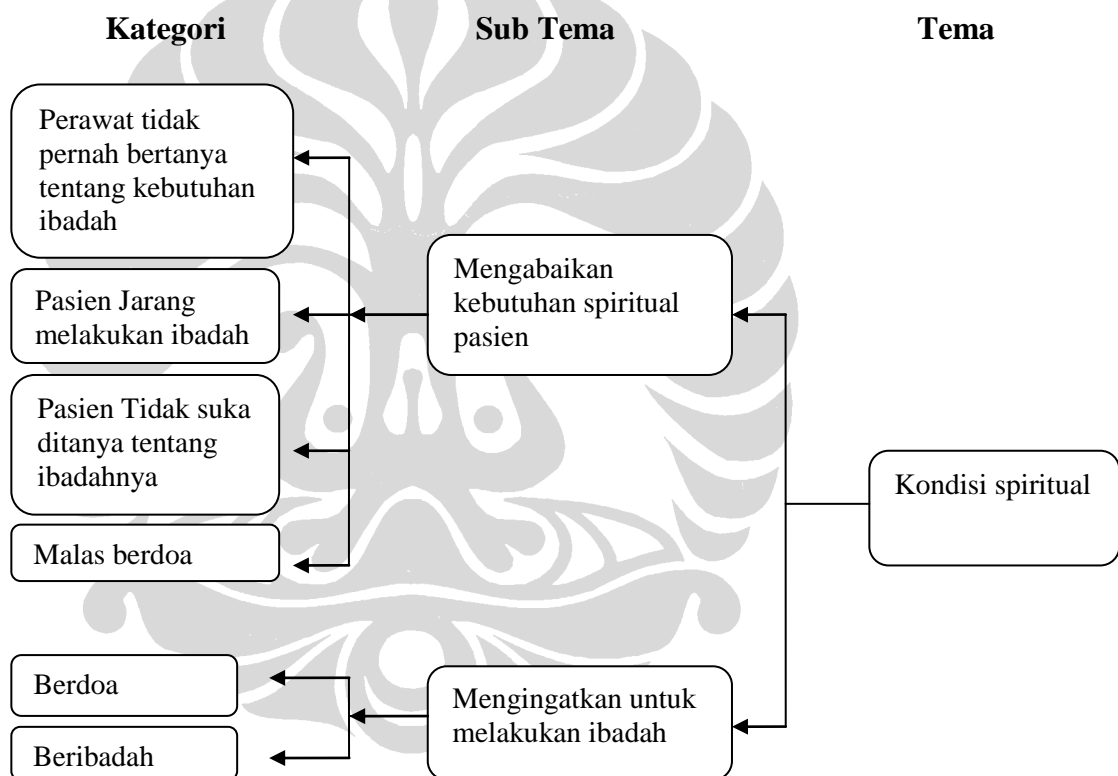
"..masalah ekonomi jadi dia ga pakai drugs tapi dia pakai seksual dia menjual diri kalo pada wanita ya kan.."

Selain mempengaruhi kondisi sosial ekonomi pasien HIV/AIDS, kondisi HIV/AIDS juga mempengaruhi kondisi spiritual pasien HIV/AIDS. Untuk itu peneliti juga ingin mengetahui bagaimana persepsi perawat tentang terhadap spiritual pasien HIV/AIDS yang peneliti ungkap dalam tujuan khusus 5 berikut :

Tujuan khusus 5 : Memperoleh gambaran bagaimana persepsi perawat terhadap spiritual pasien HIV/AIDS

Hasil penelitian yang didapatkan pada kondisi spiritual pasien HIV/AIDS dimana partisipan tidak pernah melakukan pengkajian secara spesifik. Partisipan menyatakan pasien HIV/AIDS jarang melakukan ibadah. Partisipan beranggapan pasien HIV/AIDS tidak suka ditanyakan tentang ibadahnya serta malas berdoa. Namun menurut partisipan pasien HIV/AIDS juga ada yang melakukan ibadah serta berdoa. Hal ini tergambar pada skema 4.8 tema 8 berikut :

Skema 4.8 Tema 8 Aktivitas spiritual pasien HIV/AIDS



Sub Tema 8.1 Mengabaikan kebutuhan spiritual pasien

Kondisi spiritual pasien HIV/AIDS selama dirawat menurut partisipan tidak pernah dilakukan pengkajian. Pasien HIV/AIDS menurut partisipan jarang melakukan ibadah termasuk berdoa. Hal ini juga disebabkan pasien tidak suka ditanya tentang ibadah dan akan merusak *trust* yang sudah terjalin antara partisipan dan pasien HIV/AIDS. Partisipan menyatakan jika ditanya atau mengajak pasien HIV/AIDS untuk beribadah dan berdoa mereka menyatakan malas. Hal ini tergambar dari ungkapan partisipan

“..Jarang ya kalo misal ngelihat, hampir ga ada malah gitu..”(P5)

“..di tanya ibadah dia, biasanya pasien itu lebih tidak menyenangkan..”(P4)

Sub Tema 8.2 Meningkatkan untuk melakukan ibadah

Walaupun begitu menurut partisipan ada juga beberapa pasien HIV/AIDS melakukan ibadah. Beberapa partisipan menyatakan bahwa perempuan lebih sering terlihat melakukan ibadah dan berdoa daripada laki-laki. Hal ini terungkap dalam pernyataan partisipan

“..kalo yang cewek yang rajin ibadah saya liat, kalo yang cowok jarang..”(P3)

Dari ungkapan partisipan didapatkan hasil kondisi masalah spiritual pasien HIV/AIDS tidak perlu dilakukan pengkajian karena akan mempengaruhi hubungan saling percaya pasien HIV/AIDS dengan partisipan. Namun terkadang partisipan juga melihat pasien HIV/AIDS melakukan ibadah dan berdoa terutama pasien HIV/AIDS yang perempuan.

BAB 5

Universitas Indonesia

PEMBAHASAN

Bab ini membahas hasil penelitian yang telah diperoleh dan membandingkan dengan teori-teori dan hasil penelitian sebelumnya yang memiliki keterkaitan dengan penelitian ini. Peneliti juga membahas keterbatasan penelitian terhadap perkembangan pelayanan keperawatan, penelitian keperawatan dan kebijakan kesehatan yang terkait dengan persepsi perawat tentang asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien HIV/AIDS.

5.1 Interpretasi Hasil Penelitian

5.1.1 Sikap perawat terhadap pasien HIV/AIDS

Berdasarkan hasil penelitian terhadap 6 partisipan didapatkan tiga subtema yang terkait dengan sikap perawat terhadap pasien HIV/AIDS yaitu menerima, menolak/menghindari dan memberi hukuman kepada pasien. Menerima pasien HIV/AIDS digambarkan dengan tidak adanya perasaan takut terhadap pasien HIV/AIDS, menghilangkan stigma yang ada di lingkungan petugas kesehatan sehingga perawat *care* dalam memberikan perawatan kepada pasien HIV/AIDS. Menurut Gershon, et al. (1994), petugas klinis maupun non klinis yang mengetahui tentang HIV/AIDS mempunyai pengetahuan yang tinggi tentang HIV/AIDS. Pengetahuan yang tinggi akan mengurangi perasaan takut (Maliki et al, 1998). Kondisi ini akan semakin memperbaiki hubungan perawat dan pasien serta memperbaiki pelaksanaan asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien HIV/AIDS

Asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien HIV/AIDS diarahkan kepada mengurangi risiko infeksi, membantu pasien dengan berbagai tindakan medis yang bertujuan untuk mengatasi infeksi, memperbaiki status nutrisi pasien dan mempertahankan fungsi usus serta kandung kemih (Smeltzer & Bare, 2002). Hal ini difokuskan terhadap asuhan pada kebutuhan klien secara holistik meliputi upaya mengembalikan kesehatan emosi, spiritual dan sosial (Potter & Perry, 2005).

Pada penelitian ini hampir semua perawat menyatakan bahwa kondisi pasien HIV/AIDS membutuhkan perawatan yang maksimal. Keadaan ini disebabkan oleh penurunan kondisi fisik pasien HIV/AIDS yang diakibatkan virus HIV menyerang sistem imun tubuh. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Valimaliki, et al. (2008) di Lithuania, Esthonia dan Finlandia menyatakan bahwa dari 292 perawat 234 perawat ditiga Negara tersebut bersedia untuk merawat pasien HIV/AIDS. Walaupun begitu hasil penelitian ini juga menemukan perawat menolak/menghindari pasien HIV/AIDS. Perawat cenderung membedakan kualitas asuhan keperawatan dan kuantitas interaksi dengan penderita HIV/AIDS yang sedang dirawatnya.

Kondisi tersebut sesuai dengan penelitian Koch, et al. (1991) pada perawat pedesaan ditemukan adanya keraguan dan sikap yang negatif dari perawat pedesaan dengan proporsi yang cukup besar terhadap sikap *homophobic*, dimana beberapa kelompok individu menampakkan sikap tidak menyukai AIDS dan homoseksual. Preston, et al. (1991) menyatakan, beberapa orang perawat memperlihatkan rasa tidak suka dalam merawat pasien dengan HIV/AIDS termasuk melakukan prosedur perawatan khusus invasif kepada pasien HIV/AIDS.

Kondisi ini didukung oleh pernyataan seluruh perawat pada penelitian ini yang sepertinya member hukuman kepada pasien, bahwa pasien HIV/AIDS dengan kondisi *emergency* tidak dianjurkan untuk mendapatkan perawatan di ICU (*Intensive Care Unit*), tapi cukup di lakukan tindakan minimal di ruangan. Pasien HIV/AIDS juga tidak dilakukan resusitasi ataupun pemanggilan *code blue* jika mengalami gagal nafas. Pasien HIV/AIDS sangat kecil kemungkinannya untuk mendapatkan perawatan di unit perawatan intensif dengan infeksi oportunistik tetapi lebih mungkin dirawat dengan masalah yang tidak terkait dengan infeksi HIV atau diakibatkan masalah ARV. Kondisi tersebut didukung oleh penelitian Bell et al (1993) yang menyatakan bahwa petugas kesehatan di ruang gawat darurat mempunyai pengetahuan yang rendah tentang HIV/AIDS dan memiliki

rasa takut yang tinggi terhadap terjadinya infeksi. Rasa takut yang digambarkan diakibatkan kurangnya kontak dengan pasien HIV/AIDS (Pleck et al, 1988). Perawat lebih senang mengurangi interaksi dengan pasien HIV/AIDS sehingga semua aktivitas dilakukan satu waktu tanpa adanya pengulangan untuk kembali berinteraksi dikarenakan adanya rasa takut tertular dalam menghadapi pasien HIV/AIDS.

Rasa takut tertular yang dirasakan perawat dalam menghadapi pasien HIV/AIDS digambarkan pada penelitian Ncama & Uys (2003) mengungkapkan bahwa rasa trauma yang dirasakan dalam diri perawat disebabkan perawat berada pada risiko tertular HIV/AIDS dari lingkungan kerja mereka meskipun tindakan pencegahan telah disediakan. Sebagai orang yang bekerja dilingkungan kesehatan, perawat harus mengatasi rasa takut dan prasangka terhadap orang-orang yang hidup dengan HIV/AIDS sehingga mereka dapat memberikan advokasi dan dukungan layanan keperawatan (Armstrong, 2003). Perawat merupakan kelompok rentan untuk tertular HIV/AIDS karena lingkup pekerjaannya yang selalu kontak dengan pasien HIV/AIDS (Stanhope & Lancaster, 2003)

Lingkup pekerjaan yang berada pada kondisi rentan menjadikan perawat yang dianggap orang yang paling memiliki informasi yang baik dan sangat terampil dan dianggap penting untuk semua sistem kesehatan nasional, justru tidak memberikan asuhan keperawatan yang maksimal dan lebih sering melakukan penolakan terhadap pasien dengan status HIV/AIDS (Lemens, 2010). Kondisi ini semakin memperparah stigma yang berkembang tentang HIV/AIDS dan menurunkan kualitas pelayanan keperawatan pada pasien yang terinfeksi HIV/AIDS karena ketakutan perawat terhadap kemungkinan tertular dari pasien yang dirawatnya.

5.1.2 Pengetahuan tentang HIV/AIDS

Pengetahuan tentang HIV/AIDS dari 6 perawat diketahui tentang pemahaman terhadap HIV/AIDS serta perawatan HIV/AIDS. Pada pemahaman terhadap

HIV/AIDS, perawat mengetahui penyebab, penularan, kelompok berisiko tertular HIV namun tidak mengetahui patofisiologi HIV/AIDS.

Selain pemahaman perawat tentang HIV/AIDS, dari hasil penelitian juga didapatkan pengetahuan perawat tentang perawatan terhadap gangguan biopsikososial spiritual, *discharge planning* yang diberikan, dan bagaimana pencegahan agar tidak tertular HIV/AIDS, serta pentingnya pemahaman tentang terapi ARV.

Perawatan pada gangguan biopsikososial spiritual ditemukan bahwa perawat lebih cenderung melakukan aktivitas medis sesuai dengan instruksi dokter dan hampir seluruh perawat melimpahkan tindakan keperawatan kepada keluarga yang seharusnya dilakukan oleh perawat. Hal ini sesuai dengan penelitian di Estania, Lituania dan Finlandia oleh Valimaki et al (2008), menyatakan bahwa 9-23% dari 833 perawat tidak bersedia memandikan dan membersihkan feses atau muntahan pasien HIV/AIDS. Tetapi mereka lebih banyak melakukan aktivitas, yaitu mendekatkan meja makan, mengganti linen, mengukur tanda vital dan memberi makan pasien

Secara spiritual perawat hanya mengajak pasien HIV/AIDS untuk berdoa atau mengingatkan untuk beribadah. Perawatan yang diberikan perawat dalam mengatasi masalah biopsikososial pasien HIV/AIDS mengharuskan perawat untuk memikirkan *discharge planning* terhadap pasien HIV/AIDS. *Discharge planning* dilakukan perawat dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien HIV/AIDS.

Menurut Bringham (2002), pendidikan kesehatan tentang HIV/AIDS mampu meningkatkan kesadaran pencegahan penularan dengan cara mengontrol diri dan keterampilan mengambil keputusan, namun penggunaan alat pelindung diri tidak sesuai dengan kebutuhan. *Handschoen* dan masker selalu digunakan perawat dan bahkan menjadi alat pelindung utama perawat saat kontak dengan pasien HIV/AIDS termasuk dalam melakukan pemeriksaan tekanan darah walaupun alat

tersebut tidak dibutuhkan. Kondisi ini berbeda dengan penelitian Valimaki et al (2008) bahwa perawat menggunakan *handschoen* pada saat mengganti pakaian, membersihkan peralatan medis, merawat kateter, mengosongkan urine bag, memasang infus, memulai tranfusi darah. Tindakan irasional yang sering kali dilakukan perawat selama melakukan tindakan keperawatan ini merupakan bentuk stigma tenaga kesehatan pada penderita HIV/AIDS. Menurut Wu (2008) hal ini terjadi akibat kurangnya pelatihan dan kurangnya kebijakan serta tanggung jawab dari institusi.

Peneliti juga menemukan kurangnya pemahaman perawat terhadap pemeriksaan penunjang yang dilakukan untuk mengakuratkan status HIV/AIDS pasien. Hal ini tergambar dari ungkapan perawat juga kurang memahami pemeriksaan untuk memastikan adanya antibodi terhadap HIV. Ungkapan lain perawat yang menyatakan tidak mengetahui nilai normal CD4 yaitu 500-1600 cells/mm³ yang berfungsi untuk menentukan profil imun pasien HIV/AIDS dan tingkat imunosupresi (Ignativicius, 2008) yang nantinya mempengaruhi terhadap pemberian terapi ARV. Pemahaman yang optimal akan pemeriksaan penunjang dan interpretasi hasilnya, membuat perawat mampu memberikan edukasi yang tepat dan memadai pada pasien HIV/AIDS.

Terapi ARV adalah antiretrovirus yang berfungsi untuk menghambat kerja enzim *reverse transcriptase* virus dan mencegah reproduksi virus HIV (Smeltzer & Bare, 2002). Hal ini membutuhkan pemahaman dan pengetahuan perawat tentang terapi ARV, namun kenyataannya perawat tidak mengetahui secara pasti tentang terapi ARV. Ketidaktahuan perawat dalam manfaat terapi ARV, efektivitas obat, waktu mengkonsumsi obat serta kurang memperhatikan dalam mengkonsumsi terapi ARV akan mempengaruhi kondisi progresifitas pasien HIV dalam proses perawatan di rumah sakit maupun di rumah.

Penelitian yang dilakukan Mitchell, Kelly, Potgieter dan Moon (2009) mendukung penelitian ini, dimana menyatakan bahwa perawat tidak mengetahui

tentang efek samping ARV dan mereka tidak menyadari terdapatnya efek samping dari ARV. Meskipun tidak mengetahui dan menyadari efek samping ARV, namun perawat menyatakan bahwa ARV dapat bekerja dengan baik jika dimulai secara dini, karena jika pemberian ARV ditunda terlalu lama maka pemberian ARV tidak akan efektif. Selain itu perlunya dukungan sosial yang baik serta pola hidup sehat. Pasien HIV/AIDS yang sudah mulai mengkonsumsi ARV dibutuhkan komitmen yang tinggi atas kesanggupannya untuk terus mengkonsumsi ARV sehingga diperlukan peran dan pengetahuan perawat terhadap ARV. Pengetahuan perawat yang memadai tentang penggunaan ARV dapat digunakan untuk membantu kesiapan pasien untuk mulai menggunakan ARV. Perawat dapat berdiskusi dengan pasien tentang masalah yang dialami selama menggunakan ARV dan berusaha mencari pemecahannya bersama.

5.1.3 Perubahan terhadap fisiologis pasien HIV/AIDS

Perubahan fisiologis yang terjadi pada pasien HIV/AIDS menyebabkan gangguan pada sistem tubuh pasien HIV/AIDS. AIDS menyebabkan manifestasi klinis yang sangat bervariasi dalam bentuk keganasan oportunistik dan infeksi (Price & Wilson, 1995 dan Ignatavicius, 2008). Perubahan ini sudah diketahui oleh perawat, karena seringnya perawat merawat pasien HIV/AIDS dengan gangguan fisiologis pada sistem tubuh. Perubahan kondisi fisiologis pasien HIV/AIDS bagi perawat berfungsi untuk menemukan kemungkinan diagnosis sebagai faktor prognostik dan sebagai variabel untuk mengevaluasi efektivitas pengobatan (Portillo, Holzemer, & Chou, 2007).

Gangguan fisiologis pada sistem tubuh pasien HIV/AIDS mempengaruhi dalam pemenuhan kebutuhan dasar seperti ketidakmampuan pemenuhan nutrisi akibat nyeri menelan (Smeltzer & Bare, 2002). Masalah yang dialami tidak hanya gangguan nutrisi, tetapi juga mengalami masalah eliminasi dengan adanya diare kronis selama 30 hari dan kelemahan yang kronis yang berakibat pada kondisi *wasting syndrome* (Ignatavicius, 2008)

Teori diatas sesuai dengan pernyataan perawat yang menyatakan bahwa adanya gangguan pemenuhan kebutuhan dasar pasien HIV/AIDS menyebabkan pasien mengalami gangguan pada *hygiene personal*. Perawat menyatakan bahwa pasien HIV/AIDS terlihat kotor dan malas untuk mandi akibat kelemahannya sehingga tidak mampu melakukan perawatan diri. Kelemahan biasanya ditemukan pada pasien HIV/AIDS yang mengalami gangguan fisiologis dan mendapatkan perawatan beberapa kali dirumah sakit.

Pasien yang dirawat berulang kali, biasanya menunjukkan penurunan fungsi fisiologis yang berdampak pada kematian. Kematian terjadi akibat tidak ada terapi yang efektif untuk penyakit oportunistik atau karena pasien tidak lagi responsif terhadap terapi yang standar (Smeltzer & Bare, 2002). Selama perawatan, pasien HIV/AIDS yang baru terinfeksi HIV/AIDS menurut perawat dalam perawatannya akan mengalami kondisi membaik serta mampu melakukan mobilitas dan aktivitas serta kondisi fisik yang sehat. Kondisi ini bisa bertahan jika pasien HIV/AIDS mampu mempertahankan gaya hidup sehat sehingga mampu menjalankan kehidupan layaknya orang sehat tanpa terinfeksi HIV.

Pengetahuan fisiologi perawat tentang fisiologi HIV/AIDS dapat menolong perawat untuk mengantisipasi masalah keperawatan apa yang kemungkinan terjadi pada pasiennya. Pengetahuan ini memungkinkan perawat untuk lebih dapat mempersiapkan diri sebelum merawat pasien HIV/AIDS.

5.1.4 Perubahan Psikologis pasien HIV/AIDS

Hasil penelitian ini menggambarkan pengetahuan terhadap perubahan psikologis pasien HIV/AIDS sudah diketahui oleh perawat. Perubahan psikologis diungkapkan perawat adanya harga diri rendah ditandai dengan pasien HIV/AIDS lebih banyak menarik diri, tidak mengakui bahwa dirinya sudah terinfeksi HIV/AIDS. Kondisi tersebut terutama terjadi pada pasien HIV/AIDS yang baru terinfeksi. Hal ini sesuai dengan pernyataan Chilemba (2007) bahwa individu yang baru mengetahui dirinya terinfeksi HIV akan mengalami reaksi emosional

seperti ketakutan, malu, merasa bersalah dan ragu-ragu. Respon lain yang ditunjukkan adalah menolak diagnosis, timbulnya rasa cemas dan adanya ketakutan tidak tertolong disaat kondisinya merasa lemah sehingga menimbulkan rasa marah.

Menurut Burnam, et al. (2003) rasa marah disebabkan persepsi bahwa ODHA adalah kondisi yang mengalami sakit-sakitan, tidak bisa sembuh, dikucilkan atau dijauhkan dari lingkungan dan berakhir kematian, sehingga dibutuhkan banyak dukungan untuk membantu mereka mengatasi dilemma pribadi, stigma dan tantangan lainnya (Chilemba, 2007). Perasaan psikologis yang timbul pada pasien HIV/AIDS tersebut membuat pasien terkadang bersikap manja dan membutuhkan perhatian dari orang sekitar termasuk perawat sehingga kadang menimbulkan gejala psikosomatik. Penelitian observasi yang dilakukan Cote & Pepler (2005) menyatakan bahwa informasi merupakan variabel yang penting dalam proses adaptasi, sehingga dibutuhkan peran perawat dalam menanamkan harapan kepada klien yang hidup dengan HIV untuk hidup lebih positif (Chilemba, 2007). Beberapa pasien melaporkan mereka akan mampu mengontrol perasaan mereka jika mereka mengetahui kondisi mereka dari hari ke hari. Pasien hanya ingin mengekspresikan emosi dan menginginkan seseorang mendengarkan keluhannya.

Mengekspresikan emosi dan adanya seseorang yang mendengarkan keluhannya, menurut perawat menjadikan pasien HIV/AIDS menerima kondisinya. Perasaan psikologis ini juga timbul setelah pasien HIV/AIDS sering dirawat dan melihat kondisi pasien HIV/AIDS lainnya. Proses ini sesuai dengan lima tahap reaksi yang disampaikan oleh Kubbler Ross (1974) yaitu *denial* (penolakan), *anger* (marah), *bargaining* (tawar menawar), *depression* dan *acceptance* (menerima). Rasa menerima yang dialami pasien HIV/AIDS menurut perawat berefek baik pada pasien HIV/AIDS karena pasien HIV/AIDS pada kelanjutannya akan berupaya memperbaiki hidup agar menjadi lebih sehat.

Masalah psikologis yang dialami pasien HIV/AIDS tidak terlepas dari kurangnya support sistem dari keluarga. Perawat menyatakan bahwa selama pasien HIV/AIDS dirawat, banyak pasien yang tidak ditunggu oleh keluarganya. Keluarga biasanya hanya mengantarkan pasien sampai di ruang IGD kemudian ditinggalkan selama proses perawatan. Kondisi ini didukung oleh penelitian Mitchell (2009) bahwa beberapa keluarga memberikan dukungan terhadap kondisi pasien HIV/AIDS namun beberapa keluarga ada juga yang menolak dan menyalahkan kondisi HIV/AIDS, padahal dukungan sosial dibutuhkan untuk hidup positif dengan status HIV/AIDS.

Dukungan sosial tidak hanya didapatkan dari keluarga, tetapi juga dari perawat yang memberikan perawatan. Kondisi ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Petrovic (2005), bahwa manajemen asuhan keperawatan yang diberikan kepada orang dewasa kelompok berisiko dalam kondisi ketidak berdayaannya, dapat mendorong perilaku pasien untuk mendapatkan kesehatan dan mengungkapkan kesedihan, perasaan berduka dan disfungsi kronis. Pemberian terapi lebih dini dibutuhkan untuk mengkarakteristikan perawatan orang dewasa dengan HIV/AIDS dan depresi kronis

5.1.5 Perubahan kondisi sosial pasien HIV/AIDS

Gambaran persepsi perawat terhadap perubahan kondisi sosial pasien HIV/AIDS terungkap bahwa menurut partisipan pasien HIV/AIDS selama dilakukan perawatan lebih banyak diam dan tidak mau berkomunikasi. Menurut perawat, kondisi ini dilakukan karena pasien HIV/AIDS belum menerima kondisinya dan adanya perasaan malu sehingga lebih banyak menghindari perawat.

Menurut perawat pasien HIV/AIDS tidak hanya menghindari perawat tetapi juga didapatkan kasus pasien HIV/AIDS yang sedang diberikan perawatan juga menyembunyikan penyakitnya dengan pasangannya. Perasaan malu yang dialami pasien HIV/AIDS juga tidak terlepas dengan adanya stigma dari masyarakat terhadap pasien HIV/AIDS sehingga menimbulkan rasa malu dalam keluarga,

kehilangan harga diri keluarga dan gangguan hubungan keluarga dan jaringan sosial keluarga yang lebih luas (Li li, 2008), hal ini berdampak pengucilan keluarga terhadap pasien HIV/AIDS sebagai sumber timbulnya rasa malu, yang mengakibatkan pasien HIV/AIDS tidak keluar rumah untuk melakukan aktivitas dan tidak mau berkomunikasi. Menurut Sherman (2003) kualitas hidup pasien HIV/AIDS akan meningkat dengan adanya dukungan dari keluarga, teman kerja, perawat dan Tuhan. Oleh karena itu, untuk kesejahteraan penderita HIV/AIDS penting adanya integrasi antara anggota keluarga, teman dan perawat memperhatikan fungsi sosial untuk membangun rasa kohesi dan keamanan dari pengalaman (Moller & Smit, 2004)

Fungsi sosial baru terlihat selama perawatan di rumah sakit. Perawat berusaha agar sesama pasien HIV/AIDS melakukan interaksi dengan pasien HIV/AIDS lainnya diruang perawatan. Menurut perawat, kondisi penyakit yang sama pada pasien HIV/AIDS menyebabkan pasien HIV/AIDS lebih mudah berinteraksi termasuk kunjungan dari sesama ODHA kepada pasien HIV/AIDS. Upaya ini dilakukan perawat untuk membangun interaksi dan membangun kembali rasa percaya diri pasien HIV/AIDS akan kondisi yang dialaminya.

5.1.6 Kondisi ekonomi pasien HIV/AIDS

Tema tambahan yang ditemukan dalam penelitian adalah kondisi ekonomi pasien HIV/AIDS yang rendah. Akibat kondisi ekonomi yang rendah dan tuntutan pemenuhan kebutuhan dasar dan tidak adanya keterampilan yang dimiliki sehingga memilih untuk menjadi PSK. Infeksi HIV memiliki hubungan yang positif dengan tingkat pendapatan yang rendah (Taylor, 2006), karena kemiskinan sangat berpengaruh terhadap ketidakberdayaan dalam mengontrol status kesehatan (Maccia & Mason dalam Stanhope & Lancaster, 2000). HIV/AIDS mampu mengganggu struktur ekonomi dan sosial masyarakat karena HIV/AIDS berakibat fatal terutama mempengaruhi orang dewasa usia produktif yang mempunyai keluarga serta orangtua

Ketidakterdayaan mengontrol status kesehatan akibat kondisi pasien HIV/AIDS pada stadium lanjut mengalami ketidakmampuan bekerja serta ketidakmampuan menjalankan peran, status hubungan yang dijalani, tidak dapat merawat diri sendiri dan bergantung pada orang lain (Smeltzer & Bare, 2002). Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Kabbash, et all (2008) dalam penelitian mendapatkan bahwa banyak dari mereka menganggur atau tidak melaksanakan pekerjaan dengan teratur. Mereka memiliki masalah keuangan dan takut bahwa di masa depan mereka mungkin tidak dapat mendukung diri mereka sendiri. Di Afrika untuk mengatasi kondisi perekonomian, dengan mengurangi penambahan jumlah tenaga kerja karena diantara pasien HIV/AIDS yang mampu bekerja namun produktivitas mereka cenderung menurun akibat kondisi HIVnya (Avert, 2010)

Pengungkapan kondisi ekonomi ini terlihat dari ungkapan perawat bahwa pasien HIV/AIDS bekerja sebagai PSK untuk memenuhi kebutuhan hidup, namun ada juga karena tidak mampu mencari nafkah karena keterbatasan fisik akibat status HIV/AIDS yang dapat mempengaruhi kondisi ekonomi keluarga. Keluarga yang merawat pasien HIV/AIDS, berdampak pada kehilangan penghasilan, perlu tambahan biaya untuk perawatan, penggunaan alat-alat medis dan tidak mampu bekerja mencari nafkah yang dapat menambah berat kondisi perekonomiannya (Avert, 2010). Status ekonomi tinggi tergambar pada pasien HIV/AIDS, yang tertular akibat penggunaan jarum suntik narkoba. Sebagian besar penyalahgunaan narkoba diakibatkan karena kurang perhatian dari orangtua yang hanya berfokus pada pemenuhan materil.

5.1.7 Kondisi spiritual

Hasil penelitian ini menggambarkan bahwa persepsi perawat tentang spiritual merupakan suatu hal yang bersifat privacy, sehingga perawat tidak banyak memasuki area ini. Perawat juga mempersepsikan bahwa pasien tidak senang bila ditanyakan tentang aktivitas ibadah yang dilakukan karena dapat mengganggu hubungan perawat-pasien yang telah terbina. Anggapan ini melandasi perawat

mengeneralisasikan bahwa semua pasien HIV/AIDS tidak senang bila perawat melakukan pengkajian spiritual, khususnya aktivitas ibadah pasien.

Kondisi ini bertentangan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Trevino et al (2010) yang menunjukkan bahwa kurangnya spiritual dapat berpengaruh terhadap rendahnya kualitas hidup pasien HIV/AIDS, memperberat gejala HIV, penurunan fungsi fisik dan psikologis, dan peningkatan gejala depresi. Sedangkan pasien HIV yang memiliki tingkat spiritualitas yang tinggi mengalami peningkatan kesejahteraan. Pengkajian yang mendalam tentang ibadah dan spiritualitas pada pasien HIV AIDS sangat penting, karena mendasari pengambilan tindakan keperawatan yang akan dilakukan.

Intervensi terhadap kebutuhan spiritual bagi pasien HIV/AIDS, berfokus pada pemberian dukungan dan dorongan untuk pemenuhan kebutuhan spiritual pasien HIV/AIDS. Tindakan ini dapat dilakukan secara mandiri oleh perawat maupun bekerjasama pemuka agama dan konselor psikoterapi. Intervensi psiko-spiritual, khususnya agama menjadi koping positif dalam upaya mempertahankan kebutuhan spiritual pasien HIV/AIDS sehingga dapat meningkatkan kesejahteraan psikologis, fisiologis dan spiritual pasien HIV/AIDS. Pemenuhan kebutuhan spiritual yang terganggu, komunikasi yang kurang baik dengan tenaga kesehatan memicu terjadinya depresi yang dapat memperburuk kondisi pasien HIV/AIDS (Chibnall, Videen, Duckro & Miller, 2002).

Penelitian diatas menunjukkan bahwa kebutuhan spiritual pasien HIV/AIDS seharusnya juga menjadi prioritas dalam memberikan asuhan keperawatan selain kebutuhan biopsikososial. Walaupun pemenuhan spiritual merupakan bagian kecil dari asuhan keperawatan, namun kondisi spiritual yang baik pada pasien HIV/AIDS mampu meningkatkan kesejahteraan dan perbaikan kondisi secara bertahap. Spiritual juga menyebabkan pasien HIV/AIDS dapat menerima kondisinya dan memotivasi pasien untuk lebih berpikiran positif.

5.1.7 Keterbatasan Penelitian

Berdasarkan pengalaman yang diperoleh dalam penelitian ini terdapat keterbatasan penelitian yaitu :

- a Wawancara yang dilakukan pada saat jam kerja perawat mempengaruhi keleluasaan dan kenyamanan dalam pelaksanaan penelitian
- b Saat wawancara, sebagian perawat mempunyai intonasi suara yang rendah. Hal ini diantisipasi dengan memperhatikan dengan peletakan alat perekam, namun kondisi ruangan yang lebar serta menggema mempengaruhi kejelasan dari kalimat yang diucapkan perawat.
- c Instrument utama dalam penelitian ini adalah perawat sendiri. Pengalaman pertama peneliti dalam pelaksanaan penelitian kualitatif sehingga mempengaruhi kemampuan peneliti dalam menggali yang seharusnya masih banyak data yang bisa tergali lebih dalam lagi.
- d Karakteristik tempat penelitian yang tidak bervariasi dimana perawat yang menjadi perawat berada dalam satu ruangan tempat kerja, sehingga perawat bertemu dengan pasien HIV/AIDS dan melakukan aktivitas yang sama.

5.2 Implikasi Penelitian

Hasil penelitian ini memiliki implikasi bagi praktik pelayanan keperawatan, pendidikan keperawatan dan penelitian keperawatan selanjutnya. Penelitian ini memberikan gambaran mendalam bagaimana persepsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien HIV/AIDS.

- a. Bagi praktek keperawatan

- a) Bagi rumah sakit

HIV/AIDS adalah suatu kondisi yang kompleks yang mempengaruhi kelangsungan hidup pasien HIV/AIDS. Kondisi ini terjadi akibat perubahan kondisi biologis, psikologis, sosial dan perubahan dalam kebutuhan spiritual pasien HIV/AIDS. Pemberian asuhan keperawatan yang maksimal sangat dibutuhkan oleh pasien HIV/AIDS termasuk dalam

kondisi emergency yang harus mendapatkan perlakuan yang sama seperti apa yang didapatkan pasien yang bukan HIV/AIDS.

Dalam memberikan asuhan keperawatan, perawat perlu menerapkan *caring* termasuk cara berkomunikasi serta memberikan informasi terkait HIV/AIDS. *Discharge planning* juga sangat dibutuhkan dalam melakukan asuhan keperawatan kepada pasien HIV/AIDS, sehingga diharapkan pasien HIV/AIDS mampu menjalankan pola hidup yang lebih sehat.

b) Bagi perawat keperawatan medikal bedah

Asuhan keperawatan yang dilakukan di rumah sakit diawali dengan melakukan pengkajian, intervensi, implementasi dan evaluasi yang berkelanjutan terhadap kondisi perawatan yang diberikan kepada pasien HIV/AIDS secara biopsikososial dan spiritual.

b. Bagi pendidikan

Asuhan keperawatan pasien HIV/AIDS dapat ditanamkan kepada peserta didik, sehingga mampu memberikan asuhan keperawatan secara biopsikososial spiritual kepada pasien HIV/AIDS. Hasil penelitian ini dapat menjadi acuan dalam memenuhi mata kuliah imunitas.

c. Bagi penelitian keperawatan selanjutnya

Persepsi perawat terhadap asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien dalam penelitian ini memperlihatkan bentuk asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien HIV/AIDS. Asuhan keperawatan yang diberikan disesuaikan dengan perubahan kondisi yang dialami pasien HIV/AIDS. Hasil penelitian ini bisa menjadi data selanjutnya untuk dilakukan penelitian pengalaman pasien HIV/AIDS dalam menerima dampak asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat.

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini menjelaskan tentang simpulan yang menjawab permasalahan penelitian yang telah dirumuskan, kemudian akan disampaikan saran praktisi yang berhubungan dengan masalah penelitian.

6.1 Simpulan

1. Persepsi perawat terhadap pasien HIV/AIDS pada tema 1 ditemukan adanya sikap perawat yang menerima pasien HIV/AIDS namun juga terdapat sikap menolak dan memberikan hukuman kepada pasien disebabkan masih terdapatnya stigma perawat terhadap pasien HIV/AIDS. Tema 2 menyatakan pengetahuan perawat terhadap pemahaman dan perawatan yang diberikan kepada pasien HIV/AIDS
2. Gambaran Perawat persepsi perawat terhadap fisiologis pada pasien HIV/AIDS pada tema 3 diungkapkan bagaimana pengkajian pengkajian dan dan kendala perawat dalam melakukan kegiatan keperawatan, sedangkan pada tema 4 menyatakan bahwa perubahan fisiologis pasien HIV mengalami gangguan pada sistem tubuh yang berdampak pada gangguan pemenuhan kebutuhan dasar dan mengalami perubahan kondisi setelah dilakukan perawatan.
3. Gambaran persepsi perawat terhadap psikologis pasien HIV/AIDS pada tema 5 mengungkapkan bahwa pasien mengalami perubahan kondisi psikologis yang berdampak pada terjadinya masalah psikologis, namun jika diatasi dengan baik pasien akan menerima realitas sebagai ODHA.
4. Gambaran persepsi perawat terhadap sosial pasien HIV/AIDS terungkap pada tema 6 yang menyatakan terjadinya perubahan kondisi sosial menyebabkan terjadinya gangguan sosialisasi pasien HIV/AIDS namun selama perawatan pasien mempertahankan kondisi sosialisasi dengan sesama pasien HIV/AIDS dan ODHA. Tema 7 menggambarkan dampak pada kondisi ekonomi pasien terhadap kemampuan memenuhi kebutuhan dasar pasien dan pengetahuannya.

5. Gambaran persepsi perawat terhadap spiritual pasien pada tema 8 tergambar kondisi spiritual pasien dimana perawat mengabaikan kebutuhan spiritual pasien namun terkadang perawat meningkatkan untuk melakukan ibadah.

6.2 Saran

1. Bagi Pelayanan Keperawatan

- a. Perawat melakukan asuhan keperawatan secara biopsikososial spiritual kepada pasien HIV/AIDS, karena pasien HIV/AIDS mengalami perubahan yang kompleks tidak hanya pada sistem tubuhnya tapi juga pada sosialisasi, psikologi terutama spiritual pasien HIV/AIDS.
- b. Perlunya dipersiapkan perawatan intensif pada kondisi emergency yang terjadi pada pasien HIV/AIDS.
- c. Perlunya dilakukan pelatihan HIV/AIDS kepada perawat khususnya yang merawat pasien HIV/AIDS minimal setiap 3 bulan sekali agar perawat lebih memberikan sikap *caring* dan memahami asuhan keperawatan secara biopsikososialspiritual yang diberikan kepada pasien HIV/AIDS.
- d. Melakukan uji kompetensi secara berkala terhadap perawat dalam melakukan asuhan keperawatan kepada pasien HIV/AIDS
- e. Hasil penelitian dapat menjadi acuan bagi pelayanan kesehatan akan perubahan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien HIV/AIDS dengan cara mengembangkan program seleksi perawat terhadap minat perawat kepada pasien HIV/AIDS sehingga perawat disaat bekerja dapat memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif.

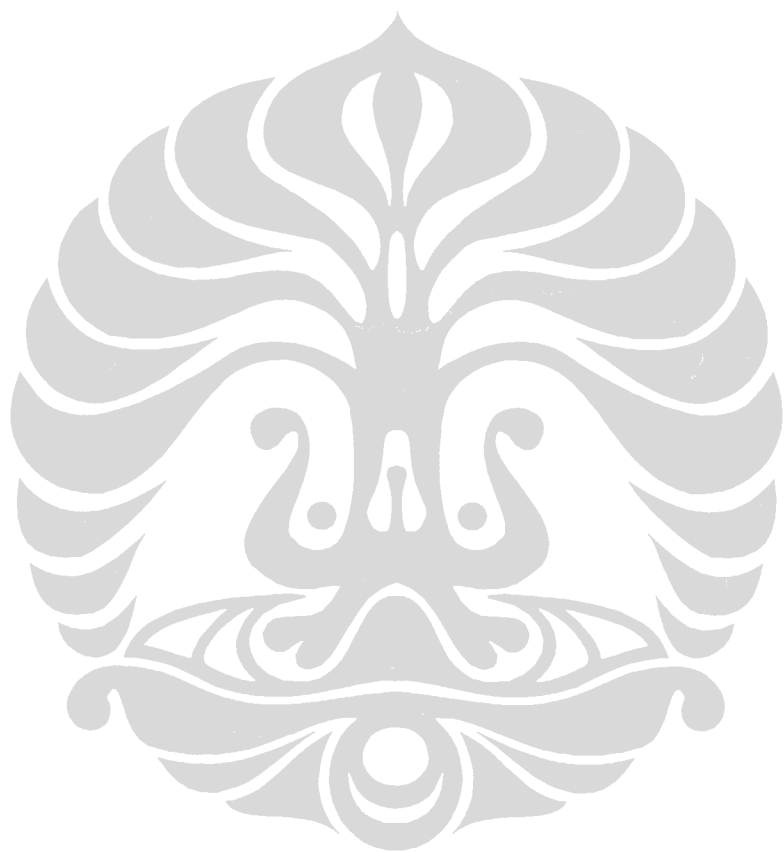
2. Bagi Pendidikan Keperawatan

Peserta didik perlu diberikan materi yang lebih mendalam terhadap permasalahan yang terjadi pada pasien HIV/AIDS, sehingga peserta didik timbul sikap *caring* dan mampu melakukan asuhan keperawatan yang holistik kepada pasien HIV/AIDS dengan berupaya menghilangkan stigma terhadap pasien HIV/AIDS.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Perlunya dilakukan pengkajian lebih lanjut dan mendalam tentang pengalaman pasien HIV/AIDS setelah mendapatkan asuhan keperawatan

serta pengalaman pasien HIV/AIDS dalam usaha mendapatkan pelayanan kesehatan.





PENJELASAN PENELITIAN

JUDUL PENELITIAN : Persepsi Perawat Tentang Asuhan Keperawatan yang Diberikan Kepada Pasien HIV/AIDS

PENELITI : Elvi Oktarina

NPM : 0906574676

Peneliti adalah Mahasiswa Program Studi Magister Ilmu Keperawatan peminatan Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Bapak/ Ibu/ saudara telah diminta untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Partisipasi ini sesungguhnya bersifat sukarela. Bapak/Ibu berhak memilih untuk berpartisipasi atau tidak berpartisipasi atau mengajukan keberatan atas penelitian ini. Tidak ada konsekuensi atau dampak negatif jika Bapak/Ibu membatalkan untuk ikut berpartisipasi. Sebelum Bapak/Ibu/Saudara memutuskan untuk berpartisipasi, maka saya akan menjelaskan beberapa hal sebagai berikut:

1. Tujuan penelitian ini untuk mendapatkan gambaran tentang asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien HIV/AIDS.
2. Penelitian ini bermanfaat untuk mengetahui persepsi perawat tentang asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien HIV/AIDS.
3. Jika Bapak/Ibu bersedia untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian ini, maka peneliti akan melakukan wawancara sebanyak dua kali. Pada pertemuan pertama, peneliti akan mengajukan beberapa pertanyaan terkait dengan persepsi Bapak/Ibu/Saudara tentang asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien HIV/AIDS, sedangkan pertemuan kedua dilakukan untuk mengklarifikasi informasi yang didapatkan pada

pertemuan pertama. Wawancara akan dilakukan pada waktu dan tempat yang telah disepakati.

4. Selama melakukan wawancara, peneliti menggunakan alat bantu perekam suara yang bertujuan untuk merekam apa yang Bapak/Ibu/Saudara ucapkan. Wawancara akan dilakukan selama 60-90 menit.
5. Penelitian ini tidak akan merugikan dan menimbulkan resiko bagi Bapak/Ibu/Saudara. Apabila Bapak/Ibu/Saudara merasa tidak nyaman selama wawancara, maka Bapak/Ibu/Saudara boleh tidak menjawab atau mengakhiri wawancara serta mengundurkan diri dari penelitian.
6. Semua data dan catatan yang dikumpulkan selama penelitian ini akan dijamin kerahasiaannya, dimana hasil penelitian hanya akan dipublikasikan kepada pihak intitusi pendidikan dalam hal ini adalah Universitas Indonesia dan Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo serta pihak terkait lainnya dengan tetap menjamin kerahasiaan identitas.
7. Semua catatan yang berhubungan dengan penelitian akan dijamin kerahasiaannya. Peneliti akan memberikan hasil catatan rekaman kepada Bapak/Ibu/Saudara untuk diperiksa kembali kebenarannya sebelum analisa data.
8. Jika ada yang belum jelas silahkan Bapak/Ibu/Saudara tanyakan pada peneliti.
9. Jika Bapak/Ibu/Saudara memahami dan bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian ini, silahkan menandatangani lembar persetujuan untuk menjadi partisipan pada lembar yang telah disediakan

Jakarta, Mei 2011

Peneliti,

Elvi Oktarina

0906574676

Universitas Indonesia



LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL PENELITIAN : Persepsi Perawat Tentang Asuhan Keperawatan yang Diberikan Kepada Pasien HIV/AIDS

PENELITI : Elvi Oktarina

NPM : 0906574676

Berdasarkan penjelasan yang telah disampaikan oleh peneliti tentang penelitian yang akan dilaksanakan sesuai judul di atas, saya mengetahui bahwa tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui *persepsi perawat tentang asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien HIV/AIDS*. Saya memahami bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas pelayanan keperawatan, terutama pasien HIV/AIDS. Saya memahami bahwa resiko yang dapat terjadi sangat kecil dan saya berhak untuk menghentikan keikutsertaan saya dalam penelitian ini tanpa mengurangi hak-hak saya sebagai perawat.

Saya juga mengerti bahwa catatan mengenai penelitian ini akan dijaga kerahasiaannya, dan berkas yang mencantumkan identitas hanya digunakan untuk keperluan pengolahan data dan bila sudah tidak digunakan lagi akan dimusnahkan dan kerahasiaan data tersebut hanya diketahui peneliti.

Selanjutnya saya secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan menyatakan bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.

Jakarta,2011

Responden

Peneliti

(.....)

(Elvi Oktarina)

Universitas Indonesia

PEDOMAN WAWANCARA

Bagian I

Identitas/code :

Umur :

Pendidikan :

Lama Bekerja :

Jabatan :

Tempat Asal :

1. Sudah berapa lama anda merawat pasien HIV?
2. Sudah pernahkah anda mengikuti pelatihan tentang HIV/AIDS?

Bagian II

1. Coba Anda ceritakan tentang penyakit HIV/AIDS (pengertian, cara penularan, stadium HIV/AIDS, cara pencegahannya, kelompok rentan, penatalaksanaan)
2. Menurut anda kenapa seseorang bisa terinfeksi HIV/AIDS?
3. Coba Anda ceritakan bagaimana persepsi anda selama merawat pasien HIV/AIDS?
4. Coba anda ceritakan bagaimana cara penanganan pasien HIV/AIDS?
5. Menurut anda apakah pasien HIV/AIDS patut untuk dirawat di rumah sakit seperti pasien yang bukan HIV/AIDS?
6. Menurut anda apakah dukungan dari institusi mempengaruhi anda dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien HIV/AIDS?
7. Coba anda ceritakan asuhan keperawatan yang bagaimana yang harusnya diterima oleh pasien HIV/AIDS?
8. coba anda ceritakan bagaimana penanganan pasien HIV/AIDS dengan masalah fisiologisnya?
9. coba anda ceritakan bagaimana menurut anda kondisi psikologis pasien HIV/AIDS?
10. Menurut anda bagaimanakah kehidupan sosial pasien HIV/AIDS?
11. Menurut anda bagaimanakah pelaksanaan spiritual pasien HIV/AIDS?

CATATAN LAPANGAN

| | |
|---|---|
| Nama partisipan | : |
| Kode partisipan | : |
| Tempat dan waktu wawancara | : |
| Lama wawancara | : |
| Posisi partisipan | : |
| Situasi wawancara | : |
| Catatan kejadian | |
| Gambaran partisipan saat akan wawancara: | |
| Gambaran partisipan selama wawancara: | |
| Gambaran suasana tempat selama wawancara: | |
| Respon partisipan saat terminasi: | |



**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 2096/H2.F12.D/PDP.04.02/2011 4 April 2011
Lampiran : -
Perihal : Permohonan pengambilan data awal

Yth. Direktur Utama
RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo
Jl. Diponegoro No. 71
Jakarta

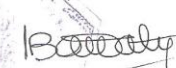
Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama

Sdr. Elvi Oktarina
0906574676

bersama ini kami sampaikan bahwa pelaksanaan tesis tersebut merupakan bagian akhir dalam menyelesaikan studi di FIK-UI.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengijinkan mahasiswa untuk mencari data awal di RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta sebagai tahap awal pelaksanaan kegiatan tesis.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,

Dewi Trawaty, MA, PhD
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Kepala Bagian Penelitian RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo
3. Kepala Bidang Keperawatan RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo
4. Karu. Perawatan Terpadu Gedung A RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo
5. Sekretaris FIK-UI
6. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
7. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
8. Koordinator M.A. "Tesis"
9. Peringgal



**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Persepsi Perawat Tentang Asuhan Keperawatan yang Diberikan Kepada Pasien HIV/AIDS.

Nama peneliti utama : Elvi Oktarina

Nama institusi : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

Jakarta, 26 April 2011

Ketua,

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001



KEMENTERIAN KESEHATAN R.I.
DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT NASIONAL DR. CIPTO MANGUNKUSUMO
Jalan Diponegoro No.71 Jakarta 10430, Kotak Pos 1086
Telp. 3918301, 31930808 (Hunting), Fax. 3148991



Jakarta, 9 Mei 2011

No : 80 /TU-K/ Lit/V/2011
Lampiran :
Hal : Ijin Penelitian/Pengambilan Data

Kepada Yth
Ka. Unit Rawat Inap Terpadu Gedung A
RSUPN DR. Cipto Mangunkusumo
J a k a r t a.

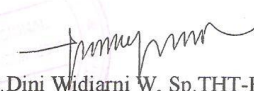
Bersama ini kami hadapkan peneliti :
Nama : Elvi Oktarina
NPM : 0906574676
Fakultas : Keperawatan
Universitas : Indonesia
Strata : S - 2

Yang bersangkutan akan melakukan survey / pengambilan data mengenai: "Persepsi Perawat Tentang Asuhan Keperawatan Yang Diberikan Kepada Pasien HIV/AIDS", penelitian ini dilakukan di Rawat Inap Terpadu Gedung A. Sesuai dengan permohonan peneliti dengan disposisi oleh Direktur Pengembangan dan Pemasaran No. 12894/TU-M/69/IV/2011 tanggal 26 April 2011. Selanjutnya kami mohon tanggapan apakah penelitian ini dapat dilakukan di Departemen/Unit/Bagian Saudara.

Kami mohon kesediaan sejawat agar menunjuk pembimbing dalam kegiatan penelitian tersebut dan meminta copy hasil sebagai data di Bagian Penelitian dalam bentuk *hard cover* disertai dengan melampirkan Abstrak penelitian dalam bentuk email dilengkapi nama lengkap, asal institusi dan judul penelitian yang dikirimkan kepada bagian penelitian (penelitianrscm@fk.ui.ac.id)

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Ka. Bagian Penelitian
RS Dr. Cipto Mangunkusumo,


Dr. dr. Dini Widiarni W. Sp.THT-KL(K) M.Epid
NIP: 19590115 198512 2 001

Tembusan Yth :

1. Direktur Pengembangan dan Pemasaran
2. Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Universitas Indonesia

ANALISA DATA

I. Bagian Pertama

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 |
|---------------|---------------|--------------|-------------|---|----|----|----|----|----|----|
| | Pelatihan HIV | Pernah | Waktu | "..Pernah 1 kali.." | | √ | | | | |
| | | | | "..Pernah 2x.." | | | | √ | | |
| | | | | "..sebelum 2000, iya saya lupa persis tapi terakhir ini tahun 2010.." | | | | √ | | |
| | | | | "..Tahun 2010 ini d.." | | √ | | | | |
| | | | Berapa lama | "..selama dua minggu.." | | | | √ | | |
| | | | | "selama 2 hari.." | | √ | | | | |
| | | | Materi | "..ke pasien kita beradaptasi berorientasi melakukan keperawatan untuk kita gimana sih, untuk cara aseptiknya dan non aseptiknya dan cara untuk kita proteksi diri.." | | | | √ | | |
| | | | | "..Tentang pencegahan, cara penularan dan terapi nya, apa lagi ya..?" | | √ | | | | |
| | | Tidak pernah | | "..Pelatihan HIV ga pernah bu.." | √ | | | | | |
| | | | | "..belum pernah.." | √ | | √ | | | |
| | | | | "..belum.." | | | | | √ | √ |
| | | | | "..dari kita sekolah.." | √ | | | | | |
| | | | | "..diberikan disekolah aja.." | √ | | | | | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 |
|---------------|--------------------|----------|----------|---|----|----|----|----|----|----|
| | | | | | | | | | | |
| | Merawat pasien HIV | | Waktu | "..selama 1 tahun.." | √ | | | | | |
| | | | | "..selama tahun 2010 memegang khusus pasie HIV.." | √ | | | | | |
| | | | | "..udah ada setahun setengah lah.." | | √ | | | | |
| | | | | ".. dua tahun.." | | | √ | | | |
| | | | | " kalo diitung semua ada 2 tahunan lah.." | | | | √ | | |
| | | | | "..dulu di irna e sudaah 2 tahun merawat hiv, disini yaa.. rolingan 3 bulan sekali.." | | | | | √ | |
| | | | | baru.. lum dua bulan kali, | | | | | | √ |

Judul : Persepsi Perawat Tentang Asuhan Keperawatan yang Diberikan Kepada Pasien dengan HIV/AIDS

II. Bagian Kedua

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|-----------------------------------|--|--------------------------|---|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Persepsi perawat tentang HIV/AIDS | Sikap perawat terhadap pasien HIV/AIDS | Menerima pasien HIV/AIDS | Tidak takut terhadap pasien HIV/AIDS | "..biasa aja sih ga perasaan takut.." | √ | | | | | |
| | | | | "..ngapain musti takut apalagi orang juga.." | | | | | | √ |
| | | | | "..nggak takut, kalo dia nggak berdarah nggak apa.." | | | | | | √ |
| | | | | "..ngerawat dia sebagai mana biasanya merawat pasien yang lain.." | | | √ | | | |
| | | | Tidak berdosa/tidak bersalah/menghilangkan stigma | "..Aku berprinsip pasien itu ga pernah salah dia dalam kondisi sakit.." | √ | | | | | |
| | | | | "..menurut pandangan saya orang penderita hiv itu tidak perlu harus kita singkirkan atau kita jauhkan, malah kita dekatkan supaya mungkin bisa kembali oo kemasyarakat semula begitu, kalo kita semakin dia menjauh, dia akan merasa diri dia tersingkirkan sehingga mungkin prilaku-prilaku apa yang tidak baik itu bisa diulangi kembali, tapi kalo kita rangkul | | | | √ | | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|----------|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | | | | dan kita berikan penjelasan tapi kan mungkin dia bisa lebih ooo... menyetop apa yang dia lakukan dan menjadi masyarakat yang baik..” | | | | | | |
| | | | | “..kita nggak perlu melakukan suatu.. judge ya atau penyingkiran terhadap dia ya..” | | | | √ | | |
| | | | | “..Kalo dia membutuhkan pertolongan memang harus ditolong, ..” | √ | | | | | |
| | | | | “..iya mereka pantas untuk dirawat dirumah sakit..” | √ | | | | | |
| | | | | “..Perlu dong perlu lah supaya dia sendiri nggak merasa terkucilkan..” | | | | | | √ |
| | | | | “..Ga ada sih, kayak merawat pasien biasa aja sih..” | √ | | | | | |
| | | | | “..ga dibedain mo SIDA ato ga tetap sama..” | | √ | | | | |
| | | | | “..mereka punya hak yang sama dengan pasien non hiv, kita ga beda-bedain kok..” | | | √ | | | |
| | | | | “..ngerawat ya udah sama aja nggak ada | | | | | √ | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|--------------------------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | bedanya..” | | | | | | |
| | | | | “..Kata saya sih ga jauh beda ya ma penyakit yang lainnya..” | | √ | | | | |
| | | | | “..penanganan pasien hiv dengan non hiv sama ja..” | | √ | | | | |
| | | | | “..Sama aja kayaknya ya, perawatan HIV dengan pasien-pasien biasa..” | | | | | | √ |
| | | | | “..Sama aja nggak ada bedanya..” | | | | | √ | |
| | | | | “..ga terlalu geli ah biasa aja sama ke pasien lain bukan HIV..” | | √ | | | | |
| | | | Care terhadap pasien HIV | “..kita harus merawat mereka dengan hati, makannya kita bantu semua..” | | | √ | | | |
| | | | | “..wajar mereka dirawat dirumah sakit karena kondisi mereka..” | | √ | | | | |
| | | | | “.. dia dirujuk untuk dirawat berarti membutuhkan perawatan..” | √ | | | | | |
| | | | | “..tapi ya nggak bisa semuanya juga, pasien juga kan yang model-model ketular, istilahnya dia kan juga ga mau sakit kayak | | | | | √ | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|--------------------------------------|---|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | gini..” | | | | | | |
| | | | | “..Aktifitas yang kita berikan lebih banyak ke mereka daripada yang non hiv karena mereka ga bisa..” | | | √ | | | |
| | | | Berorientasi kepada tugas sebagai perawat | “..Tapi ya karena tanggung jawab sini dan ditugasin sebagai perawat melakukan apa yang ditugaskan..” | | √ | | | | |
| | | Menolak/menghin dari pasien HIV/AIDS | Takut/menghindar | “..pada dasarnya sih awalnya memang takut gitu kan..” | | | | | √ | |
| | | | | “..Takut... hehhe..” | | √ | | | | |
| | | | | “..istilahnya meminimalkan tindakan sama dia selama bisa dilakukan barengan semuanya kita kontak kedia ya sekali itu aja, selebihnya kalo misalnya nggaaa.. nggak apa namanya ga penting-penting amat juga nggak kesitu..” | | | | | √ | |
| | | | | “..jangan sampe ngulang-nglang masuk ke situ lagi..” | | | | | √ | |
| | | | | “..sempet malas kan, karena takut, parno | | √ | | | | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|-------------------|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | gitukan..” | | | | | | |
| | | | Takut tertular | “..Awal-awalnya takut, adalah takut sama dia kan, aa.. takut..takut tertular.. | | | | | √ | |
| | | | | “..sempet saya takut tertular gitu ya..” | | √ | | | | |
| | | | | “..takut berontak kalo pas lagi ambil darah,..” | | √ | | | | |
| | | | | “..takut tertusuk juga dari dia..” | | √ | | | | |
| | | | Stigma yang buruk | “..pasien HIV itu orangnya kadang-kadang susah diatur..” | | √ | | | | |
| | | | | “..bandel..” | | √ | | | | |
| | | | | “.. apalagi mereka rata-rata kan bandel-bandel, bandelnya otomatis ..” | | | | | √ | |
| | | | | “..males minum obatnya, obatnya dimasukin lah..” | | | | | √ | |
| | | | | “..kadang-kadang suka menyembunyikan obat ARV nya..” | | √ | | | | |
| | | | | “..kadang-kadang ya suka berontak juga sih..” | | √ | | | | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|-------------------------------|--|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | “..semuanya dicabut-cabutin ja ma dia..” | | √ | | | | |
| | | | Menolak/tidak menyukai pasien HIV/AIDS | “..mereka ga wajar dirawat dirumah sakit..” | | √ | | | | |
| | | | | “..saya ga setuju (pasien hiv dirawat) biarin aja sebenarnya dirumah..” | | √ | | | | |
| | | | Menyalahkan masa lalu pasien | “..Nggak, itu dia kan penyakit dia cari sendiri..” | | | | | √ | |
| | | | | “..itu kan penyakit yang dicari sendiri..” | | √ | | | | |
| | | | Membedakan dalam berkomunikasi | “..ngebedain cuman cara penyampaian..” | √ | | | | | |
| | | | | “..gak bisa kalo ga kita ancem..” | √ | | | | | |
| | | Memberi hukuman kepada pasien | Pasien HIV/AIDS tidak dibawa ke ICU | “..pasien hiv itu kita ga buat lagi karena perawatan itu kemungkinan akan menularkan kepada orang lain iya kan..” | | | | √ | | |
| | | | | “..paling mentoknya sampe psang gudel baging-baging udah ya sampai ya, udah takdirnya gitu, nggak pernah sampe dibawa ke icu...” | | | | | √ | |
| | | | | “..icu kita itu kan nggak bole..” | | | | | √ | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|--|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | “..Yang non dong, kalo memang dia kesananya lebih bagus kenapa tidak, kalo hiv apa yang diharapkan lagi dari dengan dia, keadaan dia udah kayak gitu hiv..” | | | | | | √ |
| | | | Pasien HIV/AIDS DNR/tidak Code blue | “..pasien-pasien hiv biasanya sudah menjadi suatu DNR (do not resucitation red). Dan code bluenya sendiri ga ada tuk pasien hiv..” | | | | √ | | |
| | | | | “..dikita kan hiv itu nggak kita panggil code blue kalo dia apnoe..” | | | | | √ | |
| | | | | “..tolong yang bener RJP biasa aja gitu kan..” | | | | | √ | |
| | | | | “..pada umumnya keluarga pada tau dan menerima..” | | | | √ | | |
| | | | | “..Jadi ruangan itu bisa untuk biasa juga bisa untuk emergency..” | | | | √ | | |
| | | | Tidak perlu membantu/dirawat | “..saya ga setujunya kenapa yang sida itu digratisin..” | | √ | | | | |
| | | | | “..nggak usah dia dapat jaminan gitu..” | | | | | √ | |
| | | | | “..pasien sida nggak dapat jaminan | | | | | √ | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | otomatis bakal kosong kan sida nggak ada kan, mereka meninggal begitu aja (sambil ketawa) dirumahnya begitu..” | | | | | | |
| | Pengetahuan tentang HIV/AIDS | Pemahaman terhadap HIV/AIDS | Mengetahui penyebab HIV/AIDS | “..ditularkan melalui virus..” | √ | | | | | |
| | | | | “..HIV itu virus virus, virus yang ee maksudnya.. merusak system imun kan, itu aja c yang ku tau gak terlalu banyak..” | | √ | | | | |
| | | | | “..menyerang system imun seseorang..” | √ | | | | | |
| | | | | “..imunnya udah ga kuat kan..” | | √ | | | | |
| | | | | “..hiv itu penyakit menular..” | | | | | √ | |
| | | | | “..penularannya secara kontak langsung ya..” | | | | √ | | |
| | | | | “..mereka itu ga tau awalnya..” | √ | | | | | |
| | | | | “..psk itu saya ga tau datangnya darimana ni penyakit gitu doang..” | | | √ | | | |
| | | | | “..mereka kurang pengetahuan aja..” | √ | | | | | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|--------------------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | "..dapat ginian dari temen, kebawa-bawa.." | | | √ | | | |
| | | | Penularan HIV/AIDS | "..hubungan seks.." | √ | | | | | |
| | | | | "..free seks.." | | | | | √ | |
| | | | | "..hubungan seks bebas bebas.." | √ | | | | | |
| | | | | "..Hiv itu didapat dengan hubungan seksual.." | | | √ | | | |
| | | | | "..lewat hubungan.." | | | | | | √ |
| | | | | "..ga memake proteksi seksual.." | | | | √ | | |
| | | | | "..Pasien hiv yang hubungan seksual banyak kayak PSK-PSK,.." | | | √ | | | |
| | | | | "..berhubungan dengan orang yang terkena HIV.." | | √ | | | | |
| | | | | "..dia tertular dari pasangannya.." | √ | | | | | |
| | | | | "..dari jajan, jajannya dimana? Diplumpung pakai gelar Koran.." | | | √ | | | |
| | | | | "..ada sih yang ngaku kadang-kadang saya suka jajan gitu, ada yang bilang saya pake narkoba, kalo si adi ni ngakunya sih" | | | √ | | | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|----------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | istrinya yang kena, kamu juga kan berlayar, nggak, saya ga pernah melakukan itu kata dia..” | | | | | | |
| | | | | “..ketularan dari suami kan ya..” | | | | | | √ |
| | | | | “..dia bole dapat dari suaminya, dari istrinya..” | | | | | √ | |
| | | | | “..kecipratan darah ..” | √ | | | | | |
| | | | | “..lewat darah kan ya itu..” | | | | | | √ |
| | | | | “..jangan terkena cairan tubuh sipasien juga..” | | | √ | | | |
| | | | | “..kalo cipratan air liur kalo kena kekita baru..” | | | | | | √ |
| | | | | “..urine juga kalo kena kekita..” | | | | | | √ |
| | | | | “..Ya macam-macam cairan kencing dia, cairan.. aa.. darah..” | | | | | √ | |
| | | | | “..hubungan-hubungan sejenis... | | | | | √ | |
| | | | | “..Homo kali ya..” | | √ | | | | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|----------|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | | | | "..melalui jarum suntik.." | √ | | | | | |
| | | | | "..penularannya lewat jarum suntik.." | | | | | | √ |
| | | | | "..suntikan narkoba.." | | √ | | | | |
| | | | | "..dia suntik narkoba.." | | | | | √ | |
| | | | | "..melalui suntikan misalnya narkoba itu aa.. satu jarum bisa untuk rame-rame.." | | | √ | | | |
| | | | | "..Make jarum suntik bersamaan.." | √ | | | | | |
| | | | | "..karena narkoba dia make-make.." | √ | | | | | |
| | | | | "..pake bareng-bareng.." | | √ | | | | |
| | | | | "..jarumnya yang berganti-ganti.." | | | | √ | | |
| | | | | "..jangan sampai tertusuk jarum.." | √ | | | | | |
| | | | | "..tertular dari transfuse darah.." | | | √ | | | |
| | | | | "..kita liat juga tangan kita jangan sampai ada luka.." | √ | | | | | |
| | | | | "..Ya virusnya akan tertular karena di.. di.. kalo ada luka ya, kalo ga ada luka nggak.." | | | | √ | | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|--------------------------------|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | “..kalo terkena luka kena darahnya..” | | √ | | | | |
| | | | | “..misalnya kita kalo kena luka, kena cairan darah pasien..” | | | √ | | | |
| | | | | “saya sebagai perawat disebut cukup tinggi sih ya..” | | √ | | | | |
| | | | | “potensi penularan keperawatan pasti tinggilah..” | | | | | | √ |
| | | | | “..bisa membahayakan kita petugas kesehatan..” | | | | | √ | |
| | | | | “...kalo tidak menggunakan alat pelindung diri ya cukup tinggi juga, apalagi kalo dia maksudnya ga deket, maksudnya sering berontak..” | | √ | | | | |
| | | | | “..ga mudah tertular kalo kita bisa jaga, kita pake alat pelindung kita..” | | | √ | | | |
| | | | | “..ga mungkin kan tertular kalo kita ga tertusuk dengan jarum atau luka..” | | | √ | | | |
| | | | Kelompok berisiko tertular HIV | “..masih muda..” | | | √ | | | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|----------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | “..pasien pasien sida yang disini tu sebagian besar kan masih muda-muda..” | | | | | √ | |
| | | | | “..kasian kan masih muda-muda, paling baru 20 umurnya..” | | | √ | | | |
| | | | | “..usia produktif ya seperti mulai dia dari usia 20 sampai 26 ya..” | | | | √ | | |
| | | | | “..umur 20 sampai 24, ya itu yang paling banyak dengan kondisi ya itu, kalo dia wanita biasanya abg (anak baru gede) dengan persepsi kekurangan ekonomi lah atau pergaulan ya, kalo dia pria dia kurang perhatian biasanya..” | | | | √ | | |
| | | | | “..bisa saja mungkin dia broken home, bisa karna oo.. putus asa, ato kurang perhatian..” | | | | √ | | |
| | | | | “..hiv itu adalah dari keluarga itu sendiri yang membuat si pasien itu timbul demikian, kurang perhatian..” | | | | √ | | |
| | | | | “..pergaulan, perhatian yang tidak ditanamkan kepada dia mungkin norma-norma keagamaan ya, mungkin dia pergaulan bebas kesibukan orang tua | | | | √ | | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|---|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | sehingga hanya cukup dicekokin dengan uang..” | | | | | | |
| | | | | “..tadinya dia juga tidak mau demikian tapi karena tidak tahu..” | | | | √ | | |
| | | | tidak mengetahui tentang patofisiologi HIV/AIDS | “..lupa-lupa inget sih..” | √ | | | | | |
| | | | | “..awal dia masuk virus sebenarnya, cuman orang itu belum merasakan tu, orang itu masaaa.. ini ya window jendela ya..” | √ | | | | | |
| | | | | imunya turun baru yang bergejala kan | √ | | | | | |
| | | | | “..Kalo hiv itu kan, ooo... apa ya lupa hahaha (ketawa) pokoknya disini udah hiv positif deh..” | | | | | | √ |
| | | | | “..saya kurang tau bagaimana yang hiv mana yang AIDS..” | | √ | | | | |
| | | | | “..saya kagak tau bedanyaaa.. dia hiv aja atau udah aids..” | | | | | √ | |
| | | | | “..kayaknya sepertinya sih sama aja ya..” | | √ | | | | |
| | | | | “..di bilang AIDS brarti dia yang | √ | | | | | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|-----------------------------|------------------------|-------------------------|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | | | | komplikasi..” | | | | | | |
| | | | | “..kelanjutan dari HIV..” | | | | | | |
| | | | | “..daya tahan tubuh makin turun..” | √ | | | | | |
| | | | | “..datangnya kondisinya udah jelek, kondisi seperti itu dah AIDS lah..” | | | √ | | | |
| | | | | “..bisa ketahuan deh ih.. ini mah sida nih, udah kliatan dari fisiknya..” | | | | | √ | |
| | | | | “..CD4 nya makin turun..” | √ | | | | | |
| | | | | “..yang menyatakan AIDS kurang tau deh..” (CD4 red) | √ | | | | | |
| | | | | aku ga tau dia dah sampe masuk AIDS ato masih HIV..” | √ | | | | | |
| | | | | “..kalo aids itukan belum ya eh, dari pemeriksaannya udah positif cumin oo..gimana ya dia belum minum obat apa gimana ya itu masih aids kali ya..” | | | | | | √ |
| | | | | “..sebenere kita masih rancu sih disini..” | √ | | | | | |
| | Aktivitas pengkajian pasien | Pelaksanaan pengkajian | Langsung dilakukan saat | “..Bisa pas masuk juga..” | √ | | | | | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|----------|------------------------|------------------------------------|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | HIV/AIDS | kepada pasien HIV/AIDS | pasien masuk | | | | | | | |
| | | | | "..langsung pengkajian biasanya.." | | √ | | | | |
| | | | | "..langsung kaji ma pasiennya nanya, dengan interview, biasanya dari keluarganya kalo pasiennya udah lama suka cerita.." | | √ | | | | |
| | | | Beberapa hari setelah pasien masuk | "..aku ga mau melulu tiap datang aku langsung pengkajian dia bosan dia capek.." | √ | | | | | |
| | | | | "..brapa hari kemudian.." | √ | | | | | |
| | | | | "..setelah 3 hari dia udah rileks udah menerima.." | √ | | | | | |
| | | | | "..nanyanya ga langsung lah kita juga baru ketemu ga mungkinkan kita nanya kenapa ni darimana gitu, ya nanti pas kita ngerasa udah ngerawatnya lama lah, kalo dia juga udah mulai percaya Makita ditanya juga pasti dijawab.." | | | | | √ | |
| | | | Dari pengkajian di status | "..liatnya status igd.." | √ | | | | | |
| | | | | "..sebelumnya dokter dah nanya ya liat di | | | | | √ | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|--|-------------------------------|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | status juga kan bisa..” | | | | | | |
| | | | | “..ga sempat mengkaji artinya PP (perawat primer red) nya aja yang bikin pengkajian ama bikin diagnosanya..” | | | √ | | | |
| | | | Tidak mau pengkajian | “..temen-temen jarang ada yang mau pengkajian..” | √ | | | | | |
| | | | Alat bantu | “..tuk catatan kita pakai cardek..” | | | | | | |
| | | Kendala perawat tidak melakukan pengkajian | aktifitas medis lebih banyak | aktifitas kita padat gitu kan banyak suntikan segala macam | √ | | | | | |
| | | | Banyak kegiatan | “..soale kerjaan kita banyak juga sih mbak hahaha..” | | √ | | | | |
| | | | | “..karena kerjaan lain..” | | | | | | |
| | | | Tidak mempunyai banyak waktu | “..karena waktunya sempit beneran deh mbak..” | √ | | | | | |
| | | | | “..Untuk share begitu dikita jujur dikita disini kurang..” | √ | | | | | |
| | | Pemahaman perawatan kondisi | Mengatasi gangguan fisiologis | “..saya ngelakuin yaa.. sesuai instruksi dokter ja..” | | √ | | | | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|----------|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | | HIV/AIDS | | | | | | | | |
| | | | | “..kita kontak paling pasang infuse, nyuntik, ngasih obat nensi kan gitu kan, iya, kalo pasang ngt ngasih makan cair udah segitu aja..” | | | | | | √ |
| | | | | “..pasien-pasien hiv biasanya lebih kita ajarkan mandiri, supaya dia ada aktivitasnya sehingga dia ga merasa tidak berguna gitu..” | | | | √ | | |
| | | | | “..demam kita kasih obat..” | | √ | | | | |
| | | | | “..kolaborasi dokter obat anti mual muntah gitu kita lapor..” | √ | | | | | |
| | | | | “..kolaborasi dokter apa perlu ada obat tambahan apa pake gitu sofratul ..” | √ | | | | | |
| | | | | “..kalo dia diare yah kita aa.. hanya kita hanya kola.. kolaborasi ya dengan dokter memberikan obat diare, kolaborasi dengan bagian gizi kita pasang ngt ya..” | | | | √ | | |
| | | | | “..nistatin kan setelah itu kita bersihin juga..” | | | | | | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|----------|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | | | | “..kandida kan kasih obat biasanya pasiennya, kasi obat kumur kasi obat itu, ntar dia suruh diajerin gitu..” | | | | | | |
| | | | | “..kompres kadang-kadang..” | | √ | | | | |
| | | | | “..Ya di observasi..” | √ | | | | | |
| | | | | “..ya kita cuman bisa motivasi doang kan..” | | | | | √ | |
| | | | | “..emang pengen sehat udah ikutin makan, ada kok obatnya..” | | | | | √ | |
| | | | | “..kalo masalah makan kita nggak bisa maksain ya, lagian ya keluarganya sendiri aja kadang-kadang nggak peduli..” | | | | | √ | |
| | | | | “..orang terlantar kagak ada keluarganya masih kita ayo mas makan gitu kan, kita suapin deh gitu..” | | | | | √ | |
| | | | | “..paling kolaborasi dokter ya pasang NGT untuk intakenya..” | √ | | | | | |
| | | | | “..kalo pasien pasien yang udah ga nafsu makan ya kita menanyakan apa yang dia suka, kalo dia ga ada gangguan hati dan | | | | √ | | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|----------|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | | | | lainnya palagi lever terutama ya kita perbolehkan dia makan sedkiti-sedikit tapi sering ataupun dengan regal, atau dengan biscuit atau dengan minum susu..” | | | | | | |
| | | | | “..dipasangin NGT langsung ga pake acara disuapin..” | | √ | | | | |
| | | | | “..pasang ngt..” | | | √ | | | |
| | | | | “..makan itu cair yang blender itu..” | | | √ | | | |
| | | | | “..mungkin kalo di aku makan bener-bener diingetin..” | √ | | | | | |
| | | | | ..”susu ni diminumin..” | √ | | | | | |
| | | | | “..terkadang kan repot suntik segala macam kita kan ga liat dia beneran ngabisin pa ga..” | √ | | | | | |
| | | | | “..kita dokter kulitnya langsung..” | | √ | | | | |
| | | | | “Ya kita bisanya kan itu kan raber kulit..” | | | | | √ | |
| | | | | “..kita bersihin..” | √ | | | | | |
| | | | | “..suruh dia mandi kan, dia mandi bersih- | | | | | √ | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|----------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | bersihin ..” | | | | | | |
| | | | | “..kulitnya yaa.. aa.. higienenya dia.. | | | | | √ | |
| | | | | (keluarga red) | √ | | | | | |
| | | | | “..kalo itu sih gaa ma kita..” | | √ | | | | |
| | | | | “..pasiennya biasanya udah mandiri olesin sendiri..” | | √ | | | | |
| | | | | “..salep kan dia sendiri yang pakein..” | | | | | | √ |
| | | | | “..bagian belakang kita bantuin olesin pake lidi wotten..” | | √ | | | | |
| | | | | “..trus kasi salep yang ada dikasi dari dokter pake handschoen..” | | | | | √ | |
| | | | | “..anjurin pasiennya tuk miring kiri-kanan..” | √ | | | | | |
| | | | | “..dimiring-miringinkan, biar ga sampe terjadi decubitus..” | | | √ | | | |
| | | | | “..pake kassa dikerokin..” | | √ | | | | |
| | | | | “..diare pake pampers..” | | √ | | | | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|----------|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | “..kita kadang-kadang kita yang ganti pampers kita yang cebokin,..” | | √ | | | | |
| | | | | “..kalo dia diare kita ganti setiap ini, biar kita ga terlalu capek, aaa.. kita pakein pampaers aja..” | | | √ | | | |
| | | | | “..kita hanya menganjurkannya, kita pake dia dengan pempers..” | | | | √ | | |
| | | | | “..yang ganti itu biasanya dibantu keluarga dan perawat..” | | | | √ | | |
| | | | | “..ganti pampers kan ibunya udah bisa kadang pasiennya bisa sendiri,..” | | | | | | √ |
| | | | | “..kita manfaatin keluarganya lah misale dia diare mah pake pampers kan keluarga yang ganti..” | | | | | √ | |
| | | | | “..eliminasi iya.. bantu juga..” | √ | | | | | |
| | | | | “..kadang ada yang mau dibantu ada yang nggak,..” | | | | | | √ |
| | | | | “..biasanya kita konsulin ma bedah ya, | | | | | | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|----------|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | bedah digestif ya..” | | | | | | |
| | | | | “..dibantu dengan keluarga pasien masing-masing..” | | √ | | | | |
| | | | | “..dibantu termasuk memandikan..” | √ | | | | | |
| | | | | “..tidak ada keluarga baru kita yang mandiin..” | | √ | | | | |
| | | | | “..kalo dia nggak ada keluarganya, kita semua, mandiin apa semua..” | | | | | | √ |
| | | | | “..kita bantu kita mandiin..” | | | √ | | | |
| | | | | “..Kita memang memandikan 2 kali sehari pagi dan sore..” | | | | √ | | |
| | | | | “..ga dimandiin..” | | | | | √ | |
| | | | | “..Nggak, keluarganya kan, mereka kan disuruh beli sarung tangan sendiri kan, dia mandiin sendiri keluarganya..” | | | | | | √ |
| | | | | “..yang mandiin ya keluarganyalah kalo ga dia sendiri iih..ogah banget..” | | | | | √ | |
| | | | | “..bilang sama perawatnya kalo mau buang bilang sama perawatnya berapa kalo mau | √ | | | | | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|----------------------------------|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | | | | buang, liat dulu dibuang berapa gitu buang urine berapa, mereka sebelumnya diajarin dulu..” | | | | | | |
| | | | | “..pasang infuse.” | | √ | | | | |
| | | | | “..infusan yang kayak triofusin, aminovel itu aja..” | | | √ | | | |
| | | | | “..kekurangan cairan pastikan kita apaa...” | | | | | √ | |
| | | | | “..infusan habis gitukan, oo mang sengaja dia jam rata-rata, misalunya jam nya per delapan jam otomatis kan kita srempakin tu satu kamar gitu kan, biar kita juga ga bolak-balik baru ganti ini udah ganti ini gitu loh,..” | | | | | √ | |
| | | | | “..kita suka kasi pake masker (pasiennya red) untuk melindungin yang lainnya..” | | √ | | | | |
| | | | mengatasi masalah psikososial | “..panggil dokter psikosomatik biasanya gitu..” | √ | | | | | |
| | | | | “..sebisa mungkin kita kasi jalan keluarnya..” | √ | | | | | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|----------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | “..kita denger amat curhatannya..” | √ | | | | | |
| | | | | “..kasih support biar mereka tetap semangat, karena mereka kalo makin down kan malah mempercepat perburukan..” | | | √ | | | |
| | | | | “..Kitaa.. kasih semangat dia..” | | | √ | | | |
| | | | | “..Paling motivasi..” | | | | | | √ |
| | | | | “..kita ajak dia lebih percaya diri bahwa saya itu lebih berguna..” | | | | √ | | |
| | | | | “..masih ada harapan..” | | | | | √ | |
| | | | | “..kita buka hordennya kan ga bole ditutupin, disuruh ajak ngobrol mereka..” | | √ | | | | |
| | | | | “..ya udahlah udah diterima terima aja..” | | | | | √ | |
| | | | | “..ya udah sekarang kalo emang mau sehat, otomatis kan oo.. ini ga bakalan sembuh ni lu bakal punya penyakit ini seumur hidup lu gitu kan, oo.. lu cuman bisa aa.. bagaimana caranya jaga tetap kondisi lu sehat gitu kan, ya udah ikutin kata dokter sekarang..” | | | | | √ | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|------------------------------------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | “..misalnya emang ada aja yang sampe nangis gitu, kenapa gitu kan? Paling kalo kita kan, aa.. yang cari penyakit siapa? Digituin..” | | | | | √ | |
| | | | Tindakan masalah kondisi spiritual | “..Yang penting sih kita selalu ngomong, pada sholat.. pada sholat gitu..” | | | √ | | | |
| | | | | “kenapa nggak sholat, kan lagi sakit suster males, lah kata siapa sholat itu males gitu kan, itu kan tergantung kitanya, kata saya begini keadaannya kamu harus banyak bertobat, banyak zikir, capek katanya..” | | | | | | √ |
| | | | | | √ | | | | | |
| | | | | “..berdoa aja kita suruhin sih itu ditempat tidur..” | | | √ | | | |
| | | | Discharge planning | “..bergaul dengan yang lain dengan penyakit yang lain itu cepat tertular, makan sembarangan itu jadi cepet diare, makanya semua kita kasi tau itu aja sih, obatnya, sama lingkungannya yang ada pasien..” | | √ | | | | |
| | | | | “..kita saranin ke pokdisus screening ma | | | √ | | | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|----------|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | | | | suaminya..” | | | | | | |
| | | | | “..masih yang negative-negatif semua terus kita saranin 6 bulan kemudian nanti periksa lagi istrinya itu..” | | | √ | | | |
| | | | | “..kayak keluarganya, ga usah takut selama kita ga ada luka, kita ga kena caiaran dia ga akan menular bu..” | | | | | √ | |
| | | | | “..kita sampein nanti dirumah untuuk.. jangan.. misalnya kalo jajan, jangan jajannya keluar lagi, trus minum obat teratur, makan yang bener, control..” | | | √ | | | |
| | | | | “..memberikan konseling sama dianya, untuk dia nanti dirumah dia datang lagi berobat jalan, untuk supaya dia terlibat dalam hal, dia akan lebih mematuhi jadi odha yang memberikan konseling. Nanti dia akan dikasi tau aktifitas dirumah, supaya dia nanti mau..” | | | | √ | | |
| | | | | “..menurut dia obat ARV itu adalah suatu racun, jadi sehingga yang menampaikan pentingnya ARV itu sama dianya adalah orang odha nya itu tadi...” | | | | √ | | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|------------------------------------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | “..kalo dia sudah dikonseling, baru kita beri penkes-penkes, ya supaya jangan gampang-gampang diare ya aktifitas kamu nanti itu jangan terlalu padat, trus kalo makan-makan makanan jangan sembarangan, karna fisik kamu lemah usus kamu belum kuat jadi gampang terserang, jadi nanti ya makannya..” | | | | √ | | |
| | | | | “..kamu hiv kan gini kalo kamu makan jangan lupa cuci tangan ya, boleh kamu pakai suntik tapi suntiknya kamu jangan ganti-ganti sama orang gitu pake sendiri kalo mau pake-pake aja..” | | | | √ | | |
| | | | | “..dijelasin sama dokter akhirnya dia terima juga, jadi suaminya terbuka ma dia, akhirnya Depresinya udah ilang jadinya..” | | √ | | | | |
| | | | Pencegahan tidak tertular HIV/AIDS | “..usahakan kita jangan sampai tertusuk jarum..” | | | √ | | | |
| | | | | “..pemakai drug dengan memakai jarum sendiri dan tidak memakai berganti jarum atau dia tidak memakai obat orang lain dia tidak terkena hiv..” | | | | √ | | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|----------|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | | | | “..jangan kita tutup jarum itu dengan tangan kiri geletakin aja disini tutupnya, kita sodok aja gitu, satu tangan..” | | | √ | | | |
| | | | | “..jadi ga usah lagi kita nutup beginii tu (sambil memperagakan tutup pulpen di tangan kiri dengan batang pulpen di tangan kanan dipertemukan sehingga menutup kembali) tuk menghindari biar ga tertusuk..” | | | √ | | | |
| | | | | “..jangan kena cairan tubuhnya kalo misalnya kita ada luka kita tutup dengan plester..” | | | √ | | | |
| | | | | “..Kontak langsung itu maksudnya kita oo... kita megang dia itu, mungkin memasag infuse, memasang kateter, masang sonde karena itu akan mengeluarkan kalo kita masang infuse akan menegluarkan darah, kalo kita masang ooo... apa namanya kateter akan mengeluarkan cairan urine, kalo kita msang ngt akan mengelurakan cairan dari mult sementra kita kan tidak tau mungkin ada terluka kecil, bisa saja dia masuk melalui pori-pori kan gitu , jadi untuk itu | | | | √ | | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|----------|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | kita mungkin perlu sarung tangan..” | | | | | | |
| | | | | “..itu kita cuci tangan yang bersih cukup..” | | | | √ | | |
| | | | | “..kalo saya untuk pake baju skort, pake sepatu, pake ini masuk keruang hiv itu tidak perlu....” | | | | √ | | |
| | | | | “..udah biasa gitu dengan hiv gitu asal kita protek dirinya aja oo.. pas ya udah ga masalah kalo kita emang ga punya luka ya ga nularin apa-apa kok..” | | | | | √ | |
| | | | | “..protek (perawatnya red) nya aja sih ya jadi dikhususin..” | | √ | | | | |
| | | | | “..kitanya lebih protektif ya kedia..” | | | | | | √ |
| | | | | “..kalo nensi kita ga perlu katanya pake handschoen..” | √ | | | | | |
| | | | | “..nensi tidak perlu..” | | | | √ | | |
| | | | | “..saya selalu pake handschoen kalo nensi..” | √ | √ | | | | |
| | | | | “..walaupun katanya nensi ga usah pake handschoen, tapi buat saya pribadi saya | | | | | √ | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|----------|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | selalu proteksi..” | | | | | | |
| | | | | “..Kalo Nensi handschoen memang satu ya..” | √ | | | | | |
| | | | | “..tindakan-tindakan yang invasif aja Handschoen satu pasien satu..” | | | | | √ | |
| | | | | “..nensi pake handschoen apapun kondisinya..” | | | √ | | | |
| | | | | “..ambil darah..” | √ | | | | | |
| | | | | “..nyuntik..” | | | √ | | | |
| | | | | “..kalo luka kecil ga terlalu ini selalu pake handschoen sama masker ..” | √ | | | | | |
| | | | | “..kita pasang dia infuse karena dia nanti akan mengeluarkan darah kita pake sarung tangan ya..” | | | | √ | | |
| | | | | “..tiap kontak pake handshoen masker itu menjadi alat utama..” | √ | | | | | |
| | | | | “..Yang penting ada ga ada luka kita pake handschoen..” | √ | | | | | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|----------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | “..kalo misal mau nensi ambil darah, buang kencing kita pasti pake handschoen..” | √ | | | | | |
| | | | | “..menolong dia buang air besar buang air kecil kita pake handschoen..” | | | √ | | | |
| | | | | “..cuman kita dikita dipasien ada handrub kita bersihin dulu baru kita ke pasien lain..” | √ | | | | | |
| | | | | “..kontak langsung ma dia, pake sarung tangan terus..” | | √ | | | | |
| | | | | “..melindungin diri ya adalah dengan selalu memake sarung tangan..” | | | | | √ | |
| | | | | “..aku berfikir selama aku memakai handschoen segala macam ya mudah-mudahan sih ga kena..” | √ | | | | | |
| | | | | “..handschoen juga tidak perlu kalo kita memang tidak melakukan tindakan, tidak, hanya untuk memegang dia, mengelus (sambile mengelus tangan peneliti) dia supaya dia mungkin dapat kasih saying dan perhatian tidak perlu..” | | | | √ | | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|----------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | “..kalo berhubungan dengan cairan-cairan tubuh kita pake sarung tangan dobel..” | | √ | | | | |
| | | | | “..saya jarang sekali kalo saya pake handshoen kalo ngambil darah, karena saya pikir tuk protek saya bisa saya jaga tangan saya jangan sampe tersentuh darah..” | | | | √ | | |
| | | | | “..yang pasti selalu pake masker..” | √ | | | | | |
| | | | | “..bahkan selama setahun aku overan pun pake masker juga ..” | √ | | | | | |
| | | | | “..kalo TB hanya pake masker aja..” | | | √ | | | |
| | | | | “..masker kalo misale dia ada tb nya..” | | | | | √ | |
| | | | | “.. selama kontak selalu pake masker karena seringnya pernah aku temukan SIDA itu TB nya TB aktif jadi kita proteksi gitu..” | √ | | | | | |
| | | | | “..kalo hanya mengecek doang kita pake masker pasti..” | √ | | | | | |
| | | | | “..kalo kita ngobrol gini (antara peneliti dan partisipan) baru kita pake masker..” | | | | | | √ |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|----------|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | “..pake masker..” | | √ | | | | |
| | | | | “..Tidak, kalo saya hanya masuk keruangannya sih tidak kontak dengan pasien ato kontak berbicara saja, ya saya mungkin kalo proteksi kalo dia tb, saya suruh, saya menghadap kemana dianya biasa.....” | | | | √ | | |
| | | | | “.. merawat perawatan luka | √ | | | | | |
| | | | | “..missal kalo mau GV (ganti verban) ma pasien-pasien sida kan, ya pake baraskort aja ya udah gitu aja..” | | | | | √ | |
| | | | | “..Handschoen selalu disediakan dikita selalu ada..” | √ | | | | | |
| | | | | “..selalu Itu disediakan ruangan..” | | √ | | | | |
| | | | | “..Selalu ada..” | | | | | √ | √ |
| | | | | “..Ada, sarananya cukup..” | | | √ | | | |
| | | | | “..misale pas kosong otomatis bagaimana caranya kita kan ngebon ato pun | | | | | √ | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|-----------------------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | ngeresep..” | | | | | | |
| | | | | “..pokonya kita ngebon, itu harus, nggak bisa nggak, kan kita harus melindungi diri..” | | | | | | √ |
| | | | | “..belum pernah sama sekali kosong gitu, sehingga pasien ga terlantar..” | | | √ | | | |
| | | | Pemeriksaan penunjang | “..normalnya cd4 itu biasanya berapa ya.. (sambil berpikir) 100 ya..” | | √ | | | | |
| | | | | “..cd4 nya itu..., kalo rendah.. (berpikir melihat ke samping) aku lupa deh..” | | | √ | | | |
| | | | | “..,cd4 nya itu sudah rendah kita sudah bisa biasanya dibawah 400..” | | | | √ | | |
| | | | | “..test HIV penyang..” | √ | | | | | |
| | | | | “..diperiksa hiv penyangnya..” | | | | | | √ |
| | | | | “..biasanya kita cek kan itu darah hiv penyang ya, ceknya dilaboratorium dengan sampel darah diambil diruangan..” | | | | √ | | |
| | | | | “..penyang itu pemeriksaannya darah ambil darah doing, itukan kita ambil darah | | | | | | √ |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|----------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | langsung antar ke laboratorium, nanti kan hasilnya cumin hasil reaktif..” | | | | | | |
| | | | | “..dari igd, kalo mereka-mereka itu hiv nya udah reaktif..” | | | | | √ | |
| | | | | “..elisanya positif ya udah hiv nya positif...” | √ | | | | | |
| | | | | “..elisanya ke pokdi itu harus konseling dulu..” | | | | | | √ |
| | | | | “..harus periksanya ampe tiga kali ya elisanya kan..” | | | | | | √ |
| | | | | “..diperiksa ulang cek elisanya sama..” | | | | | √ | |
| | | | | “..Elisa itu kalo udah ada hasil menyatakan..” (hasil penyang red) | | | | √ | | |
| | | | | “..ada kalanya penyarannya itu negative tapi ada elisanya itu positif, dimana bisa terjadi demikian karena cd 4 nya pada saat itu masih tinggi sehingga tidak Nampak..” | | | | √ | | |
| | | | | “..pasti penyang positif elisa juga positif ya..” | | | | | | √ |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|------------------------------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | “..pemeriksaan western blot..” | √ | | | | | |
| | | | Pemahaman tentang terapi ARV | “..Untuk lebih jelas obatnya sebenarnya belum sempet..” | √ | | | | | |
| | | | | “..kenapa itu saya belum sempeeet... nyari juga sih..” | | √ | | | | |
| | | | | “..saya ga tau ARV yang mana, pokonya isinya itu obat hiv nya itu..” | | | √ | | | |
| | | | | “..obatnya dibuat untuk mempertahankan daya tahan tubuh..” | | | | | √ | |
| | | | | “..pake tim konseling ke pokdisus kita panggil..” | √ | | | | | |
| | | | | “..nunggu konseling dulu ma orang pokdinya..” | | √ | | | | |
| | | | | “..kita harus melakukan dia konseling dulu. Ya dari kita tapi ada khusus dari bagian pokdisus untuk kita panggil konseling..” | | | | √ | | |
| | | | | “..sebelum obat itu dikasi biasanya ada penyuluhan dari orang pokdinya jadi mereka yang datang ngejelasin obat ini | | | | | √ | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|----------|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | diminum untuk apa, harus tepat waktu nggak boleh dii.. ya model obat OAT lah, nggak boleh dilepas, istilahnya ketergantungan seumur hidup dia gitu.. itu tu dijelasin ke keluarga dan pasiennya..” | | | | | | |
| | | | | “..Konseling dulu kan, kesana ke pokdi, ka nada orang pokdi nanti datang kesini unyuk konseling dia minum ARV gitu, nanti dokternya yang bikin konsul ke pokdi..” | | | | | | √ |
| | | | | “..nunggu kalo cd 4 nya udah turun deh..” | | √ | | | | |
| | | | | “..dalam kondisi cd4 nya sudah rendah dan elisanya positif itu baru dikasi oo.. obat-obat hiv..” | | | | √ | | |
| | | | | “..masiih.. diare gitukan, kadang-kadang suka.. ditunda..” | | √ | | | | |
| | | | | “..tunggu dia agak stabil dulu..” | | √ | | | | |
| | | | | “..Biasanya yang dapat ARV itu pasien yang perbaikan..” | | | √ | | | |
| | | | | “..kondisinya udah bagus, istilahnya stabil lah bagus lah, udah nggak diare | | | | | √ | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|----------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | maksudnya diare udah jarang oo.. makan udah dah kliatan, maksudnya dah kliatan bag.. baguslah dari hasiil labnya juga kliatan kan itu baruu.....” | | | | | | |
| | | | | “..kalo KU nya dah baik baru dapat ARV..” | | | | √ | | |
| | | | | “..tergantung dokternya..” | | | | | √ | |
| | | | | “...skalian aja ngomong satu ruangan..” | √ | | | | | |
| | | | | “..hasil labnya kan liat OT/PT nya (fungsi lever), diliat dar DPL, ur/cr (ureum creatinin) kalo nggak salah, aa.. karna beberapa.. beberapa obat ARV ada yang memepengaruhi hati..” | | | | | √ | |
| | | | | “..diliat dari hasil labnya kadang-kadang, lab apa yaa..?..” | | | | | | √ |
| | | | | “..persetujuan dulu keluarga..” | √ | | | | | |
| | | | | “..ARV nya langsung diminum pasiennya soale kan udah perjanjian..” | | √ | | | | |
| | | | | “..dia tanda tangan..” | √ | | | | | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|----------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | “..pagi siang sore dibungkus yang beda-beda..” | √ | | | | | |
| | | | | “..biasanya dua kali, aa.. pagi ama sore..” | | | | | | |
| | | | | “..obat pagi siang malam itu sama semuanya nggak ada bedany..” | | | | | | √ |
| | | | | “..yang membagi kitalah..” | | | | | √ | |
| | | | | “..Kita kan nanti dilanjutin dirumah..” | | | | | | √ |
| | | | | “..Biasanya dari apotik..” | √ | | | | | |
| | | | | “..diatur oleh farmasi sendiri..” | | √ | | | | |
| | | | | “..pasien yang udah punya ARV, obatnya kita ambil kita kasi ke farmasi kan mereka yang nyimpen..” | | | | | √ | |
| | | | | “..kalo dia memang dari rumah udah minum ARV dia udah tau jam nya..” | √ | | | | | |
| | | | | “..dapat ARV dari pokdi mereka udah dapat jadi tinggal dilanjutin lagi..” | | | √ | | | |
| | | | | “..ARV dia dapat udah dari pokdi pas dia dirawat, mereka lebih pnter daripada kita, | | | | | √ | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|----------|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | | | | mereka lebih tepat waktu daripada kita..” | | | | | | |
| | | | | “..biasanya kita pasien hiv itu kita berikan dia mandiri..” | | | | √ | | |
| | | | | “..paasien datang kita udah ambil obatnya kita titip dulu farmasi biar mereka yang mengatur..” | | √ | | | | |
| | | | | “..evafiren biasanya digunakan dengan aaa.. malam hari biasanya..” | | | | | | |
| | | | | “..saya sih kenal namanya aja ya tapi fungsinya saya kurang tau..” | | √ | | | | |
| | | | | “..tapi kalo untuk perbaikan ada, untuk fisiknya mereka perbaikan sih..” | | | √ | | | |
| | | | | “..tuk daya tahan tubuh dia sendirikan minum itu..” | | | | | | √ |
| | | | | “..pertama yang keberapa ya.. belum begitu juga sih..” | √ | | | | | |
| | | | | “..Yang Lini satu biasanya apa ya.. waduh lupa lagi hahah” | √ | | | | | |
| | | | | “..bisa nurunin ato pun bisa naikin | | | | | √ | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|----------|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | tergantung jenisnya sih tapi aku nggak tau jenisnya yang mana...” | | | | | | |
| | | | | “..evafiren..” | | √ | | | | |
| | | | | “..kayak duviral..” | | | | | √ | |
| | | | | “..duviral, epiviral..” | | | | | | |
| | | | | “..apa ya, mual, muntah gitu kan, kadang juga diare, (diam) sakit nyeri perut lah gitu..” | √ | | | | | |
| | | | | “..ada yang gatal ada yang mual, ada yang muntah..” | | | | | | √ |
| | | | | “..udah alergi..” | | √ | | | | |
| | | | | “..banyak yang alergi..” | | | √ | | | |
| | | | | “..alergi-alergi kan mereka kan pada item-item..” | | | | | | √ |
| | | | | Pasien kalo udah merasa daya tahan tubuhnya udah kuat, dia kan berhenti sendiri kan, jadi dia nyetop sendiri, jadi bukan di stop | | | | | | √ |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|--|---|----------------------------|-----------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | “..nggak pernah dilanjutin obatnya dirumah..” | | | | | | √ |
| | | | | “..minum obat nggak mau..” | | | | | | √ |
| | | | | | | | | | | |
| Memperoleh gambaran perawatan kondisi fisiologis Pasien HIV/AIDS | Perubahan terhadap fisiologis pasien HIV/AIDS | Gangguan pada sistem tubuh | Neurologi | “.. kesadarannya dia juga lemah banget..” | √ | | | | | |
| | | | | “..ga sadar..” | √ | | | | | |
| | | | | “..ya gelisah aja..” | | √ | | | | |
| | | | | “..dah nyampe TE (Toxoplasmosis Ensephalitis)..” | | √ | | | | |
| | | | | “..dah kena ke otak..” | | √ | | | | |
| | | | | “..kalo yang kondisinya udah sampai ke otak di taruhnya dineuro TE..” | | | √ | | | |
| | | | | “..yang udaah...meningitisnya kita ngerawat dia ga sadar..” | | | | | √ | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|------------------------|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | “..gangguan motoriknya ada, aa.. gangguan verbalnya ada, gangguan visualnya..” | | | | √ | | |
| | | | Peningkatan suhu tubuh | “..demam sampai udah sebulan..” | | √ | | | | |
| | | | | “..langsung gedrop hanya dengan demam aja..” | | √ | | | | |
| | | | | “..demamnya ga turun-turun..” | | √ | | | | |
| | | | | “..demam naik turun naik turun..” | | | | | | √ |
| | | | kardiovaskuler | ”.. tensi juga drop ..” | √ | | | | | |
| | | | pencernaan | “..mulutnya berjamur kandidiasis..” | | √ | | | | |
| | | | | “..ada kandidiasis oral..” | | | | | | √ |
| | | | | “..yang udah perburukan itu biasanya sih timbul kandida dimulut..” | | | √ | | | |
| | | | | “..dah tebeel jamurnya..” | | √ | | | | |
| | | | | “..oral hyienne udah kandida semua..” | | | √ | | | |
| | | | | “..muntah darah..” | | | | √ | | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|----------|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | ".. badan juga kurus..." | √ | | | | | |
| | | | | "..badannya kurus.." | | | | √ | | |
| | | | | ".. Ya dah kayak tengkorak gitu kan rata-rata sebagian besar, kurus-kurus gitu kan.." | | | | | √ | |
| | | | | "..berat badan menurun.." | | | | √ | | |
| | | | | "..semakin kurus akhire meninggal.." | | √ | | | | |
| | | | | "..Kalo yang cd4 nya masih bagus kondisinya baik.." | | | √ | | | |
| | | | | "..perempuan yang ketularan, dia lebih cepat dropnya ketimbang si suaminya fisiknya.." | | | | | | √ |
| | | | | "..jalan dari tempat tidur juga ga bisa.." | | | √ | | | |
| | | | | "..dia kadang cukup lemah.." | | √ | | | | |
| | | | | "..kondisinya lemah.." | | | √ | | | |
| | | | | "..keadaan umumnya dia lemah.." | | | | | | √ |
| | | | | "..lemes lah.." | | | | | √ | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|-----------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | “..terlihat lemahnya, dia pasti karena sudah daya tahan tubuhnya turun..” | | | | √ | | |
| | | | | “..luka di anusya..” | | √ | | | | |
| | | | | “..anusya itu membesar, besarnya kayak hemoroid membesar gitu, kata orang sih bilanganya kayak brokoli..” | | √ | | | | |
| | | | respirasi | “..pasiennya dengan TB paru..” | √ | | | | | |
| | | | | “..TB paru yang millier..” | | √ | | | | |
| | | | | “..karena seringnya pernah aku temukan SIDA itu TB nya TB aktif..” | √ | | | | | |
| | | | | “..ada tb..” | | | | √ | | |
| | | | | “..dengan TB..” | | | | | | √ |
| | | | | “..yang kita rawat itu penyertanya timbul ada batuk..” | | | | √ | | |
| | | | | “..komplikasi tb paru dia batuk-batuk yang tidak dapat mengeluarkan sputumnya jadi dia lemah gitu..” | | | | √ | | |
| | | | | “..pernafasannya udah jelek..” | | | √ | | | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|------------------------------------|-----------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | Integumen | "..alergi obat.." | √ | | | | | |
| | | | | "..alergi kulit tuh.." | | | | | √ | |
| | | | | "..alergi ARV pada erupsi semua kulitnya.." | | √ | | | | |
| | | | | "..alergi neviral, jadi gatal-gatal.." | | √ | | | | |
| | | | | "..bentol-bentol badannya.." | | | √ | | | |
| | | | | ".. steven johnson juga.." | √ | | | | | |
| | | | | "..beberapa orang pasien kita ampe meninggal juga, biasa disebut steven johnsons.." | | | √ | | | |
| | | | | ".. steven Johnson rata-rata pasiennya.." | | | | | √ | |
| | | | | "..SIDA nya dengan kulit.." | √ | | | | | |
| | | | | "..kalo mereka dapat ARV itu item kulitnya.." | | | √ | | | |
| | | | | "..pasien dengan decubitus.." | √ | | | | | |
| | | Gangguan pemenuhan kebutuhan dasar | Nutrisi | "..intake sulit dia ga makan.." | √ | | | | | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|-----------|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | "..intake sulitkan dirumah.." | | | | | | √ |
| | | | | "..aku ga mau makan dirumah.." | | | √ | | | |
| | | | | "..tidak nafsu makan ada jamur itu.." | | | | √ | | |
| | | | | "..nafsu makan menurun.." | | | | √ | | |
| | | | | "..nafsu makan itu yang kurang ya.." | | | | √ | | |
| | | | | "..nggak nafsu makan.." | | | | | | √ |
| | | | | "..udah makan nggak mau.." | | | | | | √ |
| | | | | "..gangguan mual.." | | | | √ | | |
| | | | | "..mual.." | | | | | √ | |
| | | | | "..muntah.." | | | | | √ | |
| | | | Eliminasi | "..ada diare.." | | √ | | √ | | |
| | | | | "..udah banyak diare.." | | | | | | √ |
| | | | | "..diarenya udah kronik.." | | | √ | | | |
| | | | | "..rata-rata masuk gitu kan diare kronik ya.." | | | | | √ | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|-------------------------------------|-----------------------------|-----------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | “..kalo diare kan dia males ngapa-ngapain..” | | | | | √ | |
| | | | | “..diare jadi dehidrasi ya..” | | | | √ | | |
| | | | hygiene | “..rata-ratanya pasien itu males, males..males mandi, mandi bersih-bersih, males kekamar mandi jorok-jorok deh..” | | | | | √ | |
| | Evaluasi fisiologis pasien HIV/AIDS | Setelah dilakukan perawatan | Meninggal | “..tiga kali masuk rata-rata, paling lama 4 kali masuk udah, keempatnya itu mereka udah meninggal gitu...” | | | √ | | | |
| | | | | “..tiga kali masuk rata-rata, paling lama 4 kali masuk udah, keempatnya itu mereka udah meninggal gitu...” | | | √ | | | |
| | | | | “..kondisi pasien yang udah meninggal itu begitu sih, diare kronik kandidanya tumbuh..” | | | √ | | | |
| | | | membalik | “..pulang dah bisa jalan gitu, laboratoriumnya bagus..” | | | √ | | | |
| | | | | “..dah bisa jalan..” | | | √ | | | |
| | | | | “..sedangkan kulitnya yang steven johnsons itu udah bagus..” | | | √ | | | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|--|--------------------------------------|--------------------|-------------------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | "..saat pulang bagus.." | | | | | | √ |
| Memperoleh gambaran perawatan kondisi psikologis Pasien HIV/AIDS | Perubahan psikologis pasien HIV/AIDS | Masalah Psikologis | Harga diri rendah | "..menarik dirilah ya.." | | | | √ | | |
| | | | | "..dia baru tau terdiagnosa lebih banyak diam, lebih banyak memusuhi kita , istilahnya apa ya lebih banyak apa ya, menarik diri.." | | | | | √ | |
| | | | | "..Sering kita ajak ngobrol ga mau dia, apa dia mungkin menghindar.." | | | √ | | | |
| | | | | "..minder.." | | | | √ | | |
| | | | | "..tersisihkan gitu.." | | | | √ | | |
| | | | Denial | "..dia juga berlayar ga tau kita dia dapat darimana, kata dia dari istrinya yang kedua itu, janda dan dia itu hiv, dia nyalahin istrinya itu.." | | | √ | | | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|-----------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | “..tertular karna suaminya karna istrinya dia lebih dia lebih denial..” | | | | | √ | |
| | | | | “..dia nggak terima kali dengan keadaannya dia mungkin namanya seorang ibu mikirin anak..” | | | | | | √ |
| | | | | “..sampe dia pulang juga ngerasa dia bukan hiv..” | | | | | √ | |
| | | | Anger | “..pasiennya itu yang sering marah-marah..” | | √ | | | | |
| | | | Depresi | “..depresi gara-gara istrinya takut tau..” | | √ | | | | |
| | | | | “..mereka juga down sih ya..” | | | √ | | | |
| | | | | “..dia dieem aja, interaksi dengan perawat dia ga ada, ga mau sama sekali, namanya aja kita ga tau..” | | | √ | | | |
| | | | Takut | “..kayaknya rasa takut..” | | | | √ | | |
| | | | Penolakan | “..kadang-kadang ada yang ga menerima..” | | √ | | | | |
| | | | Cemas | “..ada sih yang ngomong suster gimana ya bisa sembuh ga gitu..” | √ | | | | | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|-----------------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | “..ketakutan pulang kerumah, stress dia, saya ga mau pulang katanya..” | | | √ | | | |
| | | | | “..takut dia kalo dirumah, kalo disinikan bisa buru-buru ditolong..” | | | √ | | | |
| | | | Butuh Perhatian | “..kayaknya dia juga apa pengennya diperhatiin terus..” | √ | | | | | |
| | | | | “..perlu apa namanya perhatian ya, atau perlu pendekatan ya..” | | | | | | √ |
| | | | Psikosomatik | “..ada juga dengan keluhan psikosomatik..” | √ | | | | | |
| | | | | “..suster badan saya gatal trus..” | √ | | | | | |
| | | | Acceptance | “..memang salah saya mereka itu ngakuin..” | √ | | | | | |
| | | | | “..Suka ada yang jujur..” | | √ | | | | |
| | | | | “..kalo perempuan penderita hiv baru dinyatakan dia itu malah ooo.. welcome gitu loh..” | | | | √ | | |
| | | | | “..dia yang bisanya dengan.. udah biasa keluar masuk ya mereka udah biasa, oo..” | | | | | √ | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|-----------------------------|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | biasa menerima oo iya gua sakitnya ini, trus ya mereka pun udah ngeliat sekeliling sekelingnya gua bakalan mati..” | | | | | | |
| | | | Tidak adanya Support system | “..keluarganya itu suka ada yang ga mau nunggu..” | √ | | | | | |
| | | | | “..ga mau tau gitu kan keluarganya..” | | √ | | | | |
| | | | | “..ma keluarganya kayaknya udah ga mau ngurusin gitu, diantar doang ke igd ditinggal begitu aja..” | | | √ | | | |
| | | | | “..Keluarganya sempat datang gitu ngasih pampers pulang gitu aja..” | | | | | | √ |
| | | | | “..banyak disini juga keluarganya ninggalin begitu aja, ada dating d.. dating ni ma keluarganya, tapi ya udah waktu itu ditinggalin..” | | | | | | √ |
| | | | | “..banyak sih mereka kayaknya disingkirkan dari keluarga..” | | | √ | | | |
| | | | | “..karena udah positif hasilnya ya udah keluarga nggak mau terima semuanya..” | | | | | | √ |
| | | | | “..dah stress juga ditinggal istrinya dua | | | √ | | | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|-------------------------------|--------------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | kali, sekarang ibunya ga datang lagi, nge down dia..” | | | | | | |
| | | | | “..dia orang kaya rumahnya di pulo mas tapi karena dengan penyakit hivnya keluarganya takut kali..” | | | √ | | | |
| | | | | “..support system yang kadang kurang..” | √ | | | | | |
| | | | | “..Pasangan suami istri kadang ada yang nungguin kadang ada yang ga..” | √ | | | | | |
| | | | | “..yang nungguin biasanya kayak mert.. mamah nya dia..” | √ | | | | | |
| | | | | “..pasangannya itu sakit juga..” | √ | | | | | |
| | | | | “..ga nungguin karena memang tubuhnya yang ga bisa nungguin..” | √ | | | | | |
| | | Meerima realitas sebagai ODHA | Menerima | “..pasien itu dapat oo.. hidup sebagaimana layaknya gitu dan dia menerima..” | | | | √ | | |
| | | | | “..Pada menerima sih kebanyakan sih..” | √ | | | | | |
| | | | Menjadi odha | “..kalo bener-bener dia bertobat, nanti kalo kita ke poliklinik dia itu sudah jadi odha..” | | | | √ | | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|--|---------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Memperoleh gambaran persepsi perawat terhadap kondisi Sosial pasien HIV/AIDS | Perubahan sosialisasi pasien HIV/AIDS | Gangguan sosialisasi pasien HIV/AIDS | Tidak mau bicara | "..ada yang diem aja.." | √ | | | | | |
| | | | | "..pasiennya ga mau ngobrol sama sekali.." | | | √ | | | |
| | | | | "..lebih banyak diceem..lebih banyak nggak..nggak terbuka deh kalo sebelum dia benar-benar percaya.." | | | | | √ | |
| | | | | "..adaa yang diem paling ditanya kenapa.." | | | | | | √ |
| | | | | "..diceem aja dia nangis.." | | | | | | √ |
| | | | Belum menerima kondisi HIV | "..ada yang belum menerima biasanya sih yang baru kalo yang kayak gitu, pasien..pasien baru, baru apa sih belum pernah ke pokdi biasanya, belum pernah konseling.." | | √ | | | | |
| | | | Menyembunyikan | "..menyembunyiin penyakit dia dari | | √ | | | | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|-------------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | penyakitnya | keluarganya..” | | | | | | |
| | | | | “...istri yang ga tau suaminya itu SIDA..” | | √ | | | | |
| | | | | “..ga tau si istrinya itu kalo suaminya hiv, begitu dia dikasi tau dokter disini, ibu suaminya begini, ibu juga periksa dia langsung meninggal..” | | | √ | | | |
| | | | | “..dia udah sakit sakit selama ini tapi dia menyembunyikan jati dirinya dia malu takut sehingga sudah keadannya payah baru dia masuk..” | | | | √ | | |
| | | | Merasa malu | “..malu kali ya kalo perempuan..” | | | | | √ | |
| | | | | “..sosialisasi dirumah aku ga pernah nanyain..” | √ | | | | | |
| | | | | “..Saya ga pernah nanya bagaimana dirumah bertetangga..” | | √ | | | | |
| | | | | “..sosialisasi dirumah ga pernah nanyain..” | | | √ | | | |
| | | | | “..saya nggak pernah nanya sosialisasi dia dirumah sih..” | | | | | √ | |
| | | | | “..sosialisasi juga dirumah juga ga | √ | | | | | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|---------------------------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | terjamah juga..” | | | | | | |
| | | | Tidak pernah keluar rumah | “..Kalo dah kayak gini mereka dirumah udah nggak keluar lagi, udah nggak aktifitas lagi dirumah aja..” | | | | | | √ |
| | | | Tidak ada komunikasi | “..jadi nggak ada komunikasi, pasiennya juga nggak keluar..” | | | | | | √ |
| | | | | “..kadang-kadang mereka ini suka nutupin horden..” | | √ | | | | |
| | | | | “..suka sendiri-sendiri..” | | √ | | | | |
| | | | | “..ga ada komunikasi..” | | √ | | | | |
| | | | Dikucilkan keluarga | “..suaminya pergi, dia tinggal dirumah keluarganya..” | | | | | | √ |
| | | | | “..sampai dia kekamar mandi aja, kata menurut dia, saya harus numpang orang lain kerumah orang ke tetangga karena kamar mandi dirumahnya dia dikunci tapinya tetangganya mau, tau tetangganya mau nerima..” | | | | | | √ |
| | | | | “..penolakan dari keluarga..” | √ | | | | | |

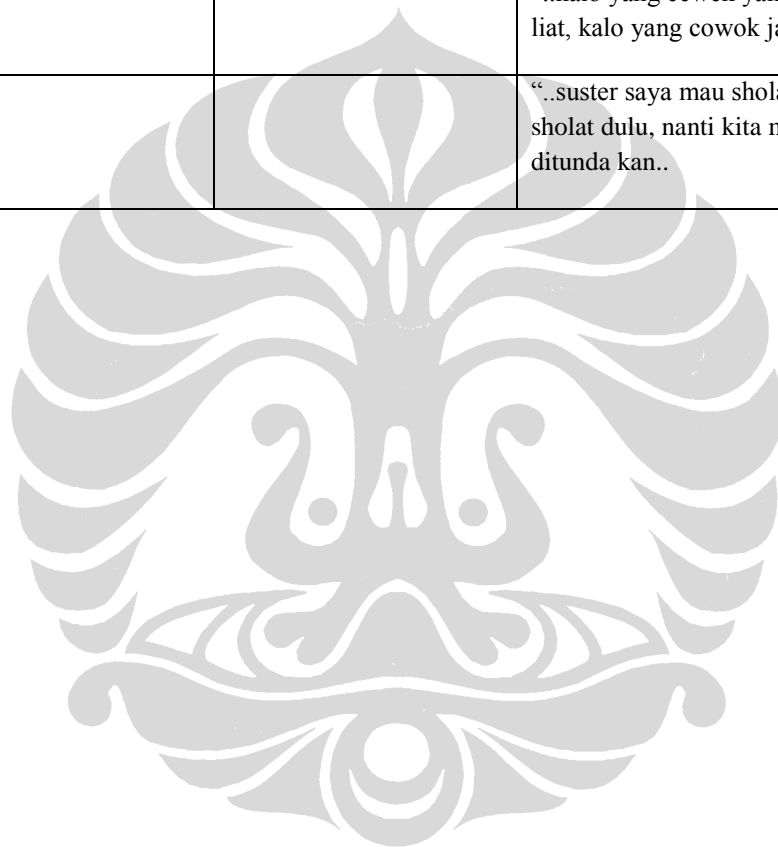
| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------------------------|---|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | “..banyak kan yang dikucilkan keluarga kan karena dia hiv positif..” | | | | | | √ |
| | | Mempertahankan sosialisasi | Saling berinteraksi satu ruang perawatan/berinteraksi sesama odha | “..satu ruangan kalo lagi ketemu yang kompak-kompak mereka saling membantu gitu..” | √ | | | | | |
| | | | | “..Pasien disini mau ngomong dengan temen-temennya dan keluarga temen-temennya, saling berbagi mereka..” | √ | | | | | |
| | | | | “..Disini ya biasa aja, karena mereka tau karena satu kamar itu sama semua ya udah ya biasa aja ya kayak sakit-sakit lain aja sih nggak ada yang ngerasa-ngerasa gimana gitu..” | | | | | √ | |
| | | | | “..Temennya dia ada banyak..” | | √ | | | | |
| | | | | “..punya kelompok masing-masing ya, kelompok dia aja..” | | √ | | | | |
| | | | | “..kalo saya perhatiin sih dia ga pernah berinteraksi dengan yang lain..” | | √ | | | | |
| | | | | “..hanya melihat ada kelompok mereka | | √ | | | | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|---------------------------------|--|--------------------------------|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | yang datang..” | | | | | | |
| | | | | “..ma temen-temennya iyalah mereka ngobrol..” | | √ | | | | |
| | Kondisi ekonomi pasien HIV/AIDS | Kemampuan memenuhi kebutuhan dasar pasien dan pengetahuannya | Memiliki kemampuan yang rendah | “..ekonominya juga mereka rata-rata ga punya, ya rata-rata mereka jaranglah yang umum semua kalo ga SKTM ya gakin..” | | | √ | | | |
| | | | | “..dia udah ga kerja, ngedown lah dia jadinya, udah ga semangat dia..” | | | √ | | | |
| | | | | “..Pasiennya nggak kerja dirumah aja..” | | | | | | √ |
| | | | | “..sementara orangtuanya ga mampu..” | | | √ | | | |
| | | | | “..masalah ekonomi jadi dia ga pemakai drugs tapi dia pemakai seksual dia menjual diri kalo pada wanita yak an..” | | | | √ | | |
| | | | Memiliki kemampuan yang tinggi | “..Padahal yang sida itu kan, hiv itu apa namanya orangnya kaya-kaya mereka punya uang semua..” | | √ | | | | |
| | | | | | | | | | | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|--|-------------------|--|--|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Gambaran persepsi perawat terhadap kondisi Spiritual | Kondisi spiritual | Mengabaikan kebutuhan spiritual pasien | Perawat tidak pernah bertanya tentang kebutuhan ibadah | "..Untuk itu sih ga.." | √ | | | | | |
| | | | | "..Saya ga pernah sempet nanya juga kenapa mereka ga melakukan ibadah.." | | √ | | | | |
| | | | | "..Nggak pernah diajakin juga.." | | | | | √ | |
| | | | | "..buat yang lainnya aku kurang pengkajian juga.." | √ | | | | | |
| | | | | "..spiritual jarang sih.." | √ | | | | | |
| | | | Pasien Tidak suka ditanya tentang ibadahnya | "..dia Tanya ibadah dia, biasanya pasien itu lebih tidak menyenangkan.." | | | | √ | | |
| | | | | "..dia bukan jauh dari ibadah, dia lebih pintar sama dengan orang-orang teroris itu, dia lebih pintar ibadahnya katanya, tapi ya mungkin jalannya yang salah iyakan gitu.." | | | | √ | | |
| | | | | "..pasiennya nggak mau nerima disuruh berdoa, kan kita nggak bisa suruh" | | | | | | √ |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|-------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | maksain..” | | | | | | |
| | | | Pasien jarang Jarang melakukan ibadah | “..Ga ada mereka jarang..” | | √ | | | | |
| | | | | “..Jarang ya kalo missal ngeliat, hampir ga ada malah gitu..” | | | | | √ | |
| | | | | “..Jarang sekali..” | | | | | | √ |
| | | | | “..yaaang musliim nggak banyak ya.. soalnya yang masih ibadah sholat gitu nggak.. nggak banyak..” | | | | | √ | |
| | | | | “..biar ibunya jungkir balik depan dia sholat juga tetep cuek aja, iya ada yang begitu..” | | | | | | √ |
| | | | Malas berdoa | “..ngajakin berdoa, males katanya..” | | | | | | √ |
| | Pemenuhan kebutuhan spiritual | Meningatkan untuk melakukan ibadah | Berdoa | “..pasien kristiani ada mereka berdoa...” | | √ | | | | |
| | | | | “..paling yang nasrani ada beberapa gitu..” | | | | | √ | |
| | | | ber ibadah | “..Pasien yang bisa jalan ibadah mereka..” | | | √ | | | |

| Tujuan Khusus | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 |
|---------------|------|----------|----------|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | | | | “..kalo yang cewek yang rajin ibadah saya liat, kalo yang cowok jarang..” | | | √ | | | |
| | | | | “..suster saya mau sholat ya udah silahkan sholat dulu, nanti kita mau nyuntik bisa ditunda kan..” | | | | | | √ |



CURRICULUM VITAE

I. DATA PRIBADI

Nama : Elvi Oktarina
Tempat, tanggal lahir : Padang, 24 Oktober 1979
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pekerjaan : PNS/Dosen
Alamat : Jl. Adinegoro Rt 2/1 No.7 Lubuk Buaya Padang.
Sumatera Barat
Telp/ email : (0751) 480441, 081363903454/ ns_vye@yahoo.com

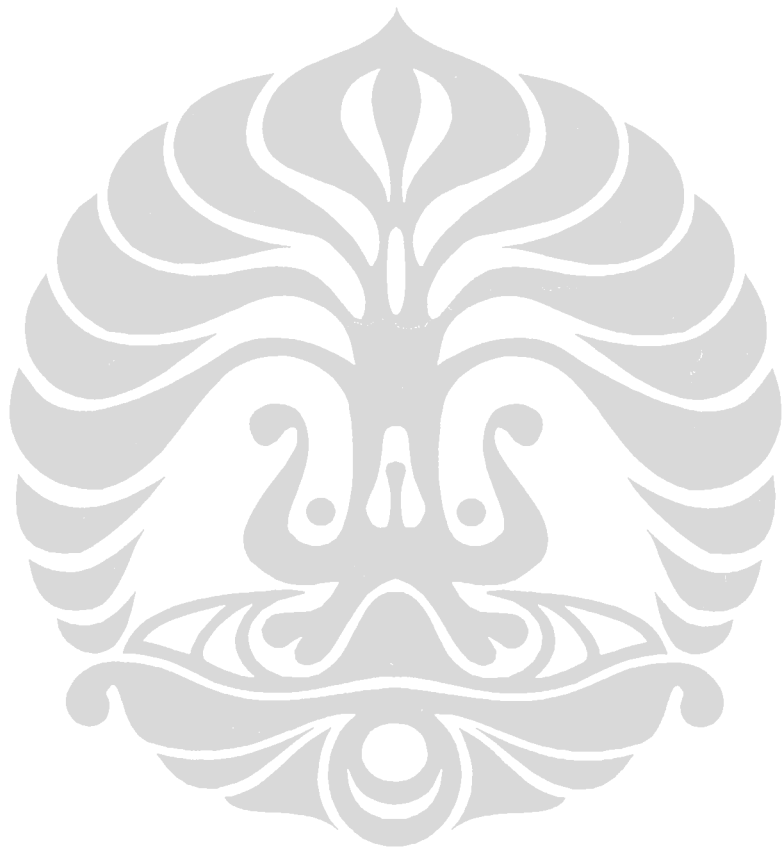
II. PENDIDIKAN FORMAL

SD Negeri 11 Padang : tahun 1985-1991
SMP Negeri 15 Padang : tahun 1991-1994
SMU Negeri 15 Padang : tahun 1994-1997
Akper DepKes RI Padang : tahun 1997-2000
S1 Keperawatan FIK Universitas Indonesia : tahun 2003-2005
Profesi Keperawatan FIK Universitas Indonesia : tahun 2005-2006
Magister Keperawatan Spesialisasi KMB FIK UI : tahun 2009-2011

III. RIWAYAT PEKERJAAN

2001 : RS Puri Cinere
2001-2006 : RS Internasional Bintaro Tangerang
2006-2007 : Dinas Kesehatan PemKab Padang Pariaman, Sumatera Barat
2007-Sekarang : Akper Pemerintah Kabupaten Padang Pariaman, Sumatera Barat

Universitas Indonesia



Universitas Indonesia