



UNIVERSITAS INDONESIA

**MAKNA SPIRITUALITAS PADA PASIEN HIV/AIDS DALAM KONTEKS
ASUHAN KEPERAWATAN DI RSUPN dr. CIPTO MANGUNKUSUMO
JAKARTA**

TESIS

Oleh :

**IRSANTY COLLEIN
0806446391**

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2010**



UNIVERSITAS INDONESIA

**MAKNA SPIRITUALITAS PADA PASIEN HIV/AIDS DALAM KONTEKS
ASUHAN KEPERAWATAN DI RSUPN dr. CIPTO MANGUNKUSUMO
JAKARTA**

TESIS

**Diajukan Sebagai Persyaratan Untuk
Memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan keperawatan Medikal Bedah**

Oleh :

**IRSANTY COLLEIN
0806446391**

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2010**

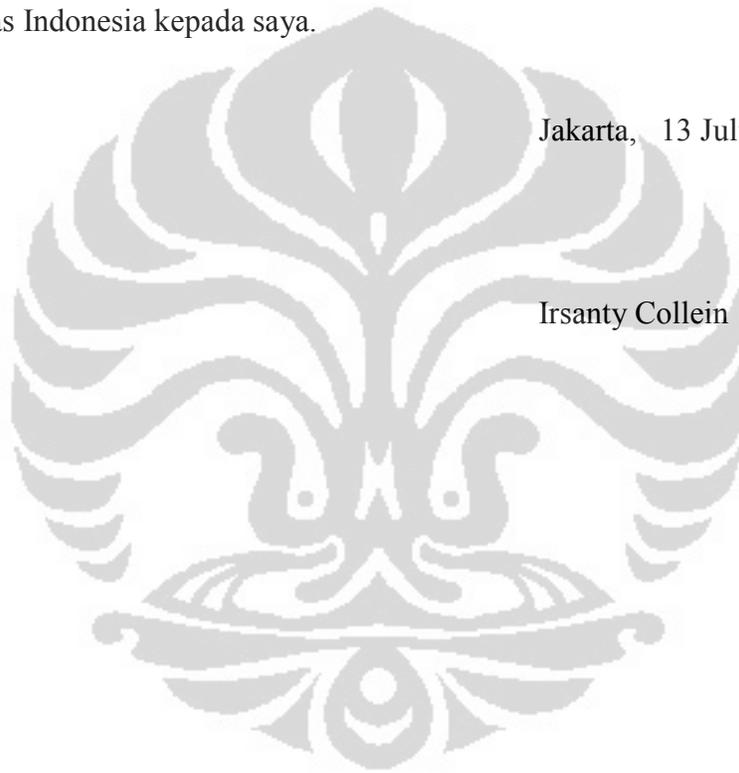
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan peraturan yang berlaku di Universitas Indonesia.

Jika di kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarism, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.

Jakarta, 13 Juli 2010

Irsanty Collein



HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Irsanty Collein

NPM : 0806446391

Tanda tangan :

Tanggal : 13 Juli 2010



PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah disetujui dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji Sidang Tesis
Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Depok, Juli 2010

Pembimbing I

Dr. Ratna Sitorus, S.Kp., M. App.Sc

Pembimbing II

Yati Afyanti, S. Kp., MN

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis yang diajukan oleh :
Nama : Irsanty Collein
NPM : 0806446391
Program Studi : Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan
Judul : Makna Spiritualitas Pada Pasien HIV/Aids dalam Konteks Asuhan Keperawatan di RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta

Isi telah berhasil dipertahankan dihadapan dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu keperawatan pada Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Dr. Ratna Sitorus, S. Kp., M. App, Sc ()

Pembimbing II : Yati Afiyanti, S. Kp., MN ()

Penguji I : Lestari Sukmarini, S.Kp., MN ()

Penguji II : Sugiasih, S. Kp., M. Kep ()

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 13 Juli 2010

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur tidak henti-hentinya saya panjatkan ke Hadirat Allah SWT Tuhan Semesta atas segala karunia dan nikmatnya sehingga saya bisa menyelesaikan proposal thesis saya yang berjudul “Makna spiritualitas pada pasien HIV/AIDS dalam konteks asuhan keperawatan di RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo”. Tesis ini dibuat sebagai bagian akhir dari kegiatan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Keperawatan kekhususan Keperawatan Medikal Bedah pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Berbagai hambatan dan rintangan telah saya hadapi untuk menyelesaikan Tesis ini, maka pada kesempatan ini saya ingin mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah banyak membantu saya yaitu kepada:

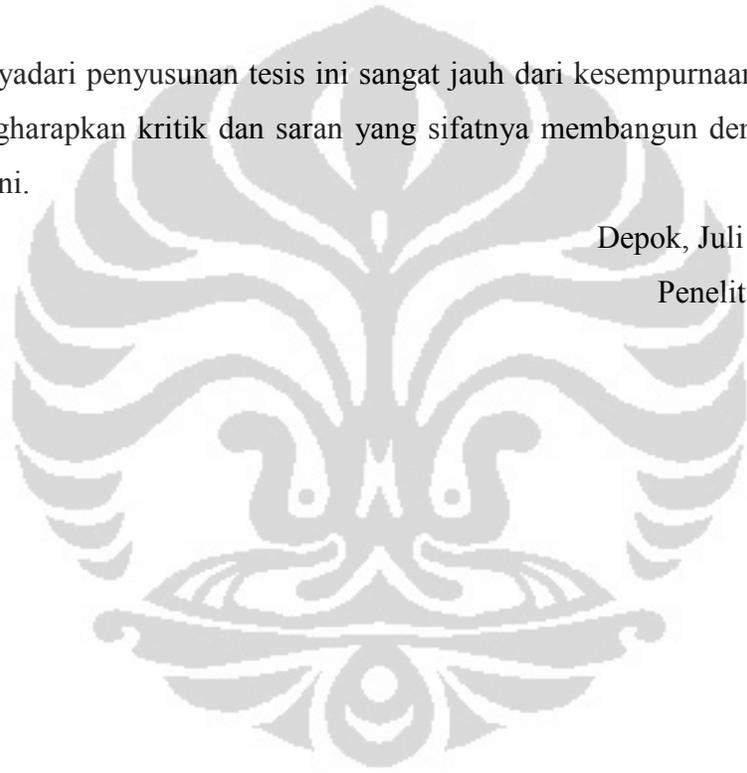
1. Ibu Dewi Irawati, MA. Ph.D., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Dra Krisna Yetti, S. Kp., M.App.Sc., selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Dr. Ratna Sitorus, S. Kp., M. App.Sc., selaku pembimbing 1 yang banyak memberi masukan dan arahan selama proses bimbingan.
4. Yati Afiyanti, S. Kp., MN., selaku pembimbing 2 yang banyak memberi masukan, arahan dan motivasi selama proses bimbingan.
5. Amelia Kurniati, S. Kp., MN, selaku pembimbing 2 yang telah banyak memberi masukan, arahan dan motivasi selama pengajuan proposal.
6. Para Dosen, staf Akademik dan non Akademik PPS Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah banyak membantu.
7. Direktur Utama, Kepala Instalasi rawat inap gedung A, Kepala Ruang dan perawat lantai 7 Gedung A RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta yang telah memberikan ijin, memfasilitasi serta memberikan tempat bagi pelaksanaan penelitian.

8. Alm. Ibunda tercinta, ayahanda atas segala support dan doanya sehingga saya bisa menjadi seperti sekarang ini, suami tercinta, si kecil Giga atas segala doa dan dukungan kalian.
9. Teman-teman KMB angkatan tahun 2008, terutama teman-teman seperjuangan sepuluh orang yang selalu memberi dukungan dan motivasi agar tetap semangat.
10. Para partisipan yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini yang telah bersedia menceritakan pengalamannya.

Saya menyadari penyusunan tesis ini sangat jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu saya mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun demi kesempurnaan proposal ini.

Depok, Juli 2010

Peneliti



HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

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

Nama : Irsanty Collein
NPM : 0806446391
Program Studi : Pasca Sarjana 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:

Makna Spiritualitas Pada Pasien HIV/Aids dalam Konteks Asuhan Keperawatan 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 (*data base*), 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 2010
Yang menyatakan:

Irsanty Collein

UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Tesis, Juli 2010
Irsanty Collein

Makna Spiritualitas pada pasien HIV/Aids dalam konteks asuhan keperawatan di
RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta

xiv + 84 hal + 2 tabel + 9 lampiran + 1 skema

ABSTRAK

Aspek spiritual merupakan salah satu isu penting dalam asuhan keperawatan klien HIV Aids. Penelitian ini bertujuan memperoleh pemahaman mendalam tentang makna spiritualitas pada klien HIV/AIDS dalam konteks asuhan keperawatan. Rancangan penelitian ini adalah kualitatif fenomenologi dengan desain deskriptif eksploratif. Penelitian ini memperoleh lima tema yaitu (1) mendekati diri kepada Tuhan, (2) menghargai hidup pasca diagnosis HIV, (3) butuh dukungan dari orang terdekat, (4) mempunyai harapan untuk kehidupan yang lebih baik di hari depan, dan (5) kebutuhan spiritual yang tidak terpenuhi. Sebanyak 7 partisipan berpartisipasi menceritakan pengalamannya. Metode wawancara mendalam dan pengamatan lapangan merupakan alat bantu pengumpulan data. Data di analisis menggunakan metode Collaizi (1978). Hasil penelitian menyarankan perawat perlu melakukan pengkajian spiritual pada klien HIV/Aids selama di rawat di RS sehingga perawat dapat memberikan intervensi keperawatan yang tepat untuk membantu klien

Kata Kunci:

Makna Spiritualitas, HIV/AIDS.

Daftar Pustaka, 58 (1996-2010).

POST GRADUATE PROGRAM
FACULTY OF NURSING UNIVERSITY INDONESIA

THESIS, JULY 2010

IRSANTY COLLEIN

MEANING OF SPIRITUALITY IN PATIENTS WITH HIV / AIDS IN THE
NURSING CARE AT RSUPN DR. CIPTO MANGUNKUSUMO JAKARTA

xiv + 86 + 2 tables + 1 scheme + 9 appendixes

ABSTRACT

Spiritual aspect was the important issue in the nursing care of patient with HIV/Aids. This study aims to explore the meaning of spirituality in HIV / AIDS patients in the nursing care at RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo. This research is a qualitative research phenomenology design with descriptive explorative. There were five themes in this research including more attach to God, respect for life after HIV diagnosis, need a support system, hope for a better life and patient's spiritual need's were not fulfilled. Seven participants were recruited in this study 7 participants. In-depth interviews, field note and the observation sheet were used to collect data. The seven procedural steps proposed by Collaizi (1978) were utilized in data analysis. The result suggested nurses are supposed to make an assessment for spiritual needs as a nursing intervention and optimize nursing curriculum.

Keywords:

Meaning of spirituality, HIV / AIDS.

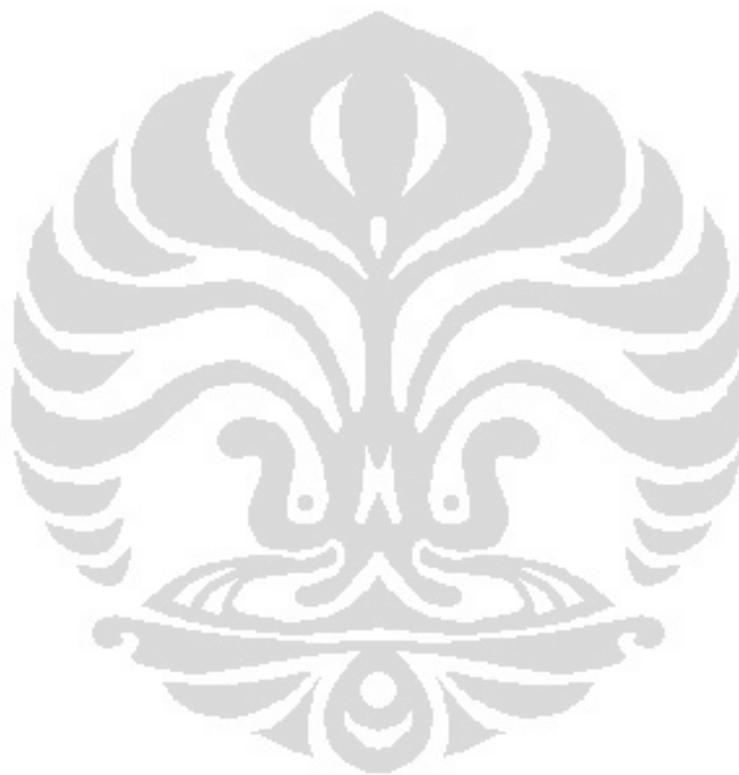
References, 58 (1996-2010).

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	I
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	ii
HALAMAN PENYATAAN ORISINALITAS	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vii
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	viii
ABSTRAK	ix
ABSTRACT	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR SKEMA.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB 1 : PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	8
1.3 Tujuan Penelitian	9
1.4 Manfaat Penelitian	10
BAB 2 : TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep dasar HIV/AIDS	12
2.2 Konsep spritual dalam Asuhan keperawatan	25
2.3 Asuhan Keperawatan HIV/AIDS	36
2.4 Kerangka teori	42
BAB 3: METODE PENELITIAN	
3.1 Rancangan Penelitian	43
3.2 Partisipan.....	45
3.3 Tempat Penelitian	45
3.4 Etika penelitian	45
3.5 Metode Pengumpulan Data	49
3.6 Alat Bantu pengumpulan Data	53
3.7 Analisis Data	53
3.8 Keabsahan Data	54
BAB 4 : HASIL PENELITIAN	
4.1 Gambaran Karakteristik Partisipan	56
4.2 Analisis Tematik	56
BAB 5 : PEMBAHASAN	
5.1 Interpretasi Hasil Penelitian	66

5.2 Keterbatasan Penelitian	80
5.3 Implikasi hasil penelitian	81
BAB 6 : SIMPULAN DAN SARAN	
6.1 Simpulan	84
6.2 Saran	85

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

1.	Tabel 2.1	Interpretasi jumlah virus HIV	18
2.	Tabel 2.2	hubungan antara kadar CD4 dan imunosupresi	19



DAFTAR SKEMA

1. Skema 2.1 Kerangka teori 42



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat penjelasan penelitian
Lampiran 2	Lembar persetujuan menjadi partisipan
Lampiran 3	Pedoman wawancara
Lampiran 4	Format catatan lapangan
Lampiran 5	Lembar konsultasi tesis
Lampiran 6	Surat ijin studi pendahuluan dari FIK UI
Lampiran 7	Surat ijin penelitian dari FIK UI
Lampiran 8	Surat Ijin penelitian dari bagian penelitian RSUPN dr Cipto Mangunkusumo Jakarta
Lampiran 9	Karakteristik partisipan
Lampiran 10	Analisis Tematik
Lampiran 11	Daftar riwayat hidup

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) merupakan tahap akhir dari infeksi HIV. Seseorang yang terinfeksi HIV di diagnosis AIDS ketika dia memiliki satu atau lebih infeksi oportunistik seperti radang paru-paru atau TBC dan memiliki jumlah sel T CD4 + (kurang dari 200 sel per millimeter kubik darah) (*National institute of allergi and Infectious Disease, 2009*). Keadaan ini akan menyebabkan klien HIV/AIDS sangat rentan terhadap masalah-masalah kesehatannya. Mudah terserang infeksi karena mengalami penurunan sistem imun.

HIV/AIDS bukan hanya masalah kesehatan, tetapi juga masalah pembangunan. HIV/AIDS menyebar dengan cepat terutama untuk orang muda dan orang dewasa pada usia kerja, HIV/AIDS mempengaruhi perekonomian, masyarakat, keluarga dan sekolah di suatu negara, melemahkan negara secara keseluruhan. Ketika 8% atau lebih dari populasi terinfeksi HIV, pertumbuhan ekonomi melambat. Hal ini karena tenaga kerja semakin berkurang dan pemerintah yang sudah kewalahan karena ekonomi melemah dan sistem perawatan kesehatan meningkat (*World bank group, 2009*).

Negara-negara miskin sangat rentan terhadap HIV/AIDS karena kurang memiliki sumber daya yang baik untuk mengobati dan membantu klien HIV. Penyebabnya adalah sistem perawatan kesehatan yang sudah terbebani atau tidak berkembang dengan baik, mahalnya obat HIV/AIDS dan sering tidak tersedia, walaupun ada klien tidak mampu membelinya, perawatan dan pengobatan bagi klien HIV/AIDS tidak mampu dibiayai oleh negara. Masyarakat pada umumnya sering enggan berbicara tentang perilaku berisiko karena menyentuh nilai-nilai masyarakat yang dianggap tabu dan sering bertentangan dengan norma-norma kemasyarakatan hal

ini pula yang menyebabkan fenomena klien HIV/AIDS jumlahnya meningkat dari tahun ke tahun. (*World bank group*, 2010).

Jumlah total klien HIV/AIDS di dunia pada tahun 2009 cenderung mengalami peningkatan dari tahun ke tahun, meningkat sebesar 20% dari tahun 2008 dan mengalami peningkatan tiga kali lebih besar dibanding tahun 1990. Jumlah terbanyak terdapat di Negara Sub Sahara-Afrika yaitu 22.4 juta orang. Data bulan November sampai dengan bulan Desember tahun 2009 tercatat klien dengan HIV/AIDS sebanyak 33.4 juta, orang dewasa yaitu 31.3 juta, wanita 15.7 juta, anak-anak dibawah usia 15 tahun 15.7 juta. Klien baru yang terinfeksi HIV/AIDS rata-rata 2.7 juta, kematian akibat AIDS totalnya 2 juta (*United Nation on AIDS*, 2010).

Di Asia Timur dan Asia Tenggara jumlah orang dengan HIV/AIDS sebanyak 3.8 juta orang dengan peningkatan yang lebih stabil sejak tahun 2000. Setengah dari klien HIV/AIDS terbesar di Asia berada di India. Sebagian besar Negara Di Asia mempunyai prevalensi penduduk dewasa yang terkena HIV/AIDS kurang dari satu persen kecuali Thailand. Epidemio penyebaran HIV/AIDS telah meletus di Cina, Indonesia, Papua Nugini, Vietnam, beberapa Negara di Asia Tengah dan Baltik (*United Nation on AIDS*, 2010).

Jumlah klien dengan HIV/AIDS di Indonesia sebesar 19.973 jiwa dengan laporan kasus terbaru tri wulan Oktober sampai dengan Desember 2009 sebesar 1.531 kasus baru. Penularan terbanyak melalui heteroseksual, di urutan kedua biseksual selanjutnya adalah karena IDU (*injecting drug user*). Data orang dengan HIV/AIDS di Propinsi DKI Jakarta total 2828 kasus. Klien dengan HIV/AIDS karena sebanyak 2002 kasus, dengan jumlah kematian karena AIDS sebanyak 426 jiwa (Ditjen PPM & PL Depkes, 2009).

Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia telah dilakukan sejak tahun 1985 dengan pembentukan kelompok kerja penanggulangan AIDS di Departemen kesehatan, penetapan wajib lapor kasus AIDS, penetapan laboratorium untuk pemeriksaan HIV, penyiapan dan penyebaran bahan komunikasi, informasi dan edukasi (KIE). Puncaknya adalah pada tahun 1994 pemerintah membentuk Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) di tingkat Nasional dan di susul oleh terbentuknya KPA di beberapa Propinsi. Kemudian KPA mulai mengkoordinasikan upaya penanggulangan yang dilaksanakan oleh Pemerintah dan LSM. Strategi penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia terus di tingkatkan mengikuti perubahan, tantangan dan masalah HIV/AIDS yang semakin besar dan rumit. Tujuan utamanya yaitu mencegah dan mengurangi penularan HIV, meningkatkan kualitas hidup klien dengan HIV/AIDS serta mengurangi dampak sosial dan ekonomi pada individu, keluarga dan masyarakat yang disebabkan oleh stigma yang melekat pada klien HIV/AIDS (Komisi penanggulangan AIDS, 2010).

Stigma adalah ketika orang dan masyarakat yakin bahwa seseorang itu buruk dan harus dijauhkan dan dianggap hina serta harus dihindarkan dari pergaulan di lingkungan sekitar dan di masyarakat (Campbell, Maimane, & Sibiya, 2005), Stigma negatif dan diskriminatif yang beredar di masyarakat tentang klien HIV sebagai penyakit yang memalukan dan kotor akan menghambat proses penanganan penyakit HIV dan penyebaran epidemik HIV/AIDS (Malcolm et al. 1998; dalam Brown, Trujillo, & Macintyre, 2001).

Bentuk stigma dan diskriminasi terhadap penyakit HIV/AIDS dalam bentuk lain adalah; 1) HIV merupakan bentuk hukuman dari Tuhan, klien dengan HIV/AIDS tidak boleh tinggal dengan masyarakat, 2) klien dengan HIV/AIDS tidak dibolehkan untuk pergi ke sekolah dan bekerja karena dikhawatirkan menularkan kepada yang lain, 3) Hanya orang-orang seperti pengguna narkoba suntik, pekerja seks, orang miskin serta buruh saja yang dapat tertular HIV, 4) Perempuan

seringkali disalahkan, 5) Petugas kesehatan membedakan dalam memberikan pelayanan kesehatan (Rostina, 2009).

HIV/AIDS tergolong dalam penyakit kronik dan membutuhkan perawatan yang komprehensif tidak hanya dari petugas kesehatan tetapi juga dari keluarga dan anggota masyarakat lain. Tujuan utama dari perawatan HIV/AIDS adalah membuat orang dengan HIV/AIDS dapat hidup lebih lama, hidup lebih sehat dan tidak menularkan kepada orang lain yang sehat dengan intervensi klinik jangka pendek maupun jangka panjang. Pada saat pengobatan HIV/AIDS dimulai oleh klien di rumah sakit, maka saat itulah dibutuhkan dukungan dari keluarga dan masyarakat sekitar serta manajemen diri sendiri dari klien HIV/AIDS itu sendiri (Bartlett, 2004).

Spiritualitas merupakan bagian dari kualitas hidup berada dalam domain kapasitas diri atau *being* yang terdiri dari nilai-nilai personal, standar personal dan kepercayaan (University of Toronto, 2010). Spiritualitas memegang peranan penting dalam pengobatan HIV/AIDS. Penelitian tentang pentingnya spiritualitas pada penyakit kronis termasuk HIV/AIDS telah banyak dilakukan. Nokes et al. (1995 dalam Tuck & Thinganjana, 2001) mengatakan bahwa 100% dari sampel sebanyak 145 orang dengan penyakit HIV menyatakan nyaman dengan terapi komplementer yang dilakukan yang didalamnya terdapat komponen rohani. Klien melaporkan bahwa praktek-praktek spiritual membantu meringankan gejala/symptom dan dalam beberapa kasus dapat merubah prognosis penyakit. Domain spiritualitas adalah termasuk dalam lingkup keperawatan untuk meningkatkan kualitas hidup pada penyakit kronis Ferrell et al. (1995, dalam Tuck & Thinganjana 2007). Spiritualitas merupakan hal yang unik dan bersifat individual, dipengaruhi oleh budaya seseorang, status perkembangan, pengalaman hidup, nilai-nilai dan ide-ide tentang kehidupannya (Potter & Perry, 2005).

Fish & Shelly, 1978; Peterson & Nelson, 1987; Schoenbeck, 1994 dalam (Potter & Perry, 2005) mengatakan ada empat hal yang diakui sebagai kebutuhan spiritual yaitu proses mencari makna baru dalam kehidupan, pengampunan, kebutuhan untuk dicintai, dan pengharapan. Proses mencari makna baru adalah proses yang unik dan bukanlah hal yang mudah karena akan menimbulkan stress dan perasaan marah, perasaan menyesal atau perasaan bersalah.

Penemuan makna baru dalam kehidupan ini akan memfasilitasi klien HIV/AIDS untuk pengampunan terhadap dirinya sendiri. Pemenuhan kebutuhan spiritual bisa merupakan hal yang sangat sulit pada klien-klien HIV/AIDS oleh karena itu perawat dapat mengambil peran penting. Hal yang dapat dilakukan perawat untuk menumbuhkan harapan klien dan dapat mencapai hal tersebut yaitu dengan bersifat jujur dan membangun hubungan saling percaya, perawat hadir dan mendampingi klien selama klien mengalami periode stress dan kacau, mendengarkan dan memberikan opini kepada klien, dan pada akhirnya memberikan harapan baru pada klien HIV/AIDS untuk menjalani kehidupannya (Potter & Perry, 2005).

Penelitian Tuck & Thinganjana (2007) untuk mengetahui makna spiritualitas pada klien HIV/AIDS, menggunakan metode fenomenologi dengan pengumpulan data melalui *focus group discussion*. Didapatkan hasil ada enam tema inti pada partisipan perempuan sedang pada klien laki-laki ada lima tema spiritualitas, tetapi hasil akhir digabungkan menjadi 6 tema spiritualitas pada klien HIV/AIDS yaitu 1) spiritualitas adalah keterkaitan atau hubungan, dan percaya kepada Tuhan atau kekuatan lain yang lebih besar, 2) spiritualitas adalah panduan atau membantu partisipan, 3) spiritualitas adalah sumber inspirasi berupa harapan, iman, dan kekuatan untuk memelihara hidup, atau menerima pemberian, 4) spiritualitas dinyatakan dengan perbuatan atau tindakan seperti mendengarkan music, pergi ke tempat ibadah, membaca kitab suci, terhubung dengan alam, meditasi, dsb. 5) spiritualitas adalah perjalanan, pusat dan pencarian, 6)

spiritualitas adalah merasakan kehadiran Tuhan. Sedangkan tema spiritualitas pada orang sehat adalah 1) kepercayaan dalam hubungan pribadi dengan Tuhan, 2) keterkaitan dan hubungan dengan lainnya, 3) perjalanan spiritual, panduan atau bertahan hidup, 4) spiritual adalah inti dari diri, 5) spiritualitas diekspresikan dengan tindakan, 6) bagian integral dari diri individu.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Tuck, McCain & Elswick (2001) untuk mengetahui hubungan antara faktor spiritualitas dan psikososial pada klien dengan HIV/AIDS dan menentukan pengukuran spiritualitas yang paling tepat mengatakan bahwa pengukuran spiritualitas dengan menggunakan *EWB* (*existensial well being*) memberikan gambaran yang positif terhadap kualitas hidup, *social support*, strategi koping yang efektif dan mempunyai hubungan negatif terhadap stress, ketidakpastian, stress psikologi dan koping emosional.

Penelitian serupa juga dilakukan oleh Dalmida, Holdstad, Dilorio & Laderman (2009) untuk mengetahui hubungan *spiritual well being* (*SWB*) dengan gejala depresi dan jumlah CD4 dan persentasenya pada wanita Africa-America yang positif HIV/AIDS. Hasilnya diperoleh semakin tinggi *spiritual well being* (*SWB*) didalamnya ada dua komponen yaitu *existensial well-being* (*EWB*) dan *religious well-being* (*RWB*) maka semakin rendah depresi yang dialami oleh responden. Hasil lainnya adalah semakin tinggi komponen *EWB* maka akan semakin tinggi pula nilai CD4 pada klien HIV/AIDS yang menandakan status imunnya dalam keadaan baik.

Yi, Mrus, Wade. et al (2004) melakukan penelitian tentang agama, spiritualitas, dan symptom depresi pada klien dengan HIV/AIDS mengatakan 53,6 % responden mengalami depresi yang signifikan. Depresi yang dialami oleh klien HIV/AIDS dipengaruhi oleh rendahnya status kesehatan dan persepsi tentang kesehatan, kurangnya dukungan sosial dan rendahnya kesejahteraan rohani.

Selain itu religiusitas pribadi dan hubungan keagamaan tidak memiliki hubungan untuk mengontrol faktor lain pada klien HIV/AIDS. Sementara itu penelitian Szaflarski, Ritchey, Leonard et al (2006) mengatakan spiritualitas/agama mempunyai hubungan positif dengan perasaan bahwa kehidupan menjadi lebih baik (efek langsung) sedangkan efek tidak langsung yaitu terhadap nilai-nilai kesehatan dan status kesehatan. Perubahan nilai tentang kesehatan memberikan efek yang besar terhadap perasaan bahwa kehidupan menjadi lebih baik dan berubah pada klien HIV/AIDS.

Perawat memiliki pengetahuan bahwa klien memiliki kebutuhan spiritual, tetapi pada banyak kasus tidak semua perawat memberikan pelayanan untuk memenuhi aspek spiritual klien. Hal ini disebabkan perawat tidak disiapkan untuk menghadapi masalah spiritual klien dan perawat menganggap itu bagian dari psikososial dan merupakan tugas dari rohaniawan. Perawat berada pada posisi terbaik untuk memberikan asuhan keperawatan spiritual pada klien hanya dengan menjadi pendengar yang baik, membantu klien mengungkapkan keyakinan mereka dan mendampingi klien selama perjalanan penyakitnya serta menyediakan perawatan rohani untuk klien HIV/AIDS (Wensley, 2008). Hal ini juga didapatkan oleh peneliti berdasarkan hasil observasi yang dilakukan pada bulan November sampai dengan Desember tahun 2009 selama merawat klien HIV/AIDS di lantai 7 RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo perawat kurang memperhatikan kebutuhan spiritual klien, perawat lebih berfokus pada masalah fisik yang dihadapi oleh klien.

Rumah Sakit Umum Pusat Nasional (RSUPN) dr. Cipto Mangunkusumo adalah rumah sakit pusat rujukan nasional yang memberikan pelayanan kesehatan pada klien-klien termasuk klien HIV/AIDS. Untuk klien rawat inap di RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo dirawat di gedung A lantai 7. Untuk klien rawat jalan di POKDISUS AIDS yaitu sebuah lembaga/organisasi universitas dibawah Fakultas

Kedokteran Universitas Indonesia secara resmi didirikan pada 8 Maret 1986 berdasarkan SK Dekan FKUI no. 88/II/A/FK/1986 untuk memberikan pelayanan kepada klien HIV/AIDS di RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo. Jenis layanan yang diberikan adalah Program Hotline “Pokdi”, Program Konseling dan Testing Gratis, Program Akses Diagnosis dan Terapi, Program Pertemuan Bulanan untuk “Klien dengan hiv/aids, Keluarga, dan Tenaga Kesehatan”, Program Pertemuan Bulanan antar “Lembaga dan Tenaga Kesehatan”, Program Peningkatan Upaya Pencegahan Universal (bantuan masker dan sarung tangan untuk ruang rawat), Program Pelatihan Konselor HIV/AIDS, Program Pelatihan Penatalaksanaan HIV/AIDS.

Perry & Potter (2005) mengatakan penemuan makna spiritualitas pada klien HIV/AIDS adalah merupakan pengalaman pribadi yang unik pada setiap klien HIV/AIDS yang dapat memberikan makna yang berbeda karena dipengaruhi oleh daya juang dari setiap individu untuk terhubung dan menjadi bagian dari sesuatu yang berada diluar kendali individu, integrasi pengetahuan, nilai-nilai yang diyakini oleh individu, dan tingkah laku. Hal ini menyebabkan klien HIV/AIDS dapat berbeda dalam pemaknaan terhadap pengalaman spiritualitasnya sehingga perlu dilakukan penelitian secara fenomenologi untuk menggali makna spiritualitas yang unik dari klien HIV/AIDS dalam menghadapi kondisi sakitnya.

1.2 Rumusan Masalah

Penyakit HIV/AIDS adalah penyakit yang sangat berbahaya dan sering memberikan pengalaman hidup yang mendalam secara emosional, sosial, perilaku, spiritual dan konsekuensi medis. Penyesuaian harus dibuat dalam hubungan dengan orang lain, kehidupan keluarga, seksual dan hubungan sosial, pekerjaan dan pendidikan, keyakinan spiritual, hukum dan hak-hak sipil yang menakutkan bagi klien nya dan keluarganya serta orang-orang di sekitarnya. Hal

ini disebabkan oleh stigma negatif yang beredar di masyarakat. Penyakit ini tergolong dalam penyakit kronik dan sampai saat ini belum ditemukan obat yang dapat mengobatinya.

Spiritualitas pada klien dengan HIV/AIDS sangat penting karena memberikan efek secara langsung yaitu sebagai memberikan perasaan nyaman, tenang dan sebagai koping positif untuk menghadapi penyakitnya dan memberikan efek secara tidak langsung untuk meningkatkan status kesehatan dalam hal ini meningkatkan kadar CD 4 atau memperlambat menurunnya kadarnya CD4 dan menurunkan jumlah viral load pada klien HIV/AIDS.

Asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat belum mencakup aspek spiritual, saat ini kebanyakan perawat lebih berfokus untuk memenuhi kebutuhan biologis klien. Padahal disisi lain aspek spiritualitas penting bagi klien untuk menyadari siapa dirinya, mendasari perilaku, dan respon klien untuk memberikan makna terhadap kehidupannya. Berdasarkan latar belakang tersebut diatas maka penulis tertarik untuk menggali secara lebih mendalam tentang bagaimana makna spiritualitas pada klien HIV/AIDS. Untuk memahami fenomena tersebut, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “bagaimanakah makna spiritualitas pada klien HIV/AIDS dalam konteks asuhan keperawatan di RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh pemahaman yang mendalam tentang makna spiritualitas pada klien HIV/AIDS dalam konteks asuhan keperawatan di RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah diperoleh gambaran pengalaman tentang:

- a. Perubahan spiritual yang terjadi dalam kehidupan klien dengan HIV/AIDS setelah diketahui menderita HIV/AIDS.
- b. Tujuan hidup pada klien HIV/AIDS pasca diagnosis HIV/Aids
- c. Nilai dan kepercayaan yang diyakini oleh klien HIV/AIDS.
- d. Hubungan klien HIV/AIDS dengan orang lain dan, lingkungan sekitarnya.
- e. Harapan klien HIV/AIDS terhadap kehidupannya
- f. Pelayanan keperawatan yang telah diterima klien HIV/AIDS untuk memaknai pengalaman spiritualnya.

1.4 Manfaat Penelitian

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat pada :

1.4.1 Pelayanan Keperawatan Medikal Bedah

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran bagaimana klien HIV/AIDS memaknai pengalaman spiritualitasnya untuk menjalani kehidupannya untuk meningkatkan ketahanan fisiknya untuk mencapai kualitas hidup yang lebih baik. Hasil penelitian ini juga diharapkan dapat dipakai sebagai bahan masukan dalam merencanakan dan melaksanakan asuhan keperawatan bagi klien HIV/AIDS sehingga memperoleh perawatan sesuai dengan apa yang diperlukan klien.

1.4.2 Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan masukan bagi institusi pendidikan dalam proses pembelajaran mahasiswa keperawatan khususnya keperawatan medikal bedah sehingga dapat diperoleh gambaran yang nyata tentang pengalaman spiritualitas pada klien HIV/AIDS dalam konteks asuhan keperawatan.

1.4.3 Penelitian Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dipakai sebagai data dasar bagi peneliti peneliti selanjutnya terkait topik yang masih berkaitan/berhubungan dengan klien HIV/AIDS



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar HIV/AIDS

Pembahasan tentang HIV/AIDS mencakup pengertian, penyebab, faktor risiko dan cara penularan, patofisiologi, tanda dan gejala, penegakan diagnosis, serta penatalaksanaan secara umum pada klien HIV/AIDS.

2.1.1 Pengertian

AIDS adalah singkatan dari "*Acquired Immune Deficiency Syndrome*". *Acquired* berarti ditularkan dari orang ke orang; kekebalan tubuh adalah sistem pertahanan; kekurangan berarti kurang atau tidak bekerja sesuai dengan fungsinya dan sindrom adalah kelompok atau kumpulan tanda dan gejala. AIDS adalah tahap lanjut infeksi HIV (*UNICEF*, 2009)

2.1.2 Penyebab

Ada dua jenis HIV: yaitu HIV-1 dan HIV-2. HIV-1 dan HIV-2 yang ditransmisikan dengan cara yang sama dan terkait dengan infeksi oportunistik yang serupa, meskipun mereka berbeda dalam efisiensi transmisi dan tingkat perkembangan penyakit. HIV-1 merupakan penyebab bagi mayoritas infeksi di dunia, ada lebih dari 10 sub tipe genetik. HIV-2, ditemukan terutama di Afrika Barat, tampaknya kurang mudah menular dan berkembang lebih lambat untuk AIDS daripada HIV-1. Seseorang bisa terinfeksi HIV kedua jenis secara bersamaan (*UNICEF*, 2009).

HIV tipe 1 dapat bermutasi dan berkembang menjadi lebih ganas. Ada dua tipe utama varian virus tipe 1 menurut Black & Hawks, (2009) yaitu:

2.1.2.1 HIV-1 kelompok M

Terdapat 10 tipe HIV-1 yaitu sub tipe A, B, C, D, E, F, G, H, I, J berdasarkan analisis *phylogenetic* dari gennya. Distribusinya tersebar di seluruh dunia.

2.1.2.2 HIV-1 kelompok O

Untuk menentukan tanda dari virus kelompok O ini harus berhati-hati, karena virus ini telah mengalami mutasi dan berbeda dari lainnya. Kelompok O pertama kali di diagnosa di Afrika Tengah dan Afrika Barat.

2.1.3 Faktor risiko dan cara penularan

Menurut Black & Hawks, (2009) Pola penularan virus HIV ini berbeda semenjak 19 tahun terakhir di Amerika Serikat, terbanyak karena *men sex men*, saat ini peningkatan secara signifikan terjadi pada kelompok pengguna *intravenous drug user (IDU)*, wanita dan heteroseksual. Peningkatan terbanyak terjadi pada usia 19-29 tahun.

Cara penularan HIV/AIDS Menurut Black & Hawks, (2009) melalui:

2.1.3.1 Kegiatan seksual

Penularan ini terjadi melalui hubungan seksual yang tidak aman antara orang dengan HIV/AIDS dengan orang lain yang sehat. Terjadi pada kelompok heteroseksual, homoseksual, pasangan seks yang berganti-ganti, adanya luka pada daerah genitalia akan meningkatkan risiko peningkatan tertular virus HIV.

2.1.3.2 Terpapar oleh darah dan cairan tubuh klien HIV/AIDS

Melalui kegiatan penggunaan jarum suntik secara bergantian tanpa disterilkan, transfusi produk darah yang terinfeksi virus HIV serta melalui transplantasi organ atau jaringan.

Penularan HIV juga berisiko terjadi pada petugas kesehatan, petugas sosial karena sering terpapar dengan cairan tubuh klien HIV/AIDS baik melalui jarum suntik, dan alat lainnya seperti kateter, kondom, cairan tubuh klien HIV/AIDS.

2.1.3.3 Secara vertikal dari ibu kepada bayi yang dikandungnya

Penularan ini dapat terjadi selama kehamilan, proses melahirkan per vaginam dan selama periode post partum melalui proses menyusui. Selama tahun 2001 di Amerika Serikat bayi yang tertular virus HIV sebanyak 200 kasus karena cara ini, sedang di Africa di Sub sahara sebanyak 700.000 kasus.

2.1.4 Patofisiologi

Menurut Silbernagl & Lang (2007) perjalanan dari masuknya virus HIV sampai awal terjadinya gejala Aids adalah sebagai berikut: Virus HIV tipe 1 dan tipe 2 dikode oleh dua molekul RNA (ssRNA) yang hampir sama. Pada selubung virion terbentuk protein gp120, yang sekaligus melekat pada CD4 dan kemoreseptor kemokin (=CCR5 pada awal infeksi; =CXCR4 pada tahap akhir) di membrane sel penjamu sehingga menyebabkan penyatuan membran dan endositosis virion. Seseorang dengan defek CCR5 akan terlindung dari infeksi HIV. Selain sel CD8, sel CD4-T_H terutama ikut terkena. Pada sel CD4-T_H, ssRNA melalui endogen *reverse transcriptase* virion ditranskripsi menjadi cDNA, yang kemudian bergabung menjadi untaian ganda dsDNA (provirus) kedalam genom sel penjamu (stadium laten).

Aktivasi sel CD4 memicu ekspresi virus. Protein yang terbentuk, yaitu *tat* dan *rev*, juga NF κ b dari sel penjamu berperan dalam pembentukan virion baru yang kemudian mengalami eksositosis. Pada stadium ini sel CD4 dapat dihancurkan terutama diserang oleh pertahanan imunnya sendiri (IgG anti gp120 + komplemen; pengenalan peptide virus oleh sel T sitotoksik).

Sel CD4 yang tidak terinfeksi juga ikut mati (mengalami proses apoptosis yang tidak tergantung HLA) sehingga pada stadium lanjut defisiensi sel T

CD4 menjadi semakin berat. Perubahan konsentrasi sitokin mematikan sebagian sel T sitotoksik dan sel T_{H1} . Tubuh sekarang menjadi semakin tidak berdaya terhadap pathogen yang biasanya tidak berbahaya (misalnya jamur) dan sel tumor tertentu (sarcoma Kaposi, limfoma) Sel CD4/ μ l darah <500 merupakan tanda *Aids related complex (ARC)* ; bila kadar CD4 < 200 tanda Aids berkembang sepenuhnya.

Keadaan antara viremia awal dan *ARC* dapat berlangsung selama bertahun-tahun. Selama rentang waktu itu pro virus dapat bertahan dalam jumlah relatif sedikit (10^6) dan sel CD4 berada dalam bentuk inaktif terutama di kelenjar limfe.

2.1.5 Tanda dan gejala

Menurut WHO (2005), kriteria klinis tanda dan gejala HIV/AIDS adalah sebagai berikut:

2.1.5.1 Stadium pertama

Terjadi gejala asimtomatis dan *Persistent generalized lymphadenopathy (PGL)* atau pembesaran kelenjar getah bening persisten.

2.1.5.2 Stadium kedua

Penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan ($<10\%$ dari asumsi atau pengukuran berat badan), infeksi saluran pernapasan yang terjadi secara berulang-ulang (infeksi saluran pernapasan, sinusitis, bronchitis, otitis media, faringitis), herpes zoster, angular cheilitis, ulserasi mulut yang terjadi secara berulang-ulang, erupsi, *Papular pruritic eruptions*, dermatitis seboroik, infeksi jamur di kuku.

2.1.5.3 Stadium ketiga

Gejala klinis pada pasien di stadium ketiga adalah:

- 1) Kondisi yang ditegakkan berdasarkan gejala klinis: penurunan berat badan ($> 10\%$ dari yang diduga atau pengukuran berat badan), diare kronis yang tidak dapat dijelaskan selama lebih dari satu bulan, demam persisten yang tidak dapat dijelaskan (intermiten atau konstan selama lebih dari satu bulan), kandidiasis mulut, mulut dan lidah dilapisi selaput berwarna putih, tuberkulosis paru (TB) didiagnosis pada dua tahun terakhir, infeksi bakteri yang berat (misalnya pneumonia, empiema, pyomyositis, infeksi tulang atau sendi, meningitis, bakteremia), stomatitis ulseratif nekrosis akut, gingivitis atau periodontitis
- 2) Kondisi dimana perlu ditegakkan berdasarkan pemeriksaan diagnostik: Anemia yang tidak dapat dijelaskan ($< 8 \text{ g / dl}$), dan atau neutropenia ($< 500/\text{mm}^3$) dan atau trombositopenia ($< 50.000/\text{mm}^3$) selama lebih dari satu bulan.

2.1.5.4 Stadium keempat

- 1) Kondisi yang ditegakkan berdasarkan gejala klinis: sindrom penurunan berat badan, pneumonia, pneumonia yang terjadi secara berulang berdasarkan pemeriksaan radiologi, infeksi herpes simpleks kronis (orolabial, alat kelamin atau daerah anorektal lebih dari satu bulan), kandidiasis esophagus, TB ekstra pulmoner, Sarcoma Kaposi, toksoplasmosis SSP, ensefalopati HIV.
- 2) Kondisi dimana perlu ditegakkan berdasarkan pemeriksaan diagnostic:
Ekstrapulmoner kriptokokosis termasuk meningitis, Non-tuberkulosis diseminata infeksi mikobakteri, *progressive multifocal leukoencephalopathy (PML)*, Candida dari trakea, bronkus atau

paru-paru, Kriptosporidiosis, Isosporiasis, infeksi viseral herpes simpleks, Cytomegalovirus (CMV, infeksi (retinitis atau organ selain hati, limpa atau kelenjar getah bening), penyakit yang disebarkan oleh jamur mycosis (misalnya histoplasmosis, coccidiomycosis, penicilliosis), Salmonella non-typhoidal septisemia yang terjadi secara berulang, Limfoma (otak atau sel B non-Hodgkin), Karsinoma serviks invasive, Visceral leishmaniasis.

Kriteria klinis diatas digunakan pada orang dewasa dan dijadikan sebagai patokan untuk menegakkan diagnosis dan pemberian terapi anti retro viral (ARV).

2.1.6 Penegakan diagnosis

Constantine (2006) mengatakan ada beberapa rangkaian tes yang digunakan untuk menegakkan diagnosis HIV/AIDS pertama kali:

2.1.6.1 Deteksi awal dan periode jendela

Spesifik antibodi diproduksi pada awal setelah terjadinya infeksi virus HIV. Tetapi virus ini menunggu waktu yang tepat untuk menyerang kekebalan tubuh seseorang tergantung pada inang (RNA manusia) dan karakteristik virus. Antibodi dapat dideteksi 6 s/d 12 minggu sejak pertama kali terinfeksi. Tes generasi terbaru bahkan dapat mendeteksi 3-4 minggu sejak pertama kali terinfeksi. Periode jendela mungkin terjadi selama 2-3 minggu tergantung dari jenis tes yang digunakan.

Deteksi jumlah virus dapat digunakan untuk menentukan mengetahui aktivitas virus seperti yang tercantum pada tabel dibawah ini:

Tabel 2.1
Interpretasi perhitungan jumlah virus

Hitung jumlah virus	Interpretasi
10.000 copi/ml	Risiko rendah untuk aids
10.000-100.000 copi/ml	Risiko ganda untuk aids
> 100.000	Risiko tinggi untuk aids

Sumber: Black & Hawks, (2009).

2.1.6.2 Tes untuk *screening*

Digunakan tes *Enzyme-Linked Immunosorbent Assays/Enzyme Immunoassays (tes ELISA)*,

2.1.6.3 Tes untuk konfirmasi

Western Blot Test, Indirect Immunofluorescent Antibodi Assay.

2.1.6.4 Tes klasik yang digunakan sebagai alternatif untuk mendiagnosis HIV/AIDS:

a. Cairan dari mulut atau tes saliva

Cara ini dapat digunakan sebagai alternatif untuk mengumpulkan sampel darah, cairan yang digunakan berasal dari cairan *cervicular* dari pembuluh darah kapiler dibawah gusi, yang merupakan transudat darah. Cara ini merupakan cara non invasiv. Konsentrasi dari antibodi sekitar 1/400 dari cairan yang ada dalam plasma, tetapi karena efek dilusi dari air liur maka tes ini dapat digunakan untuk mendeteksi antibodi dalam jumlah kecil.

Keuntungan dari menggunakan cara ini adalah cairan mudah didapatkan, dapat digunakan pada keadaan dimana sampel darah sulit untuk didapatkan.

b. Tes urine

Penggunaan urin untuk pengujian yang sesuai untuk praktek dokter, klinik kesehatan, dan di negara-negara berkembang di mana tidak ada

petugas kesehatan terlatih untuk mengumpulkan sampel darah atau tidak tersedia jarum darah yang steril untuk pengambilan darah. Kekurangan utamanya adalah bahwa tidak ada urine yang disetujui konfirmasi berbasis assay, dan ketika hasil reaktif maka harus dilakukan pemeriksaan dengan tes ELISA dan Western Blot. Tetapi urine dapat juga digunakan untuk sebagai sampel untuk tes ELISA dan Western Blot.

Keuntungan cara ini adalah pengumpulan yang sederhana, tindakan non-invasif, dan murah, dan sampel dapat disimpan pada suhu ruang untuk waktu yang lama.

c. Pengumpulan sampel untuk pemeriksaan cairan di rumah

Cara ini sampai saat ini belum disetujui, karena belum dijamin ketepatan pengambilan sampel dan bagaimana cara melakukan konseling. Darah dikumpulkan atau diambil sendiri oleh klien di rumah, kemudian sampel dikirim ke laboratorium, dan disaring dengan tes ELISA. Kemudian hasil dan konseling diberitahukan melalui telepon.

2.1.6.5 Jumlah sel CD4, ratio dan persentasenya.

Kegunaan dari pengukuran ini adalah untuk mengetahui defisiensi imun dalam tubuh, seperti dijelaskan pada tabel di bawah ini.

Tabel 2.2
Hubungan antara kadar CD4 dan imunosupresi

Jumlah kadar CD4	Stadium
$< 500/\text{mm}^3$	Tidak terjadi Imunosupresi
$350-499/\text{mm}^3$	Imunosupresi ringan
$200-349/\text{mm}^3$	Imunosupresi lanjut
$< 200/\text{mm}^3$	Imunosupresi berat

Sumber: WHO (2005).

2.1.7 Penatalaksanaan umum

Penatalaksanaan HIV/AIDS:

2.1.7.1 Pengobatan dengan menggunakan anti retro viral (ARV) masih merupakan penanganan yang utama. Kadar CD4 secara bersamaan dengan stadium klinis digunakan sebagai panduan memberikan ARV.

Black & Hawks (2009) mengatakan keuntungan dari menggunakan terapi anti retroviral yaitu: 1) mengontrol replikasi dan mutasi dari virus HIV, dan menurunkan jumlah virus, 2) mencegah destruksi sistem imun dan kehilangan sel T *helper* dalam hal ini kadar CD4, 3) memperlambat progresivitas menjadi aids, 4) menurunkan risiko terjadinya resistensi terhadap obat HIV, 5) menurunkan risiko toksisitas obat (obat yang dimulai saat klien masih sehat) dan 6) meningkatkan ketahanan klien terhadap HIV (tujuan utama dari pemberian ARV).

Depkes (2007) mengeluarkan panduan untuk penanganan dengan menggunakan ARV di Indonesia, pengobatannya sebagai berikut: Untuk awal pengobatan dengan ARV klien harus disiapkan terlebih dahulu dan mendapatkan konseling sebelum pengobatan. Harus diperiksa kadar CD4, bila tidak tersedia dilakukan pemeriksaan jumlah limfosit total, harus memiliki orang sebagai pengawas minum obat (PMO) dan harus menjalani pemeriksaan dan pengawasan klinis secara teratur. Untuk pengobatan HIV sendiri menurut Depkes (2007) penataan awalnya adalah untuk memberikan obat untuk infeksi oportunistik misalnya kotrimoksazol.

Pengobatan ARV pada lini pertama menurut Depkes (2007) adalah Lamivudin (3TC) ditambah salah satu obat dari golongan *nucleoside reverse transcriptase inhibitor* (NRTI), zidovudine (AZT) atau stavudin (d4T). Pilihan NRTI lainnya yaitu lamivudine (3TC), Zidovudine (ZDV atau AZT), stavudine (d4T), abacavir (ABC), Tenofovir disoproxil kumarat (TDF), Emtricitabine (FTC).

2.1.7.2 Terapi dukungan terhadap klien HIV/AIDS

Berisi konseling yang diberikan pada klien dengan HIV/Aids meliputi konseling sebelum dan sesudah tes untuk mendiagnosis HIV, konseling kepatuhan minum ARV, konseling kelompok sebaya (UNICEF, 2009).

Hal penting yang terlibat dalam konseling pada klien HIV adalah pendidikan tentang penyakit HIV, cara penularan, dan potensi pengobatan. Informasi yang diberikan kepada klien bisa menjadi hal penting dalam menangani keputusan sulit menyangkut pengobatan dan terapi ARV, seperti waktu yang optimal untuk memulai ARV, keefektifan terapi ARV.

Edukasi tentang transmisi HIV dan perubahan dalam perilaku berisiko adalah tujuan penting lainnya dalam proses konseling. Upaya untuk mendorong perubahan perilaku yang mengakibatkan penurunan sementara penularan HIV. Semua klien harus mendapat informasi mengenai seks yang lebih aman pencegahan dan menghindari penularan kepada orang lain. Informasi ini harus disajikan dalam bahasa yang sesuai dengan budaya klien. Kegiatan konseling harus dilakukan berulang-ulang (Bartlett, 2008)

Kalichman, (2000) mengatakan masalah yang berhubungan dengan kematian mungkin akan dipersepsikan secara berbeda berdasarkan tingkat perkembangan atau usia, sehingga perlu dirancang intervensi yang berbeda berdasarkan usia perkembangan. Usia setengah baya dan lebih tua yang hidup dengan HIV-AIDS dan beresiko untuk bunuh diri membutuhkan layanan kesehatan mental yang komprehensif, mengingat luas dan kedalaman tekanan emosional mereka dan keterbatasan fungsional mereka. layanan tersebut dapat terintegrasi dengan sistem perawatan HIV yang tersedia seperti manajemen kasus dan lembaga tertentu. Konseling dan dukungan sosial dianggap meningkatkan sumber daya untuk orang-orang yang mempunyai pikiran bunuh diri yang belum mendapatkan intervensi krisis, dan harus mendapat prioritas dalam pelayanan keperawatan. Mallinson (1999) mengatakan Kesedihan dan kehilangan setelah kematian satu klien dicintai hadir dengan tantangan signifikan terhadap fisik, emosi, dan kesehatan spiritual dan kesejahteraan. Proses berduka untuk orang dengan infeksi HIV dapat diperparah oleh rasa malu, stigma, dan kurangnya dukungan sosial. Mengatasi dampak dari masalah ini pada kesehatan fisik dan emosional klien HIV/Aids adalah penting untuk merancang intervensi yang tepat dengan memfasilitasi kesedihan. Orang yang mereka cintai berfungsi untuk meredakan gejala sisa yang tidak sehat, meningkatkan ketrampilan untuk mengatasi masalah, dan memberikan kesempatan untuk perubahan pandangan terhadap diri sendiri.

2.1.7.3 Terapi spiritualitas

Chicoki (2007) mengatakan spiritualitas pada klien HIV/AIDS adalah jalan untuk untuk mengobati masalah emosional melalui agama dan spiritual. Dengan cara:

- a. Memberikan makna baru dalam hidup: Agama dan spiritualitas membantu klien dengan HIV/Aids meninjau kembali kehidupan mereka, menafsirkan apa yang mereka temukan, dan menerapkan apa yang telah mereka pelajari untuk kehidupan baru mereka dengan HIV. Secara sederhana, spiritualitas dan agama membantu seseorang menemukan "makna baru hidup" setelah diagnosis HIV.
- b. Mempunyai tujuan baru: diagnosis HIV sering menjadi stimulus yang diperlukan bagi seseorang untuk menggali kembali kehidupan rohani dari kehidupan mereka. HIV membuat klien dengan HIV/Aids memberikan makna positif dalam kehidupan baru mereka.
- c. Kondisi sakit membuat klien dengan HIV/Aids menjadi pribadi yang baru. Secara sadar atau tidak sadar, klien dengan HIV/Aids menggunakan penyakit mereka sebagai cara untuk lebih memahami spiritualitas mereka dan diri mereka sendiri. Perjuangan klien dengan HIV/Aids berusaha untuk menjadi orang yang baru seperti sebelum didiagnosis. Fungsi spiritualitas yaitu: 1) membantu memasukkan penyakitnya dalam kehidupan mereka, 2) menerima perubahan-perubahan yang merupakan hasil dari penyakitnya dan berubah menjadi orang yang berbeda dengan kepribadian yang baru, 3) mengajarkan akan arti pentingnya kehidupan mereka, 4) membantu melepaskan

hal-hal yang tadinya merupakan bagian penting dari kehidupan mereka seperti sebelum didiagnosis HIV.

- d. Spiritualitas merupakan jawaban dari pertanyaan yang muncul setelah diagnosis HIV/AIDS. Diagnosis HIV menyebabkan rasa takut terhadap penyakit itu sendiri, takut akan adanya penderitaan, dan ketakutan akan masa depan. Spiritualitas dan agama memberikan jawaban atas ketakutan dan penderitaan mereka serta memberikan penyembuhan dan perasaan tenang secara emosional.

Kaplan (2010) mengatakan otak sering disebut sebagai organ pikiran karena terhubung ke sistem kekebalan tubuh melalui serabut saraf yang menjangkau ke semua organ dan sistem. Ketika manusia mengalami stres, sistem saraf menjadi hiperaktif dan menimbulkan efek dari sistem kekebalan tubuh secara berulang-ulang. Hal ini menyebabkan tubuh untuk pindah untuk melakukan mekanisme yang disebut "melawan atau lari". Dalam keadaan ini, sistem kekebalan tubuh menjadi lemah dan kelenjar adrenal menjadi lelah menyebabkan tubuh merasa lemah dan lesu. Akan muncul gejala pusing, sakit kepala, kehilangan daya ingat, lekas marah, alergi, dingin dan gejala flu.

Complementary and alternative medicine merekomendasikan intervensi komplementer yang dapat diberikan pada klien dengan HIV/AIDS yaitu spiritual atau terapi psikologis termasuk didalamnya terapi humor, *hypnosis*, *faith healing*, *guided imagery*, dan *positive affirmations* (Smeltzer, et al, 2008). Kylma, Julkunen & Lahdevirta (2001) mengatakan berbagai penelitian telah menunjukkan bahwa

orang yang mendapatkan dukungan sosial tinggi dan hubungan intim memiliki sistem kekebalan tubuh lebih kuat dan lebih sedikit terkena penyakit. Penelitian di Southern Methodist University di Dallas telah menunjukkan bahwa orang-orang yang mengalami trauma yang mendapatkan support sistem maka akan meningkatkan fungsi imun, menurunkan stress dan meningkatkan status kesehatan.

2.2 Konsep Spiritual dalam asuhan keperawatan

Konsep biopsikososiospiritual banyak dibahas oleh para tokoh-tokoh keperawatan. Salah satunya adalah Henderson mengatakan fungsi khas perawat yaitu melayani individu baik sakit maupun sehat dengan berbagai aktifitas yang memberikan sumbangan terhadap kesehatan dan upaya penyembuhan (maupun upaya mengantar kematian yang tenang) sehingga klien dapat beraktifitas mandiri dengan menggunakan kekuatan, kemauan dan pengetahuan yang dimilikinya. Jadi, tugas utama perawat yaitu membantu klien menjadi lebih mandiri secepatnya. Henderson memandang manusia secara holistik atau keseluruhan. Terdiri dari unsur fisik, biologi, sosiologi dan spiritual.

Neuman memandang manusia secara keseluruhan (holistik), yaitu terdiri dari faktor fisiologis, psikologis, sosial budaya, faktor perkembangan, dan faktor spiritual yang berhubungan secara dinamis dan tidak dapat dipisah-pisahkan, yaitu: 1) Faktor fisiologis meliputi struktur dan fungsi tubuh, 2) Faktor psikologis terdiri dari proses dan hubungan mental, 3) Faktor sosial budaya meliputi fungsi sistem yang menghubungkan sosial dan ekspektasi kultural dan aktivasi, 4) Faktor perkembangan sepanjang hidup, 5) Faktor spiritual meliputi pengaruh kepercayaan spiritual (Tomey & Alligood, 2006)

Taylor, Lilis & Lemone (1997) mengatakan spiritualitas adalah segala sesuatu yang menyinggung tentang hubungan manusia dengan sumber kekuatan hidup

atau Yang maha memiliki kekuatan; Spiritualitas adalah proses menjadi tahu, cinta dan melayani Tuhan; spiritualitas adalah suatu proses yang melewati batas tubuh atau fisik dan pengalaman energy universal. Agama bisa merupakan bagian dari spiritualitas.

Craven & Hirnle (2007) mengatakan spiritualitas adalah kualitas atau kehadiran dari proses meresapi atau memaknai, integritas dan proses yang melebihi kebutuhan biopsikososial. Inti spiritual menurut Murray & Zentner (1993 dalam Craven & Hirnle, 2007) adalah kualitas dari suatu proses menjadi lebih religius, berusaha mendapatkan inspirasi, penghormatan, perasaan kagum, memberi makna dan tujuan yang dilakukan oleh individu yang percaya maupun tidak percaya kepada Tuhan. Proses ini didasarkan pada usaha untuk harmonisasi atau penyesuaian dengan alam semesta, berusaha keras untuk menjawab tentang kekuatan yang terbatas, menjadi lebih fokus ketika individu menghadapi stress emosional, sakit fisik atau menghadapi kematian.

Karakteristik mayor dari spiritualitas menurut Craven & Hirnle (2007) adalah perasaan yang menyeluruh dan harmonisasi dengan diri sendiri, dengan orang lain dan dengan Tuhan yang lebih besar yang dipengaruhi oleh status perkembangan, identitas yang kuat, dan harapan.

Faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan spiritual menurut Craven & Hirnle, (2007) adalah:

- a. Kebudayaan, termasuk didalamnya adalah tingkah laku, kepercayaan dan nilai-nilai yang bersumber dari latar belakang sosial budaya.
- b. Jenis kelamin: Spiritual biasanya bergantung pada kelompok sosial dan nilai-nilai agama dan transgender. Misalnya yang menjadi pemimpin kelompok spiritual adalah laki-laki, dsb

- c. Pengalaman sebelumnya. Pengalaman hidup baik yang positif atau negatif dapat mempengaruhi spiritualitas dan pada akhirnya akan mempengaruhi makna dari nilai-nilai spiritual seseorang. Misalnya: orang yang sangat menyayangi anaknya kemudian anaknya meninggal karena kecelakaan pada akhirnya mungkin akan menolak eksistensi Tuhan dan mungkin akan berhenti untuk beribadah, demikian juga misalnya seseorang yang sukses di pernikahan, karir, pendidikan mungkin akan beranggapan bahwa dia tidak membutuhkan Tuhan (Taylor, Lilis & Lemone, 1997).
- d. Situasi krisis dan berubah, Situasi yang dihadapi berupa perubahan karena proses kematian atau sakitnya orang yang dicintai dapat menyebabkan perubahan atau distress status spiritual. Situasi krisis atau perubahan yang terjadi dalam kehidupan dapat memberikan makna meningkatnya kepercayaan, bahkan dapat juga melemahkan kepercayaannya. Intervensi utamanya adalah memperkuat hal yang kurang dan memperkokoh hal-hal yang lebih kuat untuk menimbulkan harapan yang baru (Kemp 1999).
- e. Terpisah dari ikatan spiritual, Pengalaman selama dirawat di rumah sakit atau menjalani perawatan di rumah akan menyebabkan seseorang terisolasi, berada pada lingkungan yang baru dan asing mungkin akan menyebabkan perasaan tidak nyaman, kehilangan support sistem dan daya juang.

Enam kebutuhan dasar spiritual di Amerika menurut (Taylor, Lilis & Lemone, 1997) adalah:

- a. Kebutuhan untuk meyakini bahwa kehidupan memberikan makna dan memiliki tujuan.
- b. Kebutuhan untuk hubungan yang lebih dalam dengan komunitas.
Termasuk didalamnya adalah kebutuhan untuk menguatkan atau memperkokoh hubungan dengan diri sendiri, orang lain, Tuhan dan alam

(Emblen & Halstead, 1993; Highfield & Cason, 1983; O'Brien, 1999 dalam Wright, 2005).

- c. Kebutuhan untuk di hargai dan respek.
- d. Kebutuhan untuk didengarkan dan mendengarkan.
- e. Kebutuhan untuk membangun rasa saling percaya.
- f. Kebutuhan untuk mempraktekkan rasa saling percaya.

Emblen & Halstead, 1993; Highfield & Cason, 1983; O'Brien, 1999 dalam Wright, (2005) mengatakan kebutuhan spiritual meliputi kebutuhan untuk menemukan arti atau makna diantara sakit dan penderitaan yaitu: 1) kebutuhan untuk menguatkan hubungan dengan diri sendiri, orang lain, Tuhan dan alam, 2) kebutuhan merealisasikan nilai-nilai yang penting seperti harapan dan kreativitas, perasaan haru, kepercayaan, kedamaian, keyakinan, kejujuran, keteguhan hati dan cinta.

Baylor University School of Nursing (BUSN) (1991 dalam Kemp (1999) Kebutuhan Asuhan Spiritual mencakup:

1. Makna

- a. Pengertian

Yaitu alasan terjadinya suatu peristiwa atau berbagai peristiwa, tujuan hidup, dan keyakinan akan kekuatan dalam hidup.

Makna dapat ditemukan saat meninjau prestasi eksternal, pencarian ini berupa pencarian moral atau spiritual, memikirkan kesalahan atau ketidakcukupan. Pencarian makna juga mencakup makna menjelang ajal, keberadaan manusia, penderitaan, dan usia hidup yang tersisa Speck, (1998 dalam Kemp, 1999).

Tidak adanya makna dalam kehidupan manusia diungkapkan dengan berbagai cara melalui kehilangan harapan dan keputusasaan

b. Pengkajian dan intervensi

Pengkajian sebaiknya dilakukan secara langsung:

Pertanyaan yang diajukan berkaitan dengan isu yang ada saat ini, komunikasi secara umum dan hubungan perawat klien. Selain itu pertanyaan yang diajukan dapat berupa makna menjelang ajal dan penderitaan yang dialami.

Intervensi yang diberikan adalah memberikan kesempatan pada individu untuk mencari makna hidup dan tidak begitu saja diberikan oleh orang lain. Perawat dapat membantu memberi makna hidup dengan bertindak secara konsisten untuk memberikan perawatan yang penuh cinta. Walaupun makna dan harapan itu tidak dapat dipenuhi oleh klien. Klien dapat berdoa bila tidak dapat mencapai kesempurnaan spiritual.

2. Harapan

a. Pengertian

Conrad (1985 dalam Kemp, 1999) mengatakan harapan adalah faktor penting dalam menghadapi stress, dalam mempertahankan kualitas hidup, dan untuk melanjutkan hidup. Komponen harapan menurut Post-White, dkk (1996 dalam Kemp 1999) adalah menemukan makna melalui iman atau spiritualitas, memiliki hubungan yang menguatkan, mengandalkan sumber dalam diri, menjalani kehidupan setiap hari, dan mengantisipasi kelangsungan hidup di masa depan.

b. Pengkajian dan intervensi

Tujuannya adalah memberikan panduan dalam membantu klien dan keluarga menemukan harapan yang ada dalam penyakit terminal.

Intervensi utamanya adalah memperkuat hal yang kurang dan memperkuat dimensi yang lebih kuat untuk menimbulkan harapan (Kemp 1999).

Saat menjelang ajal adalah waktu yang terbaik untuk melihat keimanan, karena kebanyakan orang tidak menyadari apa yang ia rindukan sepanjang perjalanan kehidupannya. Jika pergi ke tempat ibadah tidak mungkin dilakukan secara fisik, kunjungan dari rohaniawan dapat sangat membantu. Lagu dan ritual agama klien bahkan dapat lebih menyenangkan dibandingkan dengan konseling.

Dinamika harapan dibangun dari tiga unsur utama: harapan, putus asa, dan hubungan timbal balik antara harapan dan putus asa. Keseimbangan yang bergantian antara harapan, putus asa, dan keputusan berdasarkan pada faktor yang berkontribusi terhadap harapan dan putus asa yang muncul sebagai sentral dalam dinamika harapan. Dinamika harapan berhubungan erat dengan proses dasar untuk mencari cara sendiri dengan HIV/AIDS, mendalami menjadi HIV-positif, dan hidup dengan HIV/AIDS. Hal signifikan lainnya, dinamika harapan berhubungan erat dengan HIV, berubah dari abstrak ke konkret dalam hubungan dengan klien dengan HIV/Aids (Kylma, Julkunen & Lahdevirta, 2003).

3. Keterkaitan dengan Tuhan

Kemp (1999) mengatakan Tuhan adalah Yang Maha melebihi manusia. Ini sangat penting dalam kenyamanan yang berasal dari keterkaitan dengan Tuhan: Ada Yang maha dari penderitaan ini, Yang Maha dari ketakutan ini, Yang Maha dari ketidakmampuan kita.

Pengkajian diawali dengan melihat apakah kehidupan individu ditandai dengan harapan, makna, hubungan terbuka, dan penerimaan diri atau dengan keputusan, kesia-siaan, isolasi dan rasa bersalah.

Pertanyaan yang spesifik: menelusuri mengenai keyakinan individu tentang Tuhan atau agama, hubungan individu dengan Tuhan, kehidupan agama dan

spiritual individu saat ia masih muda dan sudah tua, serta aspek kehidupan spiritual atau agama yang hilang. Pertanyaan yang sangat baik adalah: "menurut anda apa yang ingin disampaikan Tuhan pada anda saat ini?"

Inti dari asuhan spiritual adalah asuhan itu sendiri bukan upaya untuk meyakinkan klien untuk meyakini kepercayaan orang lain.

4. Pengampunan atau penerimaan

Ditandai dengan rasa bersalah, menghadapi situasi hidup yang menyakitkan. Beberapa individu menganggap proses ini sebagai sesuatu yang berkaitan dengan dosa, penyesalan, pengampunan dan hukuman. Klien mengalami rasa bersalah yang berat akibat perasaan menyimpang atas dosa atau tanggungjawab mereka sendiri terkait dengan keadaan yang menyakitkan di kehidupan mereka. Tujuan dari kehidupan moral atau spiritual adalah mengungkap jenis pertahanan yang membantu banyak untuk mengatasi situasi hidup yang menyakitkan (Kemp, 1999).

Intervensi yang diberikan oleh petugas kesehatan adalah menunjukkan pengampunan dan penerimaan dengan cara memberikan perawatan yang penuh perhatian secara terus menerus sehingga dapat menunjukkan kepada klien kemungkinan bahwa pengampunan dan penerimaan dapat dilakukan. Tidak membedakan agama dan kepercayaan, tugas utamanya adalah melaksanakan kemurahan hati. Intervensi yang dilakukan oleh perawat adalah intervensi pasif.

Martokoesoemo, (2007) mengatakan hal-hal positif yang harus dimiliki oleh manusia adalah yakin bahwa dunia ini hanya tipuan. Setiap manusia harus mempunyai kekuatan untuk membuat hal-hal yang negative menjadi positif, juga membuat hal-hal yang menyedihkan menjadi sesuatu yang

menggembirakan. Karena didunia ini tidak ada yang abadi, yang sejati dan abadi hanyalah Tuhan.

5. Transedensi

Transedensi adalah kualitas iman atau spiritualitas yang memungkinkan individu bergerak maju, untuk melampaui, apa yang diberikan atau tersaji dalam pengalaman kesendirian atau keputusasaan yang sering menyertai menjelang ajal.

Intervensi yang dapat dilakukan oleh perawat adalah memberi kualitas perawatan yang tekun dan sabar (Kemp, 1999).

Zerwekh (1991 dalam Kemp 1999) mengatakan tanggung jawab dalam memberikan asuhan yang efektif dalam proses spiritual menjelang ajal adalah:

1. Mendengarkan
2. Mendiagnosis distress semangat manusia
3. Menegaskan sangat pentingnya masalah spiritual pada akhir kehidupan.

Tindakan mendampingi, atau berjaga-jaga, bahkan saat penderitaan atau penurunan semangat akan menjadikan perawat sebagai simbol kuat dari Tuhan yang berada didalam setiap individu dan pada klien.

O'Brien (2003 dalam Lubkin & Larsen 2006) mengatakan spiritualitas adalah cinta, terharu, pemeliharaan, transenden, hubungan dengan Tuhan, dan hubungan dengan tubuh, pikiran dan jiwa. Landis 1996 dalam Lubkin & Larsen 2006) mengatakan bahwa agama itu berbeda dengan spiritual. Spiritual memiliki dua komponen yaitu: orientasi terhadap keagamaan dan orientasi terhadap eksistensi.

Spiritual adalah segala sesuatu mengenai kehidupan, bagian terdalam dari individu, memberikan harapan, meningkatkan keterkaitan dan hubungan dan meningkatkan kualitas hidup yang lebih baik Lubkin & Larsen (2006). Spiritual pada klien HIV/AIDS adalah poin utama pada klien HIV/AIDS yang merupakan jalan untuk menemukan arti dan bertahan hidup, dan menemukan tujuan untuk menghadapi tantangan dari penyakit HIV/penyakit kronis yang ditandai oleh banyak kesalahpahaman, konflik dan perasaan bersalah. Terapi modalitas komplementer untuk spiritual adalah berdoa, terapi kasih sayang, shamanisme, imagery dan aryuveda dalam agama Hindu.

Crisp & Taylor, (2001) mengatakan saat terjadi hubungan *caring* antara perawat dan klien maka akan terjadi proses penyembuhan melalui:

1. Mobilisasi harapan antara klien dan perawat
2. Menemukan interpretasi atau pemahaman tentang penyakit, gejala atau emosi yang dapat diterima oleh klien
3. Membantu klien menggunakan sumber-sumber sosial, emosional atau sumber spiritual.

Ronaldson (1997, dalam Crisp & Taylor, 2001) mengatakan *spiritual caring* merupakan tantangan bagi perawat untuk diterima sebagai peran dan tanggungjawabnya.

Ironson, Stuetzle & Fletcher, (2006) melakukan penelitian untuk mengatakan 45 % partisipannya menunjukkan peningkatan spiritualitas setelah didiagnosis HIV, 42 % tetap sama, dan 13 % menurun. Sampel yang mengatakan peningkatan spiritual juga mengalami peningkatan kadar CD4 setelah empat tahun.

Agama digunakan sebagai koping positif untuk penyakit HIV/AIDS oleh klien tetapi tidak ada perubahan secara signifikan pada spiritualitas klien HIV/AIDS setelah 12-18 bulan (Cotton, Puchalski & Sherman, 2006). Penelitian yang juga dilakukan oleh Cotton, tsevat, Szaflarski et al (2006) mengatakan 25 % klien HIV/AIDS menjadi lebih religius dan 41% mengalami peningkatan spiritual setelah didiagnosa HIV/AIDS.

Spiritualitas dapat dipandang sebagai cara lain untuk mengatasi penyakit HIV/AIDS yang digunakan sebagai koping positif. Pada penelitian ini didapatkan hasil pada laki-laki dan perempuan setelah didiagnosis HIV mereka memiliki penurunan jumlah CD4 lebih rendah dan dapat mengontrol *viral load* selama empat tahun (Ironson & Hayward, 2008). Pandangan agak berbeda disampaikan Zou, Yamanaka & John (2009) klien HIV Aids mengatakan HIV adalah kutukan dari Tuhan karena mereka tidak mengikuti firman Tuhan. Sebagian besar responden percaya bahwa doa dapat menyembuhkan HIV.

Spiritualitas dapat digunakan sebagai terapi untuk konseling kepatuhan pada klien HIV/AIDS . Penelitian Alfitri (2008) mengatakan terdapat perbedaan bermakna antara kelompok yang mendapatkan intervensi konseling kepatuhan dan konseling spiritual dengan kelompok yang mendapatkan intervensi konseling kepatuhan saja.

Penelitian Vitriawan (2007) tentang pengalaman partisipan pertama kali terdiagnosis HIV/AIDS. Saat pertamakali terdiagnosis HIV/Aids klien mengalami: 1) stress (fisik, psikologis, social); 2) perasaan berduka; 3) berbagai mekanisme koping dan adaptasi yaitu (terbuka dengan orang lain, menyemangati diri sendiri, mencoba menyesuaikan diri dengan lingkungan); 4) membutuhkan dukungan dari lingkungan sekitarnya; 5) berbagai kebutuhan pelayanan

keperawatan dan harapan adalah (pelayanan keperawatan, membutuhkan perawat yang bersikap baik dan komunikatif dan harapan pada pelayanan keperawatan.

Penelitian lainnya dilakukan oleh Natalya (2006) untuk mengetahui mekanisme dan strategi koping orang dengan HIV/Aids dalam menghadapi stress akibat penyakitnya di Yogyakarta mengatakan 1) partisipan mengalami stress saat pertama kali mengetahui diagnosis penyakitnya dan menggunakan mekanisme koping denial, proyeksi, *displacement*, isolasi dan menyembunyikan status sampai seumur hidup terutama pada masyarakat dan orang terdekat; 2) reaksi yang berorientasi pada masalah berupa tindakan mencari tahu lebih banyak tentang situasi yang dihadapi melalui buku, mass media atau orang lain, berbicara dengan orang lain tentang masalahnya dan mencari jalan keluar; 3) berhubungan dengan kekuatan supernatural (berdoa, memohon ampunan dan Sholat). Selain itu dalam penelitian ini didapatkan hasil bahwa klien dengan HIV/Aids membutuhkan dukungan sosial.

Molefe dan Duma (2009) mengadakan penelitian tentang pengalaman wanita Botswana yang terdiagnosis HIV dan kanker mengatakan mereka percaya dan berharap kepada Tuhan. Mereka percaya Tuhan akan menyembuhkan sakitnya dan Tuhan selalu bersamanya, merasakan kesakitan yang mendalam saat mengetahui terdiagnosis HIV dan Kanker serviks, dan takut akan masa depannya.

Tarakheswar, Pearce, Sikkema (2005) dalam penelitiannya tentang perkembangan dan implementasi kelompok terhadap spiritual koping pada klien HIV/Aids mengatakan bahwa refleksi dari kehidupan spiritual yaitu dengan mendapatkan dukungan dari keluarga atau anak, dan keluarga sebagai sumber konflik atau ketegangan. Hal ini sesuai dengan hasil dalam penelitian ini dimana salah seorang

partisipasi mengatakan keluarganya agak menjauhinya setelah positif HIV akan tetapi secara finansial mereka tetap memberikan dukungan.

2.2 Asuhan keperawatan HIV/AIDS

Doengoes, Moorhouse, & Murr (2007) mengatakan asuhan keperawatan klien meliputi pengkajian, penegakan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Fokus penelitian ini adalah pada makna pengalaman spiritualitas pada klien HIV/AIDS pada konteks asuhan keperawatan klien sakit kronis dan makna dari pengalaman tersebut untuk klien.

2.2.1 Pengkajian

Mengumpulkan data yang berhubungan dengan klien secara sistematis yang berkaitan dengan masalah spiritual pada klien HIV/AIDS.

Pedoman hal-hal yang harus dikaji adalah apakah ada tanda atau gejala: masalah perkembangan: dalam masa transisi atau peralihan dalam hidup. Masalah lingkungan yang tidak mendukung misalnya transportasi jauh atau sulit dijangkau atau karena adanya hambatan untuk melaksanakan kegiatan keagamaan atau kegiatan spiritual.

Hal-hal yang dapat ditemukan saat melakukan pengkajian pada klien dengan masalah spiritual untuk diagnosa keperawatan distress spiritual yaitu:

2.2.1.1 Pengkajian subyektif:

- a. Hubungan dengan diri sendiri: klien mengungkapkan kurangnya harapan, makna/tujuan dalam hidup, ketenangan/kedamaian, cinta, penerimaan, pengampunan diri, keberanian mengungkapkan kemarahan, dan perasaan bersalah.

- b. Hubungan dengan orang lain; klien mengungkapkan menolak berinteraksi dengan orang lain dan tokoh agama atau pemimpin spiritual, melaporkan terpisah dari sistem pendukung, mengekspresikan keterasingan.
- c. Hubungan dengan seni, musik, sastra dan alam; menunjukkan ketidakmampuan untuk mengekspresikan kreativitas seperti keadaan sebelumnya, tidak tertarik pada alam dan kitab suci.
- d. Hubungan dengan kekuatan lain yang lebih besar; menunjukkan perubahan secara tiba-tiba terhadap kegiatan keagamaan, ketidakmampuan berdoa atau berpartisipasi dalam kegiatan keagamaan, pengalaman transenden, mengungkapkan penderitaan, putus asa atau kemarahan terhadap Tuhan, perasaan ditinggalkan dan menunjukkan keinginan untuk mengunjungi pemuka agama.

2.2.1.2 Pengkajian obyektif

- a. Menunjukkan koping yang rendah atau menurun.
- b. Ketidakmampuan melakukan introspeksi diri.

2.2.2 Diagnosa keperawatan

Mencakup analisis data dari data yang telah dikumpulkan untuk mengidentifikasi kebutuhan atau masalah klien dengan masalah spiritual pada klien dengan HIV/AIDS.

Diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan untuk masalah ini yaitu:

- a. Risiko untuk distress spiritual: adalah risiko gangguan kemampuan terhadap pengalaman dan mengintegrasikan makna dan tujuan hidup seseorang yang terhubung dengan dirinya sendiri dan orang lain, sastra, musik, literatur dan atau kekuatan yang lebih besar dari dirinya.

- b. Distress spiritual adalah: gangguan kemampuan terhadap pengalaman dan mengintegrasikan makna dan tujuan hidup seseorang yang terhubung dengan dirinya sendiri dan orang lain, sastra, musik, literatur dan atau kekuatan yang lebih besar dari dirinya.
- c. Kesiapan untuk melaksanakan kegiatan spiritual adalah kemampuan untuk mengalami dan mengintegrasikan makna dan tujuan hidup seseorang yang terhubung dengan dirinya sendiri dan orang lain, sastra, musik, literatur dan atau kekuatan yang lebih besar dari dirinya

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Melakukan perencanaan untuk dilaksanakan kepada klien HIV/AIDS.

Intervensi untuk ketiga diagnosa keperawatan diatas pada dasarnya hampir sama, hanya perlu dilakukan penekanan pada beberapa intervensi keperawatan. Menurut Doengoes, Moorhouse & Murr (2007) intervensi keperawatan yang dapat dilakukan adalah:

- a. Menilai penyebab atau faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan atau hambatan dalam melaksanakan kegiatan spiritual.
- b. Mendengarkan laporan/ nilai ekspresi dari keprihatinan, kemarahan, keterasingan dari Tuhan, keyakinan bahwa penyakit adalah hukuman atas kesalahan.
- c. Menilai kemampuan klien untuk berdamai dengan perasaannya dan situasi yang dihadapi saat ini. Intervensi ini sangat penting. Intervensi yang dapat dilakukan menggunakan komunikasi terapeutik dan mendengarkan keluhan klien dengan menjadi pendengar aktif, mendorong klien untuk mengungkapkan tentang kondisi penyakitnya, tentang kematian, diskusikan nilai-nilai pribadi yang diyakini klien yang menghalangi klien untuk melakukan kegiatan keagamaan,

diskusikan perbedaan antara proses berduka dan merasa bersalah untuk membantu klien menerima keadaannya saat ini, mendorong klien untuk mengidentifikasi individu yang dapat memberikan dukungan, merujuk atau mengarahkan klien untuk berdiskusi dengan tokoh agama, melakukan kegiatan keagamaan dan kepercayaannya.

- d. Mengkaji pengaruh nilai budaya dan nilai spiritual yang dapat mempengaruhi situasi saat ini.
- e. Menentukan status spiritual/motivasi klien saat ini.
- f. Menilai konsep diri klien, nilai, kemampuan untuk masuk ke dalam hubungan cinta, kurangnya keterhubungan dengan diri sendiri dan oranglain
- g. Kaji perilaku yang menunjukkan hubungan yang buruk dengan orang lain (misalnya manipulative, tidak percaya, menuntut).
- h. Menentukan perasaan kesia-siaan klien, perasaan putus asa dan tidak berdaya dan penurunan motivasi.
- i. Mengembangkan hubungan terapeutik perawat-klien. Memastikan pandangan klien tentang bagaimana perawat peduli pada keadaannya saat ini.
- j. Mempertahankan kesejahteraannya atau keadaan yang sudah berlangsung dengan baik; memfasilitasi klien untuk nyaman dalam melakukan kegiatan spiritual/keagamaannya, memodifikasi lingkungan atau klien dalam melakukan kegiatan keagamaan bila terdapat keterbatasan dari klien.
- k. Mempertahankan dan meningkatkan kegiatan atau hal-hal baik yang selama ini telah dilakukan klien dan mempraktekkannya dalam kehidupan sehari-hari.
- l. Menyediakan lingkungan yang tenang dan nyaman, meningkatkan relaksasi dan memberikan kesempatan pada klien untuk merefleksikan

dirinya atas situasi yang dihadapi, dan klien dapat berdiskusi dengan orang lain.

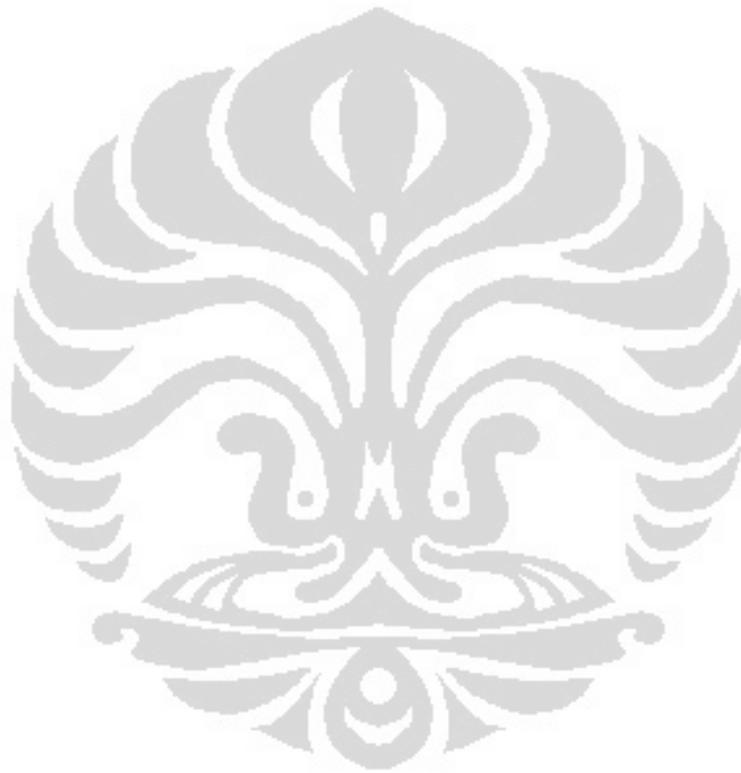
- m. Mendorong klien untuk mereview atau meninjau kembali kehidupannya.
- n. Mengidentifikasi perilaku koping yang tidak tepat saat ini yang sedang digunakan oleh klien. Dan mendiskusikannya bersama klien. Menyadari konsekuensi negatif dari tindakan dapat meningkatkan keinginan untuk berubah.

Dochterman & Bulechek (2004) mengatakan intervensi keperawatan yang dapat dilakukan oleh perawat dalam memberikan asuhan keperawatan spiritual berdasarkan *nursing intervention classification (NIC)* adalah sebagai berikut:

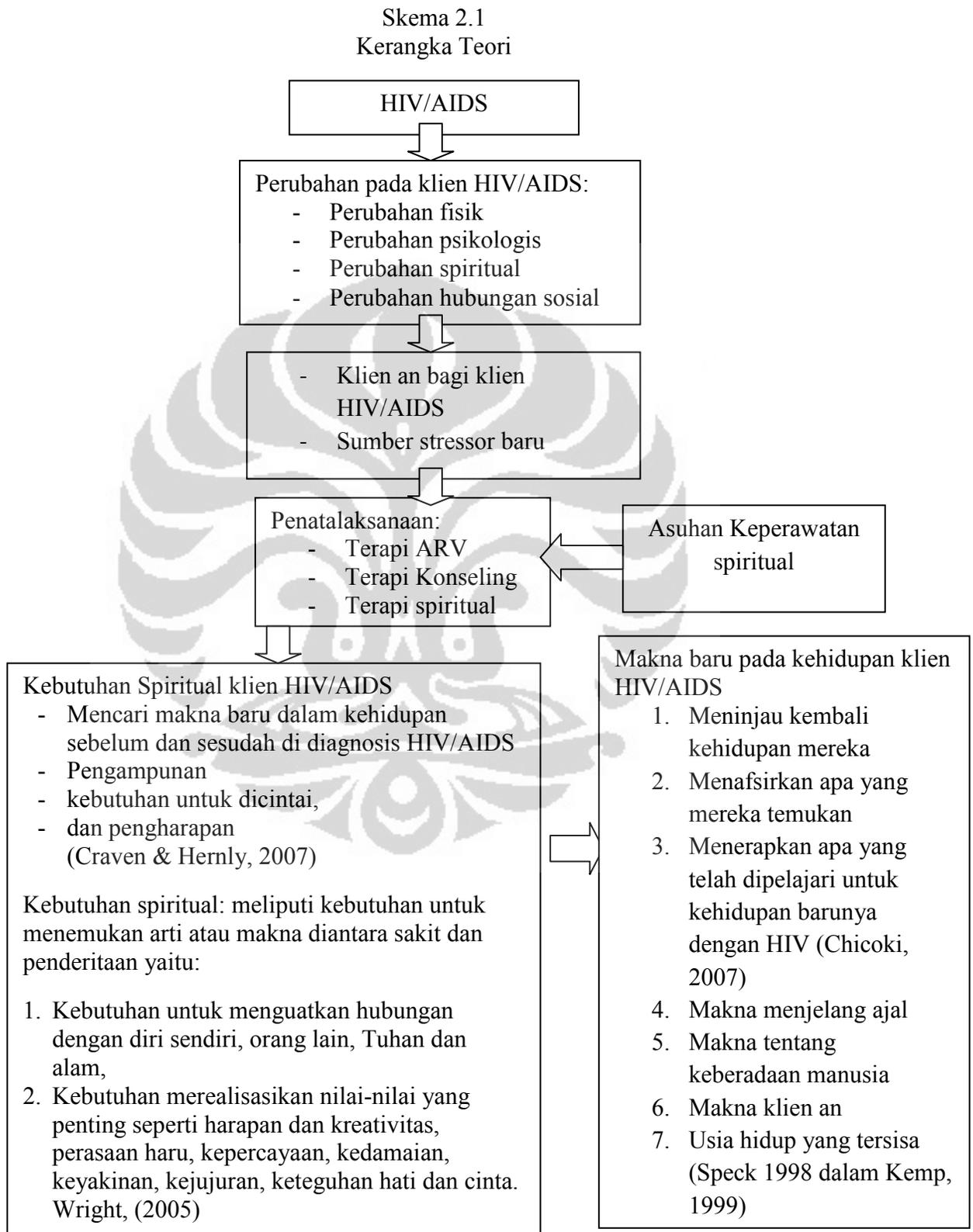
- a. *Anticipatory guidance*
- b. Meningkatkan koping
- c. Konseling
- d. Intervensi krisis
- e. Dukungan untuk membuat keputusan
- f. Support emosional
- g. Memfasilitasi untuk pengampunan,
- h. Memfasilitasi untuk proses berduka,
- i. Memfasilitasi perasaan bersalah dan
- j. Memfasilitasi harapan.
- k. Kehadiran
- l. Support kelompok

2.2.4 Evaluasi Keperawatan

Menetapkan kemajuan yang telah dialami oleh klien dengan melakukan identifikasi terhadap kriteria hasil yang telah ditentukan dan respon klien dan keefektifan dari intervensi keperawatan yang telah direncanakan untuk klien serta melakukan modifikasi pada beberapa intervensi keperawatan yang telah dilakukan tergantung pada kemajuan yang dapat dicapai oleh klien HIV/AIDS



2.3 Kerangka Teori



BAB 3 METODE PENELITIAN

3.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain riset kualitatif dengan model pendekatan fenomenologi yaitu mempelajari setiap masalah dengan menempatkannya pada situasi alamiah atau merupakan suatu pendekatan sistemik dan subyektif yang digunakan untuk menggambarkan dan memberikan arti pada pengalaman hidup (Creswell, 1998).

Pengalaman spiritualitas pada klien HIV/AIDS merupakan pengalaman yang unik dan berbeda pada setiap klien. Berdasarkan hal tersebut diatas maka metode yang paling tepat digunakan adalah fenomenologi untuk menggali secara lebih mendalam tentang makna pengalaman spiritualitas yang unik pada klien HIV/AIDS dalam konteks asuhan keperawatan di RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo.

Spiegelberg (1975, dalam Speziale & Carpenter, 2003) mengatakan penelitian fenomenologi terdiri dari enam elemen penting yaitu: *descriptive phenomenology*, *phenomenology of essences*, *phenomenology of appearance*, *constitutive phenomenology*, *reductive phenomenology*, dan *heurmeneutic phenomenology*. Penelitian *descriptive phenomenology*. Fenomenologi deskriptif (*descriptive phenomenology*) merupakan salah satu karakteristik penelitian kualitatif desain fenomenologi yang sering digunakan untuk mengamati dan menggambarkan suatu fenomena. Tahapan penelitan fenomenologi deskriptif terdiri dari: *intuiting*, *analyzing* dan *describing* (Speziale & Carpenter, 2003).

Tahapan *Intuiting* merupakan langkah awal peneliti untuk dapat menyatu secara keseluruhan dengan fenomena yang sedang diamati atau diteliti. Peneliti pada tahap *intuiting* memahami makna spiritualitas pada klien dengan HIV/Aids

berdasarkan kerangka berpikir peneliti sendiri dengan melakukan *literature review* (Taylor & Bogdan, 1984 dalam Creswell, 1998). Pada pelaksanaannya partisipan diberikan kesempatan seluas-luasnya oleh peneliti untuk menceritakan pengalaman yang dialaminya tanpa dipengaruhi oleh pengetahuan dan keyakinan yang dimiliki oleh peneliti pada saat wawancara dilakukan. Sikap atau perilaku yang dilakukan oleh peneliti pada saat itu adalah berusaha untuk menghindari sikap kritis, mengevaluasi atau memberikan pendapat, dan mengarahkan perhatian partisipan secara kaku pada makna spiritualnya. Peneliti menjadi instrumen utama pada saat mengumpulkan data dan mendengarkan penjelasan partisipan melalui proses wawancara tentang arti dan makna pengalaman hidup partisipan. Peneliti sebagai instrumen utama dalam pengumpulan mengidentifikasi nilai-nilai, asumsi dan prasangka pribadi pada awal penelitian. (Locke, et al, 1987 dalam Creswell, 1998).

Langkah kedua penelitian fenomenologi deskriptif yaitu *analyzing*. Pada tahap ini peneliti mengidentifikasi arti dari fenomena makna spiritualitas klien dengan HIV/Aids dengan menggali hubungan dan keterkaitan antara elemen-elemen tertentu dengan fenomena tersebut. Peneliti kemudian mempelajari data yang telah ditranskripsikan dan ditelaah secara berulang-ulang. Langkah selanjutnya akan mencari kata-kata kunci dari informasi yang disampaikan partisipan untuk membentuk tema-tema (Speziale & Carpenter, 2003).

Langkah yang ketiga pada penelitian fenomenologi deskriptif adalah *describing*. Pada langkah ini peneliti mengkomunikasikan dan memberikan gambaran tertulis dari elemen kritical yang didasarkan pada pengklasifikasian dan pengelompokan fenomena. Elemen atau esensi yang kritical dideskripsikan secara terpisah dan kemudian dalam konteks hubungannya terhadap satu sama lain (Speziale & Carpenter, 1999).

Polit & Beck (2004) mengatakan penelitian fenomenologi berfokus pada makna dari pengalaman hidup manusia, yaitu sebuah penelitian yang berkaitan erat dengan tradisi Hermeneutika yang menggunakan pengalaman sebagai alat untuk memahami kehidupan sosial, budaya, politik atau konteks sejarah dimana pengalaman itu terjadi dan bagaimana pengalaman itu ditafsirkan.

3.2 Partisipan

Sebanyak 7 orang klien dengan HIV/Aids berpartisipasi dalam penelitian ini dan memenuhi kriteria untuk dijadikan partisipan yaitu:

1. Bersedia ikut serta dalam penelitian dan bersedia menceritakan kembali pengalamannya dinyatakan dengan *informed consent*
2. Klien telah mengetahui positif menderita HIV/Aids.
3. Usia 20-45 tahun.
4. Tidak sedang dalam keadaan menderita gangguan neurologis.
5. Telah menjalani hari rawat lebih dari satu minggu.
6. Mampu berkomunikasi dengan menggunakan bahasa Indonesia secara jelas.
7. Bersedia menceritakan kembali pengalamannya.

3.3 Tempat Penelitian dan waktu penelitian

Penelitian ini dilakukan pada klien yang dirawat di lantai 7 gedung A RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta dengan pertimbangan sebagai rumah sakit pusat rujukan nasional dan banyak merawat klien dengan HIV/AIDS di DKI Jakarta. Kegiatan wawancara dilakukan di ruang perawatan klien di lantai 7. Penelitian dilakukan sejak tanggal 17 Mei sampai dengan 12 Juni 2010.

3.4 Etika Penelitian

Penelitian ini tidak memberikan efek yang merugikan pada partisipan secara mayor berupa menyakiti secara fisik, menyebabkan ketidaknyamanan psikis, kelelahan, distress psikologis, kehilangan waktu dan ketidaknyamanan, karena dalam penelitian ini tidak memberikan perlakuan kepada partisipan (Pollit &

Beck, 2004) Penelitian ini menggali secara mendalam respon dari pengalaman partisipan terhadap makna spiritualitas yang dirasakan partisipan. Dalam penelitian ini tidak ditemukan kondisi atau keadaan yang merugikan partisipan sehingga dalam penelitian ini tidak ada partisipan yang mengundurkan diri selama kegiatan wawancara dan perlu dirujuk kepada ahli untuk mengatasi masalahnya. Efek minor berupa ketidaknyamanan yang dirasakan oleh partisipan akibat proses wawancara juga tidak ditemukan selama proses wawancara mendalam walaupun pada rencana awal penelitian akan dilakukan ditempat yang netral dan nyaman untuk partisipan.

Cresswell, (1998) mengatakan dalam penelitian kualitatif interaksi antara peneliti dan partisipan tidak mungkin dihindari karena adanya isu-isu sensitif apalagi penelitian ini dilakukan pada klien HIV Aids. Locke et all,1982, Marshall & Rossman, 1989, Meriam, 1988, Spradley, 1980 (dalam Cresswell, 1998) mengatakan bahwa hal yang pertama dan utama adalah peneliti memiliki kewajiban untuk menghormati hak, kebutuhan, nilai-nilai dan keinginan dari partisipan.

Pertimbangan etik dalam penelitian keperawatan dilaksanakan dengan mempertimbangkan prinsip-prinsip etik dari *American Nurses Association (ANA)* dan *International Council of Nurses (ICN)* tahun 2000 yaitu: perawat harus mempunyai tanggungjawab untuk meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, mempertahankan kesehatan, dan mengurangi penderitaan. Berkaitan dengan pernyataan etik dalam penelitian adalah penelitian harus menghargai hak asasi manusia, termasuk hak untuk hidup, menghargai martabat, dan diperlakukan dengan hormat. Difokuskan pada tiga hal yaitu prinsip *autonomy*, *beneficence* dan keadilan (Macnee & McCabe, 2008).

Polit & Beck (2004) mengatakan ada tiga standar etik dalam penelitian menurut *The Belmont Report* yaitu:

3.4.1 *Beneficence*

Mencakup hal-hal seperti:

3.4.1.1 Bebas dari kejahatan yaitu riset harus dilakukan oleh orang yang kompeten, dan secara etik penelitian harus dihentikan apabila dikhawatirkan akan menimbulkan cedera, kematian, cacat, atau tekanan yang tidak semestinya. Selain itu dampak psikologis juga harus dihindari. Partisipan diminta pernyataannya tentang pandangan pribadi mereka terhadap pengaruh spiritualitas pada klien HIV/AIDS baik itu berupa pengaruh untuk meningkatkan kualitas hidup maupun menunjukkan kelemahan atau ketakutan. Dalam mengajukan pertanyaan ini peneliti menghindari atau meminimalkan kerusakan psikologis dengan berhati-hati dalam mengajukan pertanyaan. Selama penelitian berlangsung tidak ada partisipan yang mengundurkan diri dan tidak melanjutkan wawancara sampai selesai. Partisipan diberikan penjelasan bahwa keuntungan yang akan diperoleh dari penelitian ini adalah menjadi data dasar bagi peneliti untuk memberikan masukan bagi petugas kesehatan khususnya perawat untuk memenuhi kebutuhan spiritual klien selama di rawat di rumah sakit.

3.4.1.2 Bebas dari eksploitasi yaitu keterlibatan partisipan dalam penelitian tidak menempatkan partisipan dalam posisi yang kurang menguntungkan atau mengekspos partisipan kedalam situasi dimana partisipan belum siap untuk menghadapinya. Partisipan diyakinkan bahwa informasi yang akan diberikan tidak akan digunakan untuk melawan atau merugikan partisipan dengan cara apapun, apalagi penelitian dilakukan pada partisipan yang menderita HIV Aids dimana mereka mungkin tidak ingin diketahui identitasnya oleh masyarakat luas, hal ini tertuang dalam *informed*

consent. Kegiatan ini dilakukan pada fase awal pertemuan dengan klien selain itu juga dilakukan dengan menuliskan identitas klien dengan inisial saja, dan dalam keterangan demografi tidak menjelaskan alamat rumah secara jelas.

3.4.1.3 Risiko/manfaat yaitu peneliti berhati-hati dalam menilai risiko dan manfaat yang akan ditimbulkan dari penelitian. Peneliti mempertimbangkan kenyamanan partisipan, risiko dari penelitian yang dilakukan apakah sebanding dengan manfaat yang diterima oleh partisipan, masyarakat dan profesi perawat. Penelitian dilakukan secara hati-hati, mengurangi risiko dan memaksimalkan keuntungan. Wawancara dan pengambilan data pada penelitian ini dilakukan di di ruang perawatan klien karena tidak memungkinkan untuk melakukan wawancara di ruangan tersendiri. Pemilihan waktu kegiatan wawancara dilakukan pada pukul 11 siang di ruang perawatan klien pada saat ruangan tidak terlalu ramai dan menutup sampiran sehingga *privacy* klien terjaga.

3.4.1.4 *Respect for human dignity(autonomy)*

- a. Hak untuk menentukan nasib sendiri yaitu partisipan diberikan kebebasan secara otonom untuk menentukan apakah bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian ini, hak untuk mengajukan pertanyaan, menolak memberikan informasi, meminta klarifikasi atau untuk mengakhiri partisipasi mereka dalam penelitian. Sebelum penelitian dimulai klien diberikan surat pernyataan *informed consent*, dan apabila selama proses penelitian partisipan mengatakan ingin mengakhiri penelitian maka peneliti akan mengeluarkan klien dari partisipan kemudian mencari partisipan lain yang bersedia ikut dalam penelitian.
- b. Menghormati martabat manusia meliputi hak partisipan untuk memberikan informasi dan berpartisipasi secara sukarela dalam penelitian. Peneliti menghargai pada saat calon partisipan

menolak berpartisipasi dan melanjutkan penelitian. Persetujuan ini dituangkan dalam *informed consent* yang ditandatangani oleh partisipan pada awal akan dilakukan penelitian.

3.4.1.5 *Justice*

Meliputi hak untuk mendapatkan perlakuan yang adil dan hak untuk mendapatkan *privacy*. Partisipan memiliki hak untuk diyakinkan bahwa setiap data yang mereka berikan akan disimpan secara baik-baik dan tidak akan dipublikasikan secara luas. Pada penelitian ini dilakukan melalui prinsip anonimitas atau tindakan lain untuk menjamin kerahasiaan kecuali bila partisipan mengizinkan peneliti membuka identitasnya.

3.5 Metode Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data menurut Basrowi & Suwandi (2008) terdiri dari kegiatan sebagai berikut:

3.5.1 Tahap Persiapan

- a. Peneliti mengurus perijinan penelitian dari Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Indonesia ke bagian penelitian RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta untuk diteruskan ke kepala instalasi rawat Inap gedung A.
- b. Setelah mendapatkan persetujuan dari kepala instalasi rawat inap gedung A, peneliti melapor kepada kepala ruangan untuk melakukan penelitian di lantai 7 gedung RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta sambil menunggu pengurusan lulus kaji uji etik dari tim etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- c. Setelah ijin uji etik keluar dan perijinan di RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo selesai Peneliti mencari klien HIV/AIDS yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan oleh peneliti.

- d. Setelah mendapatkan calon partisipan, kemudian peneliti mendampingi perawat pada saat perawat melakukan tindakan keperawatan pada calon partisipan. Peneliti melakukan tindakan keperawatan pada klien seperti memberikan obat oral, mengukur tanda-tanda vital, mengatur tetesan infus. Setelah itu peneliti pergi ke partisipan seorang diri. Peneliti mencoba untuk membina hubungan saling percaya dan menjelaskan tujuan penelitian, manfaat penelitian, prosedur penelitian, hak dan peran partisipan dalam penelitian.
- e. Setelah calon partisipan bersedia menjadi partisipan pada penelitian ini, peneliti meminta calon partisipan menandatangani *informed consent* sebagai bukti persetujuan menjadi partisipan dalam penelitian ini. Peneliti bersama calon partisipan membuat jadwal perjanjian waktu dilakukannya wawancara.
- f. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam. Sebelum wawancara dilakukan peneliti telah membuat rancangan berupa pedoman wawancara. Pedoman wawancara mendalam disusun berdasarkan pada teori-teori yang relevan dengan masalah yang ingin digali dalam penelitian, dan dimulai dengan pertanyaan terbuka, dan berkembang sesuai dengan jawaban dari partisipan.
- g. Melakukan *pilot project* dengan melakukan wawancara mendalam terhadap partisipan untuk menguji kemampuan peneliti melakukan wawancara dan keakuratan pedoman wawancara dalam menggali pengalaman partisipan. Setelah itu hasil dari wawancara dibuatkan transkrip verbatim dan dikonsultasikan kepada pembimbing. Partisipan yang terlibat dalam *pilot project* ini tidak diikutsertakan dalam penelitian.

3.5.2 Tahap Pelaksanaan

Tahap pelaksanaan wawancara terdiri dari tiga fase, yaitu : fase orientasi, fase kerja, dan fase terminasi. Setelah terjalin hubungan saling percaya, peneliti

masuk fase orientasi dengan memperhatikan kondisi umum partisipan. Peneliti berusaha agar partisipan terlihat rileks dan siap untuk proses wawancara pada waktu dan tempat sesuai keinginan partisipan. Peneliti memberi pengertian kepada partisipan tentang pentingnya informasi yang diberikan. Lama wawancara untuk setiap partisipan dilakukan sekitar 25– 60 menit agar partisipan tidak terlalu lelah, karena akan mempengaruhi jawaban partisipan. Tidak ada orang lain yang menyaksikan dan mendengar pembicaraan (Basrowi & suwandi, 2008). Setelah partisipan siap, peneliti menghidupkan MP4 sebagai alat bantu untuk merekam hasil wawancara. Pertanyaan pertama yang diajukan adalah tentang data demografi partisipan, kondisi kesehatan partisipan, aktivitas dan kegiatan rutinitas di rumah yang akan menambah kedekatan peneliti dengan partisipan. Fase Kerja dilakukan setelah peneliti yakin bahwa hubungan dengan partisipan terjalin akrab dan terjalin hubungan saling percaya, maka fase kerja dimulai. Kedekatan partisipan dengan peneliti memungkinkan peneliti dapat menggali secara mendalam tentang makna spiritualitas pada klien HIV/AIDS dalam konteks asuhan keperawatan . Peneliti memulai wawancara dengan menanyakan kepada partisipan tentang perubahan spiritual yang terjadi dalam kehidupan partisipan setelah diketahui menderita HIV/AIDS, tujuan hidup partisipan, nilai dan kepercayaan yang diyakini partisipan, hubungan partisipan dengan orang lain, lingkungan sekitarnya dan Tuhan atau kekuatan lain yang lebih besar serta harapan partisipan terhadap kehidupannya dan pelayanan keperawatan yang telah diterima untuk memaknai pengalamannya spiritualnya.

Wawancara dilakukan dalam posisi berhadapan-hadapan dengan jarak kurang lebih 1 meter dan alat perekam ditengah antara peneliti dan partisipan, bertatap muka, rileks, fokus dan serius. Intonasi suara disesuaikan dengan topik pertanyaan agar tergambar kejelasan pertanyaan dan menggunakan komunikasi terapeutik. Peneliti memperhatikan respon partisipan dengan mencatat respon nonverbal partisipan pada lembaran catatan lapangan. Catatan lapangan berisi informasi tentang kondisi partisipan, suasana lingkungan, interaksi sosial dan

aktivitas yang berlangsung selama wawancara (Basrowi & Suwandi, 2008). Saat partisipan terlihat tidak memahami pertanyaan, maka peneliti mengulang atau mengurai pertanyaan lebih rinci. Peneliti menggunakan pedoman wawancara hanya sebagai panduan selama wawancara agar terarah berdasarkan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Pertanyaan dikembangkan sesuai dengan proses yang berlangsung selama wawancara untuk memungkinkan peneliti mendapatkan data secara lebih mendalam dari partisipan. Peneliti juga menggunakan ilustrasi saat partisipan terlihat kesulitan memahami pertanyaan. Apabila peneliti menemukan jawaban yang kurang jelas, maka akan dilakukan klarifikasi atas jawaban yang diberi. Terminasi dilakukan setelah kelengkapan dan kedalaman data sudah didapatkan. Terminasi dilakukan dengan mengucapkan terima kasih, memberi *reinforcement positive*, dan membuat kontrak bertemu kembali dengan partisipan untuk klarifikasi.

3.5.3 Tahap Terminasi

Tahap terminasi dilakukan setelah validasi hasil transkrip wawancara. Peneliti memberikan hasil verbatim dan hasil rekaman kepada partisipan untuk disesuaikan. Partisipan diminta untuk mengkonfirmasi tema-tema yang dibuat sementara oleh peneliti. Peneliti memberikan kesempatan partisipan untuk melakukan verifikasi atau koreksi dari data yang diperoleh pada wawancara pertama. Partisipan melakukan verifikasi/konfirmasi, memperluas dan menambah deskripsi mereka dari pengalaman-pengalaman mereka untuk lebih menambah keakuratan data dari hasil studi (Speziale & Carpenter, 2003). Pada saat dilakukan klarifikasi kembali kepada partisipan sebagian besar partisipan menyetujui tema-tema yang diperlihatkan peneliti. Setelah klarifikasi selesai, peneliti menyatakan bahwa proses penelitian telah berakhir. Peneliti menyampaikan terima kasih atas kesediaan dan kerjasama yang baik oleh partisipan selama proses penelitian.

Proses pengumpulan data menggunakan metode wawancara secara mendalam dengan bertemu langsung dengan partisipan, catatan lapangan dan lembar

observasi. Alasan menggunakan wawancara secara mendalam adalah agar peneliti dapat melakukan kontrol terhadap pertanyaan-pertanyaan yang akan diajukan dan dapat melihat secara langsung respon dari partisipan terhadap pertanyaan yang diajukan dan dapat digunakan apabila peneliti mengalami kesulitan untuk melakukan observasi secara langsung (Creswell, 1998).

3.6 Alat Bantu pengumpulan data

Alat bantu yang digunakan untuk melakukan pengumpulan data adalah pedoman wawancara, catatan lapangan dan alat perekam *tape recorder* atau *MP4*. Sebelumnya peneliti mencoba menggunakan alat perekam *MP4*. Tujuannya adalah untuk mencoba keakuratan alat *MP4* yang akan digunakan serta melakukan validasi terhadap keakuratan pedoman wawancara dalam menggali informasi yang sebanyak-banyaknya dari partisipan sesuai dengan tujuan penelitian.

3.7 Analisis Data

Metode yang digunakan untuk melakukan analisis data pada penelitian ini adalah menggunakan metode Collaizi (1978) dengan pertimbangan pada bagian akhir dari proses analisis data peneliti kembali kepada partisipan untuk melakukan klarifikasi kembali terhadap tema-tema yang telah didapatkan kepada partisipan sehingga diperoleh hasil yang benar-benar akurat (Pollit & Beck, 2004). Collaizi (1978 dalam Holloway & Wheeler, 1996) mengatakan ada tujuh tahapan analisis data yaitu:

1. Peneliti membaca secara berulang-ulang transkrip naratif dari partisipan untuk mendapatkan inti dari perasaan partisipan untuk memahami makna spiritualitasnya.
2. Peneliti melakukan ekstraksi terhadap kata dan kalimat yang berhubungan dengan makna spiritualitas pada klien dengan HIV/Aids.
3. Peneliti kemudian memformulasi makna dari setiap pernyataan yang signifikan dari partisipan dalam bentuk kata kunci. Kemudian mengumpulkan

pernyataan-pernyataan yang sejenis untuk dikategorisasi, setelah itu mengumpulkan dalam sub tema sehingga menjadi tema-tema yang baru. Sehingga didapatkan 5 tema dari penelitian ini.

4. Peneliti kemudian mengulang kembali proses ini terhadap setiap deskripsi atau pernyataan dari partisipan dan menyusunnya kedalam kluster tema-tema.
 - a. Peneliti merujuk kembali tema-tema yang ada kedalam deskripsi aslinya atau pernyataan apa yang sedang diajukan saat itu untuk melakukan validasi kembali. Terutama jika ada tema yang belum teridentifikasi.
 - b. Mengkaji jika ada tema yang bertentangan atau tidak relevan dengan yang lain.
5. Peneliti kemudian mendeskripsikan fenomena-fenomena atau tema yang sudah ada dan membahasnya.
6. Peneliti kemudian melakukan reduksi terhadap tema-tema yang sudah ada untuk menjawab tujuan khusus dari penelitian.
7. Sebagai tahap akhir peneliti kembali kepada partisipan untuk wawancara lanjutan untuk konfirmasi tema dan jika ingin mendapatkan tambahan data dari partisipan. Semua partisipan mengatakan tidak ada tema yang perlu ditambahkan dan dikurangi. Partisipan 1 tidak dilakukan validasi karena partisipan meninggal dunia 2 hari setelah wawancara dan peneliti belum sempat untuk melakukan validasi tema.

3.8 Keabsahan data

Kebenaran data pada penelitian kualitatif sangat penting. Peneliti melakukan konfirmasi terhadap informasi yang telah ditemukan dengan cara: *credibility*, *dependability*, *confirmability*, dan *transferability*.

Credibility bertujuan untuk menilai kebenaran dari suatu temuan pada penelitian kualitatif. Kredibilitas ditunjukkan ketika partisipan mengungkapkan bahwa tema penelitian memang benar-benar pengalamannya (Speziale & Carpenter, 2003). Hal ini dilakukan oleh peneliti diakhir penelitian ketika peneliti memberikan tema-tema yang telah diperoleh untuk dibaca ulang oleh partisipan dan partisipan

mengatakan tema tersebut sesuai maka dianggap peneliti telah menjaga kredibilitas penelitian.

Dependability adalah kestabilan data dari waktu ke waktu. Salah satu tehnik untuk mencapai *dependability* adalah *inquiry audit*, yang melibatkan suatu penelaahan data dan dokumen-dokumen yang mendukung secara menyeluruh dan detail oleh seorang penelaah eksternal (Polit & Hungler, 1999). Pada penelitian ini penelaahan eksternal dilakukan oleh para pembimbing selama proses penelitian berlangsung. Peneliti melakukan konsultasi kepada pembimbing tentang transkrip verbatim dan analisis tema yang didapatkan oleh peneliti.

Confirmability yaitu dengan melakukan objektivitas atau netralitas data, dimana tercapai persetujuan antara dua orang atau lebih tentang relevansi dan arti data. Hal ini dapat dilakukan bersamaan dengan proses *dependability* (Speziale & Carpenter, 2003). Peneliti melakukan *confirmability* dengan mendiskusikan seluruh transkrip yang sudah ditambahkan catatan lapangan, tabel pengkatagorian tema awal dan tabel analisis tema pada pembimbing dan partisipan.

Transferability merujuk pada kemungkinan bahwa penelitian ini menemukan makna yang sama bagi peneliti lain yang akan melakukan penelitian pada situasi yang sama (Speziale & Carpenter, 2003). Supaya orang lain dapat memahami hasil penelitian kualitatif sehingga ada kemungkinan untuk menerapkan hasil penelitian tersebut, maka peneliti dalam membuat laporannya memberikan uraian yang rinci, jelas, sistematis dan dapat dipercaya tentang karakteristik partisipan, lokasi penelitian serta prosedur pengumpulan data. Dengan demikian maka pembaca menjadi lebih jelas atas hasil penelitian tersebut, sehingga dapat memutuskan bisa atau tidaknya untuk mengaplikasikan hasil penelitian tersebut di tempat lain. Bila pembaca laporan penelitian memperoleh gambaran yang sedemikian jelasnya maka laporan tersebut memenuhi standar *transferability*.

BAB 4 HASIL PENELITIAN

Bab ini menjelaskan tentang makna spiritualitas pada klien HIV/AIDS dalam konteks asuhan keperawatan di RSCM Jakarta. Penelitian ini menghasilkan 5 tema utama makna spiritualitas pada klien HIV/AIDS. Hasil penelitian ini diuraikan menjadi dua bagian. Bagian pertama menguraikan tentang gambaran singkat partisipan yang terlibat dalam penelitian ini. Bagian kedua menguraikan tentang analisis tematik makna spiritualitas pada klien HIV/AIDS.

4.1 Gambaran karakteristik partisipan

Partisipan yang berpartisipasi dalam penelitian ini sebanyak 7 orang. Semua partisipan di rawat di RSCM lantai 7.

Semua partisipan yang ikut serta dalam penelitian ini berjenis kelamin laki-laki, dengan rentang usia 25 sampai dengan 39 tahun. Pendidikan terakhir partisipan bervariasi dari tidak tamat SMP sampai sarjana strata satu. Sebagian besar partisipan beragama Islam, satu orang partisipan beragama Kristen. Pekerjaan partisipan sebelum sakit bervariasi dari tukang ojek, *delivery order*, buruh proyek, dan sampai tenaga kontrak di kantor Pemerintahan, wiraswasta dan dua orang partisipan tidak bekerja. Salah seorang partisipan keluar dari pekerjaannya setelah positif menderita HIV. Lama terdiagnosis HIV positif bervariasi dari satu minggu sampai yang paling lama telah positif HIV selama enam tahun. Penyebab menderita HIV 3 orang karena sex bebas dan 4 orang karena narkoba dengan sebagian besar karena menggunakan putaw. Dua orang partisipan mengalami cacat fisik karena HIV, satu orang mengalami kebutaan dan satu orang kaki kirinya di amputasi.

4.2 Analisis tematik

Bagian ini secara rinci menjelaskan uraian tentang tema yang teridentifikasi dari hasil wawancara yang dilakukan secara mendalam pada klien HIV/AIDS. Tema-tema tersebut adalah (1) mendekatkan diri kepada Tuhan, (2) menghargai hidup

pasca diagnosis HIV/AIDS, (3) butuh dukungan dari orang terdekat (4) mempunyai harapan untuk hidup yang lebih baik di hari depan, (5) kebutuhan spiritual yang tidak terpenuhi. Tema-tema yang didapatkan dalam penelitian ini dibahas secara terpisah untuk mengungkap makna spiritualitas pada klien HIV/AIDS dalam konteks asuhan keperawatan, akan tetapi walaupun dibahas secara terpisah namun tema-tema ini saling berhubungan dan kaitannya sangat erat. Tema yang dihasilkan sangat luas dan menceritakan esensi dari pengalaman spiritualitas partisipan yang menderita HIV/AIDS sehingga mereka bisa memaknai pengalaman spiritualnya.

Untuk rincinya pengalaman akan makna spiritualitas pada klien HIV/AIDS diwakili oleh tema berikut.

4.2.1 Mendekatkan diri kepada Tuhan

Makna baru yang dirasakan oleh partisipan dalam kehidupan spiritualnya dirasakan partisipan adalah lebih mendekatkan diri kepada Tuhan berupa peningkatan kegiatan keagamaan yang diawali dengan meninjau kembali kehidupan spiritualnya setelah di diagnosis HIV. Sebagian besar partisipan mengatakan setelah di diagnosis HIV mereka bisa belajar banyak tentang agama, memiliki kesempatan untuk bertobat kepada Tuhan dan menyadari kesalahan yang dilakukan. Pertanyaan yang diajukan dalam penelitian ini telah diusahakan untuk menjelaskan bahwa spiritualitas lebih luas daripada agama, tetapi semua partisipan menghubungkan spiritualitas dengan agama dan ingin menjalin kembali kedekatan dengan Tuhan dengan berbagai alasan. Sebagian besar partisipan mengatakan mereka ingin lebih banyak belajar tentang agama karena sebelumnya mereka jauh dari Tuhan dan tidak melakukan secara benar ajaran agamanya.

Dua orang partisipan mengatakan bertobat kepada Tuhan setelah di diagnosis HIV adalah dua orang yang mengalami cacat fisik. Partisipan yang didiagnosis HIV/AIDS sejak 3 bulan yang lalu dan saat ini dirawat karena dilakukan amputasi pada kaki kiri, sebelum sakit HIV saat ini partisipan telah

beberapa kali mengalami tabrakan dan dikira sudah meninggal dunia. Partisipan dulu pernah sangat dekat dengan Tuhan, tetapi akhirnya keluar dari kegiatan pelayanan karena ada konflik pribadi di lingkungan social gereja. Berikut pernyataannya:

“sekian tahun saya nggak dekat dengan Tuhan, nggak pernah ibadah, doa sekadarnya Tuhan kan kalo di Kristen kita anggap sebagai Bapa, pribadi jadi ngelunjak, lo Bapa gua, gua anak lo,. Kalo gua minta apa aja pasti lu tolong kan itu prinsip yang salah. Tapi kan ternyata kan amputasi, kehilangan anggota tubuh kan nggak mudah untuk kita lakukan. Satu kesempatan buat saya untuk bertobat. Itu yang saya yakini” (p3)

Partisipan selanjutnya mengalami kebutaan yang tiba-tiba sejak 3 bulan yang lalu karena kerusakan pada retinanya, mempunyai pekerjaan tetap di sebuah perusahaan di bidang periklanan dan pernah aktif di dunia entertainment, pernah menjadi bintang iklan dan peserta Abang None Jakarta. Partisipan ini juga menceritakan pengalaman spiritualnya bahwa pasca diagnosis HIV dimaknai sebagai kesempatan untuk bertobat. Berikut pernyataannya:

“Saat ini Dia sedang memberikan saya kesempatan untuk bertobat. ..Saya masih diberi kesempatan untuk memperbaiki diri saya” (p7).

Berbeda dengan partisipan lainnya ada dua orang partisipan yang mengatakan tidak ada perubahan pada kegiatan keagamaannya dari sebelum terdiagnosis HIV dan sesudah terdiagnosis. Dengan alasan bahwa 3 bulan sebelum terdiagnosis partisipan telah menyadari kesalahannya dan bertobat kepada Tuhan. Partisipan mengikuti kegiatan pengajian dari masjid ke masjid. Berikut pernyataan partisipan:

“saya kan memang pas sebelum ke POKDI ini saya sudah Sholat , saya sudah dekat sama Allah gitu kan”(P2).

Berbeda dengan partisipan yang lain partisipan termuda dalam penelitian ini, usia 25 tahun dan merupakan partisipan terlama yang menderita HIV sejak 6 tahun yang lalu dan mendapatkan dukungan sangat besar dari orang tua dan

keluarga mengekspresikan bahwa tidak ada perubahan dalam aktivitas keagamaannya baik sebelum dan sakit terdiagnosis HIV. Berikut pernyataannya:

“ kalo keagamaan sih ya sama aja sebenarnya, konteksnya dari sebelum saya apa dari sebelum saya apa sebelum saya mengidap untuk keagamaannya sih sama aja, kalo emang saya lagi rajin ya rajin, kalo lagi malas benar2 malas..... ”(P5).

Keinginan untuk lebih dekat dengan Tuhan oleh sebagian besar partisipan diwujudkan dengan melakukan Zikir dan doa-doa selama dirawat, tetapi ada dua partisipan yang mengatakan melakukan sholat selama dirawat di rumah sakit. Partisipan 4 melakukan Sholat di atas tempat tidur dengan menggunakan isyarat saja, sedangkan partisipan 1 melakukan Sholat di Mushola ruangan karena ia mampu untuk turun dari tempat tidur walaupun itu hanya Sholat Magrib saja. Partisipan ini terlihat sangat menyesali akan perbuatannya, selama wawancara partisipan berulang kali menghapus air matanya dengan menggunakan tissue. Berikut pernyataan partisipan:

“...Maksudnye yang dulu2 udehlah, sekarang waktunya kite buka lembaran baru ya istilahnya minim2 sholat 5 waktulah walaupun sakit biar tiduran sholat” (P4).

“ pokoknya kalau magrib ya saya sempatin sholat lah, baca-baca yasin lah..sebelumnya nggak pernah seperti itu sus” (P2).

4.2.2 Menghargai hidup pasca diagnosis HIV.

Tujuan hidup dan nilai-nilai spiritual yang diyakini oleh partisipan sebagian besar mengalami perubahan pasca diagnosis HIV/AIDS. Beberapa partisipan mengatakan menjadi lebih menghargai makna hidup yang sebenarnya karena selama ini telah menyia-nyiakan hidup yang diberikan oleh Tuhan dengan cara menjalankan semua ajaran yang diajarkan oleh agamanya dan menyadari bahwa Tuhan adalah Zat yang memiliki kekuatan Maha besar dialam ini dan

kita sebagai manusia tidak punya kekuatan untuk melawan Tuhan. Seperti diungkapkan oleh partisipan dibawah ini:

“istilahnya bisa ngelihat lebih menghargai hidup. Itu aja. Selama ini tuh kita dikasih hidup kita sia2in dengan kite minum, narkoba, main perempuan pokoknya apalah gitu yang istilahnya kesenangan dunia yang bikin jadi kita sakit sebenarnya hidup sehat murah kan?” (P4)

“ sekarang ya sudah tahu gitu maksudnya, kita sebagai manusia itu nggak bisa berontak. Tetep Tuhan itu punya cara untuk kita kembali pada dia. Walaupun harus amputasi kan...”(P3)

Tempat untuk meminta pertolongan adalah kepada Tuhan pada saat partisipan merasa lemah dan tidak berdaya. Karena Tuhan adalah Zat yang Maha Mengetahui segala sesuatu dan sanggup menolong. Selain itu Tuhan juga dipercaya dapat memberikan kesembuhan dari penyakit yang dialami walaupun partisipan tahu mereka tidak akan sembuh dari penyakit HIV/Aids. Berikut pernyataan partisipan 2 dan 7:

“ Kepada Tuhan. Karena Dia yang Maha Mengetahui segala sesuatu dan sanggup menolong saya ” (P7)

“Pertolongan dari Allah, supaya saya bisa sembuh...” (P2)

Partisipan lain mengatakan ingin menikmati hidup saja, hal ini diutarakan oleh partisipan 1 yang merasa bersalah karena selama ini sudah menyia-nyaiakan keluarganya dan mempunyai keinginan bila sembuh nanti maka ia ingin membangun kembali keluarganya. Hal lain diungkapkan partisipan 2 yaitu ingin menikmati hidup secara normal, dan bekerja kembali. Berikut pernyataan partisipan:

“sudah bisa menerima... menikmati hidup aja.. menjalani sisa hidup ini”(P1)

“ kalo memang dikasih saya dikasih sehat saya pengen hidup normal seperti orang-orang lain sus” (p2)

Nilai dan tujuan hidup yang lain dari klien HIV/AIDS pasca diagnosis adalah dengan pasrah dan menerima keadaan yang diberikan oleh Tuhan termasuk bila mereka harus menghadapi kematian, sebagian partisipan mengatakan

takut apabila akhirnya mereka akan mati dengan berbagai alasan ada yang takut meninggalkan anak istri, ibadahnya belum tentu diterima karena selama ini menyalahkan hidupnya. Sebagian partisipan mengungkapkan penerimaannya terhadap penyakit ini dan pasrah bila memang Tuhan menghendaki karena merupakan takdir Tuhan dan semua manusia juga pasti akan kembali padaNya, berikut ungkapan partisipan:

“ kalo untuk merasa marah dan menganggap bahwa Tuhan sedang menghukum saya sih tidak. Saya menganggap penyakit ini sebagai berkah” (P7).

“ya, pasrah aja. Saya pikir kalo Allah berkehendak saya masih punya semangat hidup gitulah. Kalau Allah dukung sayalah gitu kan karena allah yang ngasih penyakit Allah pula yang menyembuhkan” (P2).

Ketakutan akan kematian juga dirasakan oleh sebagian besar partisipan, tetapi mereka juga mengungkapkan penerimaannya terhadap kematian. Seperti diungkapkan oleh partisipan 4 dirawat di rumah sakit karena mengalami sesak nafas yang hebat dan beberapa hari sebelum wawancara menggunakan *masker non rebreathing* dan tidak boleh dilepas kecuali untuk makan atau batuk. Berikut pernyataannya:

“Begini tahu oh ternyata dah sakit begini kematian itu dekat banget istilahnya udah pernah merasa nafas sampai disini jadi selama ini gue nyia2in hidup gue, kesehatan gue. Cuman ya udahlah mau diapain...” (P4)

“Kematian? Ya saya takutlah. Tapi tidak apa2 sih kalau misalnya Tuhan ingin memanggil saya silakan saja. Hanya saja inikan masih banyak berbuat dosa” (P7)

4.2.3 Butuh dukungan dari orang terdekat

Kebutuhan spiritual pada klien HIV/Aids meliputi kebutuhan untuk menguatkan hubungan dengan diri sendiri, orang lain, Tuhan dan alam.

Dukungan dan support system yang tersedia di lingkungan sekitar partisipan akan membantu partisipan menghadapi proses penyakitnya . Sebagian besar partisipan mengungkapkan mereka mendapatkan dukungan dari orang-orang terdekatnya dalam hal ini keluarga, pasangan hidup dan teman-teman terdekat. Dukungan yang sangat berarti diperoleh dari keluarga dalam hal ini adalah pasangan hidup yaitu istri dan orangtua. Seperti diungkapkan oleh partisipan 4 yang bekerja sebagai tukang ojek dan baru menikah selama satu tahun. Teman-teman yang mendukung adalah biasanya bila mereka juga berasal dari lingkungan yang sama misalnya pengguna narkoba sehingga mereka telah menyadari konsekuensi dari menggunakan jarum suntik secara bersamaan adalah positif HIV. Berikut ini adalah ungkapan partisipan tersebut:

“teman2 yang udah tahu mereka kena juga sus. Sesama juga. Teman2 yang tahu pemake juga” (P2)

“Baik-baik saja. Mereka (kakak2) sangat mendukung dan memberikan saya support. Kalo tidak ada mereka mungkin saya sudah patah semangat. Dan mereka sangat berarti buat saya. Bagi saya dukungan mereka lebih berarti dari dukungan teman2 saya” (P7).

“istrilah. Istilahnya selama ini kalo nggak ada dia mungkin saya juga sakit kan.. karena orangtua saya kan nggak mungkin ngurus2. Untung ada istri yang ngurus2. Maunya sih nggak jauh2. Pengen deket2 aja. Karena dia selama ini yang ganti popok...” (P4).

Hal yang berbeda dari pernyataan diatas diungkapkan oleh partisipan 3 dan 6. Teman-teman dan orang tua berubah menjauh sejak terdiagnosis HIV, dan tidak berani memberitahu kepada oranglain dan tetangga karena takut dan khawatir. Berikut ungkapannya:

“Hilang semua. Hampir hampir sebagian besar semua relasi saya menghilang. Ya itulah mereka kan awam tentang HIV Aids, mereka hilang tapi ya udahlah bersyukur” (P3)

“Ya itu dia saya jaga-jaga ditempat saya sendiri. jangan sampai ada yang denger. ... ntar nggak ada yang deketin gitu” (P6)

4.2.4 Mempunyai Harapan untuk hidup yang lebih baik dihari depan

Harapan partisipan kedepan adalah mencari pekerjaan dan memulai hidup yang baru dengan membangun hubungan yang baik dengan orang lain dan membangun kembali keluarga, masih ingin terus berkarya dan memanfaatkan kesempatan hidup yang diberikan oleh Tuhan, memperbaiki diri dalam kegiatan keagamaan dan memulihkan fisik dulu. Sebagian besar partisipan mengungkapkan harapannya adalah mencari pekerjaan yang baru dan tetap melakukan aktivitas seperti biasa seperti diungkapkan oleh partisipan 3 dan 7 yang mempunyai cacat fisik. Bagi mereka cacat bukanlah hambatan untuk melakukan aktivitas dan pekerjaan.

“Yang jelas saya ingin terus berkarya dan tidak patah semangat. Karena walaupun saya cacat tapi saya usahakan mandiri dan tidak bergantung kepada orang lain. Tuhan memberikan saya kesempatan dan saya harus memanfaatkan kesempatan itu” (P7)

“...Cuma kan kalau untuk naluri bisnis saya ingin dagang terus kalau mungkin bisa diterima di rumah singgah aja dengan perikanan otak saya pengen punya tambak ikan lele lah, atau apalah, itu jiwa saya optimis saya selalu begitu. ..” (P3)

Keinginan memulihkan diri dan memperbaiki kegiatan keagamaan diungkapkan oleh partisipan 4 dan partisipan 6. Berikut yang diungkapkan kedua partisipan tersebut:

“ya paling istirahat. Kan udah ngak di infuse. Jalan kesana kesini. Latihan, latihan jalan apa, kan agak lega tuh, kayak jalan kaki itu bolak balik aja. Nguatin badan, kan kemarin badannya kaku. Biar nggak kaku-kaku aja” (P4)

“Kedepannya namanya kita kan banyak dosanya dialam ini ya niatnya sebelum kita tutup mata saya punya keinginan manfaatin waktu aja, gitu aja, sembuh, saya sembahyang itu aja” (P6)

Partisipan lain mengungkapkan keinginannya memanfaatkan kesempatan hidup yang diberikan Tuhan kepadanya dan memanfaatkan waktu yang

diberikan oleh Tuhan dengan melakukan hal-hal positif dan melakukan kegiatan keagamaan. Berikut ungkapan partisipan tersebut:

“...Walaupun saya cacat tapi saya usahakan mandiri dan tidak bergantung kepada orang lain. Tuhan memberikan saya kesempatan dan saya harus memanfaatkan kesempatan itu” (P7)

“Kedepannya namanya kita kan banyak dosanya dialam ini ya niatnya sebelum kita tutup mata saya punya keinginan manfaatin waktu aja, gitu aja, sembuh, saya sembahyang itu aja” (P6).

4.2.5 Kebutuhan spiritual yang tidak terpenuhi

Sebagian besar partisipan mengungkapkan pelayanan yang diberikan oleh perawat sudah professional dan teliti tetapi kegiatan yang dilakukan hanyalah melakukan kegiatan rutin dan dan melakukan kegiatan sesuai prosedur. Bahkan ada salah seorang partisipan yang mengatakan bahwa perawat cukup melakukan kegiatan rutinnnya saja untuk pengobatan. Berikut ungkapan partisipan:

“ya mereka melakukan tugas mereka sendiri... ganti infuse, ganti pemplon, kasih obat” (P1)

“Standarlah. Nggak.. kalo gua bilang sih nggak aktif itu nggak agresif mereka Cuma menjalankan prosedurnya itu aja” (P5)

Sebagian besar partisipan menginginkan perawat memberikan perhatian yang lebih kepada mereka, memberikan kenyamanan terhadap klien dan cepat bertindak apabila partisipan membutuhkan bantuan untuk mengatasi masalahnya misalnya infuse macet. Mereka menginginkan perawat cepat tanggap apabila diperlukan dan lebih perhatian walaupun hanya untuk menanyakan kabarnya dan menjadi teman untuk berbicara. Tetapi sebagian besar partisipan mengungkapkan mereka menerima saja pelayanan yang diberikan oleh perawat karena tahu perawat juga banyak mempunyai kesibukan lain dan takut apabila mereka macam-macam nanti mereka tidak akan diurus oleh perawat. Partisipan 6 adalah seorang laki-laki dengan

pendidikan terakhir tidak tamat SMP dan bekerja sebagai buruh di proyek.

Berikut ungkapannya:

“wah mereka nggak bakal sempat. Nggak bakalan sempat. Seandainya aja mereka datang paling trrrrrrrrrrrrrrrrrt udeh kalo misalnya infuse kita mampet kita mesti infuse mampet manggilnya juga agak suseh, mesti nyari2 dulu. belum tentu langsung datang. Dan mereka juga nggak bakalan sempat. Misalnya gini sus saya mau Curhat dong, begini begini. Pikirannya dia, wah kerjaan gue juga banyak, gitu paling kata die, istilahnya nggak mau ngerepotinlah”.(P4)

“lebih perhatianlah gitu. Kita kan nggak.. apalagi yang kayak gini2 kan kadang mereka ada yang harus selalu ditemenin. Ada yang selalu diberi omongan, tertawaan, kemudian saya butuh orang buat ngomong kalo nggak turun lagi turun lagi. Butuh ngobrol, butuh spirit juga, untuk becanda, nggak, mungkin sebenarnya mungkin bukan kita aja. Semua orang juga butuh dalam keadaan sakit butuh pencerahanlah buat omongan lah dalam kesehariannya bukan apa2 sih Cuma... ya itu..” (P5)

“Kalo kita kan namanya kita masih butuh, kita harus bisa jaga2 sifatnya dia kan. Kalo misalnya kita diRS kita nggak diurusi dia, kita gimana nih”(P6).

BAB 5 PEMBAHASAN

Bab ini dibagi dalam tiga bagian utama: bagian pertama menjelaskan tentang interpretasi hasil temuan penelitian dengan cara membandingkan hasil penelitian dengan konsep-konsep, teori dan hasil penelitian terdahulu. Bagian kedua membahas tentang berbagai keterbatasan yang dialami oleh peneliti selama melakukan penelitian dan bagian ketiga menjelaskan tentang implikasi penelitian ini untuk pelayanan keperawatan, pendidikan keperawatan dan penelitian dibidang keperawatan.

5.1 Interpretasi hasil penelitian

Penelitian ini menemukan 5 tema untuk mengungkapkan esensi pengalaman makna spiritualitas pada klien HIV/Aids dalam konteks asuhan keperawatan. Gambaran tentang perubahan spiritual dan tujuan hidup yang terjadi dalam kehidupan klien HIV/Aids pasca diagnosis teridentifikasi pada tema pertama yaitu mendekati diri kepada Tuhan. Gambaran tentang tujuan hidup pasca diagnosis HIV/Aids dan gambaran nilai dan kepercayaan yang diyakini klien pasca diagnosis HIV/Aids teridentifikasi pada tema kedua yaitu menghargai hidup pasca diagnosis HIV/Aids. Gambaran tentang hubungan klien HIV/Aids dengan orang lain dan lingkungan sekitarnya teridentifikasi pada tema ketiga yaitu butuh dukungan dari orang terdekat, gambaran klien HIV/Aids terhadap kehidupannya teridentifikasi pada tema keempat yaitu mempunyai harapan untuk kehidupan yang lebih baik dihari depan. Gambaran pelayanan keperawatan yang telah diterima klien HIV/AIDS untuk memaknai pengalaman spiritualnya teridentifikasi pada tema kelima yaitu kebutuhan spiritual yang tidak terpenuhi.

5.1.1 Mendekatkan diri dengan Tuhan

Hasil penelitian ini menemukan makna baru yang dirasakan oleh partisipan setelah di diagnosis HIV/AIDS yaitu merasa lebih dekat kepada Tuhan. Sejalan dengan apa yang dikemukakan oleh Taylor, Lilis & Lemone (1997) agama bisa merupakan bagian dari spiritual, dan memiliki dua komponen yaitu orientasi

terhadap keagamaan dan orientasi terhadap eksistensi. Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa lebih mendekati diri kepada Tuhan diawali dengan menyadari kesalahan yang diperbuat, kemudian direalisasikan dengan keinginan untuk bertobat kepada Tuhan. Sejalan dengan Lubkin dan Larsen (2006) melaporkan bahwa untuk menemukan arti baru dan bertahan hidup ditandai dengan terjadinya banyak kesalah pahaman, konflik dan perasaan bersalah. Sejalan pula dengan Fish & Shelly, 1978; Peterson & Nelson, 1987; Schoenbeck, 1994 dalam (Potter & Perry, 2005) mengatakan ada empat hal yang diakui sebagai kebutuhan spiritual yang salah satunya adalah proses mencari makna baru dalam kehidupan. Proses mencari makna baru dalam kehidupan merupakan proses yang unik dan bukanlah hal yang mudah karena akan menimbulkan stress dan perasaan marah, perasaan menyesal atau perasaan bersalah

Chicoki, (2007) mengatakan agama dan spiritualitas membantu ODHA meninjau kembali kehidupan mereka, menafsirkan apa yang mereka temukan, dan menerapkan apa yang telah mereka pelajari untuk kehidupan baru dan membantu seseorang menemukan makna baru hidup setelah diagnosis HIV. Makna baru yang dimaksudkan pada penelitian ini adalah partisipan merasa lebih dekat dengan Tuhan. Pada penelitian ini didapatkan juga seorang partisipan yang mengatakan tidak percaya kepada Tuhan karena merasa Tuhan tidak mengabulkan apa yang telah dia minta selama ini dan pada saat dia mencoba untuk berdoa sakitnya malah bertambah parah. Sesuai dengan hasil penelitian Ironson, Stuetzle & Fletcher, (2006) yang mengatakan 45% partisipannya menunjukkan peningkatan spiritualitas setelah didiagnosis HIV, 42 % tetap sama, dan 13 % menurun. Selaras pula dengan penelitian Cotton, Tsevat, Szaflarski et all (2006) mengatakan 25 % penderita HIV/AIDS menjadi lebih religius dan 41% mengalami peningkatan spiritual setelah didiagnosa HIV/AIDS.

Chicoki, (2007) mengatakan kondisi sakit membuat ODHA menjadi pribadi yang baru. Secara sadar atau tidak sadar, ODHA menggunakan penyakit mereka sebagai cara untuk lebih memahami spiritualitas mereka dan diri mereka sendiri. Selaras dengan apa yang disampaikan oleh Murray & Zentner (1993 dalam Craven & Hirnle, 2007) inti dari spiritualitas yaitu proses menjadi lebih religius, berusaha mendapatkan inspirasi, penghormatan, perasaan kagum, memberi makna dan tujuan yang dilakukan oleh individu yang percaya maupun tidak percaya kepada Tuhan.

Taylor, Lilis & Lemone, 1997) mengatakan salah satu kebutuhan spiritual di Amerika Serikat yaitu kebutuhan untuk meyakini bahwa kehidupan memberikan makna dan memiliki tujuan. Makna baru yaitu lebih dekat kepada Tuhan dapat ditemukan saat meninjau prestasi eksternal, pencarian ini berupa pencarian moral atau spiritual, memikirkan kesalahan atau ketidakcukupan. Pencarian makna juga mencakup makna menjelang ajal, keberadaan manusia, penderitaan, dan usia hidup yang tersisa ditandai dengan rasa bersalah, menghadapi situasi hidup yang menyakitkan (Speck, 1998 dalam Kemp 1999). Para partisipan dalam studi ini mengalami rasa bersalah yang berat akibat perasaan menyimpang atas dosa atau tanggungjawab mereka sendiri terkait dengan keadaan yang menyakitkan di kehidupan mereka dan kesalahan mereka di masa lalu karena menggunakan narkoba dan melakukan sex bebas. Bahkan ada partisipan yang merasakan telah melakukan kebodohan di dalam kehidupan masa lalunya sehingga dia bisa menjadi seperti sekarang ini, menyesali karena pemberontakan yang pernah dia lakukan terhadap Tuhan menyebabkan hidupnya saat ini menjadi sia-sia bahkan harus di amputasi padahal dahulu pernah dikasih kesempatan untuk bertobat tapi partisipan menutup hatinya rapat-rapat sehingga akhirnya harus menderita HIV dan amputasi dikaki kirinya.

Pada penelitian ini ditemukan juga partisipan tetap melakukan kegiatan keagamaan dengan melakukan sholat semampunya, zikir dan melakukan doa-doa pribadi selama dirawat di rumah sakit. Sejalan dengan hasil penelitian Natalya (2006) tentang mekanisme dan strategi coping orang dengan HIV/Aids (ODHA) dalam menghadapi stress akibat penyakitnya di Yogyakarta mengatakan salah satu strategi coping yang digunakan oleh klien dengan HIV/Aids adalah dengan berhubungan dengan kekuatan supernatural yaitu dengan berdoa, memohon ampunan dan melakukan sholat.

Kemp, (1999) mengungkapkan intervensi yang diberikan oleh petugas kesehatan khususnya perawat adalah menunjukkan pengampunan dan penerimaan dengan cara memberikan perawatan yang penuh perhatian secara terus menerus sehingga dapat menunjukkan kepada klien kemungkinan bahwa pengampunan dan penerimaan dari Tuhan dapat dilakukan tanpa membedakan agama dan kepercayaan. Tugas utama perawat adalah melaksanakan kemurahan hati dengan melakukan intervensi keperawatan yang bersifat pasif. Intervensi yang diberikan adalah memberikan kesempatan pada individu untuk mencari makna hidupnya sendiri dan tidak begitu saja diberikan oleh orang lain. Perawat dapat membantu memberi makna hidup dengan bertindak secara konsisten untuk memberikan perawatan yang penuh cinta. Walaupun makna dan harapan itu tidak dapat dipenuhi oleh klien. Klien dapat berdoa bila tidak dapat mencapai kesempurnaan spiritual.

5.1.2 Menghargai hidup pasca diagnosis HIV

Nilai spiritual yang diyakini partisipan antara lain lebih menghargai makna hidup sebenarnya, menikmati hidup dan pasrah menerima keadaan. Menghargai makna hidup diinterpretasikan dengan melaksanakan semua ajaran agamanya masing-masing. Sebagian besar Partisipan meyakini bahwa Tuhan mempunyai kekuatan yang Maha Besar di jagat raya ini untuk mengatur segala sesuatu. Partisipan mengungkapkan bahwa Tuhan adalah Yang Maha menciptakan,

maha memberi Rezeki, Maha Melihat, Mengetahui dan Maha Mendengar, dan tempat untuk kembali dan tempat mengadu apabila mereka merasa tidak berdaya. Tujuan hidup yang diungkapkan partisipan adalah ingin menikmati hidup, yang diungkapkan dengan keinginan akan kehidupan yang lebih baik, bisa merasakan hidup yang teratur, karena sebelumnya partisipan merasa telah menyia-nyiakan hidupnya dengan lari ke diskotik, pergaulan bebas dan melakukan hal-hal bodoh. Pasca diagnosis HIV partisipan baru menyadarinya dan merasakan bahwa sebenarnya hidup ini indah. Partisipan lain mengatakan hanya ingin hidup normal seperti orang lain dan memanfaatkan kesempatan yang diberikan oleh Tuhan.

Chicoki (2007) mengatakan spiritualitas dan agama akan menghilangkan perasaan takut dan penderitaan yang di alami partisipan serta memberikan perasaan tenang secara emosional, hal ini menjawab kekhawatiran partisipan karena diagnosis HIV menyebabkan perasaan takut karena stigma yang melekat pada penyakit HIV. Taylor, Lilis & Lemone (1997) mengatakan spiritualitas adalah segala sesuatu yang menyinggung tentang hubungan manusia dengan sumber kekuatan hidup atau Yang maha memiliki kekuatan. Dalam penelitian ini partisipan mempersepsikan itu dengan lebih ingin mendekatkan diri kepada Tuhan. Spiritualitas adalah proses menjadi tahu, cinta dan melayani Tuhan. Keinginan untuk melayani Tuhan sempat diungkapkan oleh seorang partisipan yang mempunyai keinginan untuk mengabdikan diri pada pelayanan dan berbagi dengan sesama, akan tetapi partisipan masih merasa ragu karena belum bisa melepaskan keinginan duniawinya.

Kemp, (1999) mengatakan bahwa Tuhan adalah yang Zat yang memiliki kekuatan yang besar dan mengetahui segala sesuatu dialam ini, yang menguasai ketakutan manusia dan mempunyai kemampuan melebihi manusia. Sejalan dengan itu Emblen & halstead, 1993; Highfield & Cason, 1983; O'Brien, 1999 dalam Wright, (2005) mengatakan kebutuhan spiritual meliputi kebutuhan

untuk menguatkan hubungan dengan diri sendiri, orang lain, Tuhan dan alam. Sejalan dengan hasil penelitian Thuck & Thinganyana (2007) ada beberapa tema tentang makna spiritualitas pada klien HIV/Aids diantaranya adalah; 1) spiritualitas adalah keterkaitan atau hubungan, dan percaya kepada Tuhan atau kekuatan lain yang lebih besar, 2) spiritualitas dinyatakan dengan perbuatan atau tindakan seperti mendengarkan music, pergi ke tempat ibadah, membaca kitab suci, terhubung dengan alam, meditasi, dsb. 3) dan merasakan kehadiran Tuhan. Selaras dengan hasil penelitian Cotton, Puchalski & Sherman, (2006) yang mengatakan agama digunakan sebagai coping positif untuk penyakit HIV/Aids oleh klien.

Tujuan hidup yang ketiga adalah pasrah dan menerima keadaan. Beberapa partisipan mengungkapkan bahwa menganggap penyakit HIV ini sebagai berkah, ujian dari Tuhan dan pada dasarnya mereka sudah Ikhlas hanya belum merasa yakin, sehingga mereka berharap tetap diberi kekuatan hati untuk menjalaninya. Termasuk didalamnya adalah kesiapan partisipan untuk menghadapi kematian, sebagian besar mengungkapkan ketakutannya akan kematian apalagi ada seorang partisipan yang merasa kondisinya masih labil karena baru menjalani operasi amputasi, dan pengalaman partisipan yang lain karena merasakan sesak nafas yang hebat sehingga yang terbayang dimatanya adalah kematian. Tetapi sebagian partisipan mengungkapkan bahwa mereka pasrah saja akan kehendak dari Sang Pencipta karena semua itu merupakan misteri.

Sejalan dengan Zerwekh (1991 dalam Kemp 1999) mengatakan tanggung jawab dalam memberikan asuhan yang efektif oleh perawat dalam proses spiritual menjelang ajal adalah : Mendengarkan segala keluhan, mendiagnosis distress semangat manusia, dan menegaskan sangat pentingnya masalah spiritual pada akhir kehidupan. Chicoki (2007) mengatakan spiritualitas pada klien HIV/Aids adalah jalan untuk mengobati masalah emosional melalui

agama dan spiritual. Penderita HIV/Aids menjadi pribadi yang baru baik secara sadar maupun tidak sadar untuk memahami spiritualitas mereka dan diri mereka sendiri. selain itu merupakan stimulus untuk menggali kembali kehidupan rohani dari kehidupan mereka. Bahkan melepaskan hal-hal yang tadinya merupakan bagian penting dari kehidupan mereka seperti sebelum di diagnosis HIV/Aids. Sejalan dengan penelitian Molefe dan Duma (2009) tentang pengalaman wanita Batswana yang terdiagnosis HIV dan kanker mengatakan mereka percaya dan berharap kepada Tuhan. Mereka percaya Tuhan akan menyembuhkan sakitnya dan Tuhan selalu bersamanya. Akan tetapi dalam penelitian tidak ada partisipan perempuan, semua partisipan yang berpartisipasi dalam penelitian ini adalah laki-laki.

Murray & Zentner (1993 dalam Craven & Hirnle, 2007) mengatakan bahwa spiritualitas adalah suatu proses menjadi lebih religius, berusaha mendapatkan inspirasi, penghormatan, perasaan kagum, memberi makna dan tujuan yang dilakukan oleh individu yang percaya maupun tidak percaya kepada Tuhan. Hal ini seperti diungkapkan oleh partisipan lima mengatakan bahwa percaya kepada Tuhan adalah merupakan nomor 2 dan 3 baginya tetapi ia mengatakan dengan ia tetap berbuat baik, tidak melakukan hal-hal negative, berpikiran positif dalam hal ini menghindari stress, menjaga pola makan dan pola tidur yang sehat maka ia akan tetap baik dan kekebalan tubuhnya tidak akan menurun. Proses ini didasarkan pada usaha untuk harmonisasi atau penyesuaian dengan alam semesta, berusaha keras untuk menjawab tentang kekuatan yang terbatas, menjadi lebih fokus ketika individu menghadapi stress emosional, sakit fisik atau menghadapi kematian.

5.1.3 Butuh dukungan dari orang terdekat

Dukungan terhadap partisipan pasca terdiagnosis HIV sebagian besar adalah oleh keluarga dalam hal ini pasangan hidup (suami atau istri), dan orang tua. Teman-teman dekat yang berasal dari lingkungan yang sama pengguna

narkoba juga turut memberikan dukungan. Hal ini didukung oleh hasil penelitian Molefe dan Duma (2009) pada perempuan di Botswana yang mengalami HIV/Aids dan kanker serviks bahwa dukungan dari orang lain sangat berarti, dukungan yang dapat diberikan adalah dukungan keuangan, emosional dan dukungan fisik. Sesuai juga dengan pendapat (Emblen & Halstead, 1993; Highfield & Cason, 1983; O'Brien, 1999 dalam Wright, 2005). termasuk didalamnya adalah kebutuhan untuk menguatkan atau memperkokoh hubungan dengan diri sendiri, orang lain, Tuhan dan alam

Komponen *belonging* dalam *quality of live model* meliputi *social belonging* terdiri dari keintiman hubungan dengan orang lain, keluarga, teman dan rekan kerja. Sedangkan untuk *community belonging* yaitu keinginan untuk terlibat dalam pelayanan social dan aktivitas social (University of Toronto, 2010). Tarakheswar, Pearce, Sikkema (2005) dalam penelitiannya tentang perkembangan dan implementasi kelompok terhadap spiritual coping pada penderita HIV/Aids mengatakan bahwa refleksi dari kehidupan spiritual yaitu dengan mendapatkan dukungan dari keluarga atau anak, dan keluarga sebagai sumber konflik atau ketegangan. Hal ini sesuai dengan hasil dalam penelitian ini dimana salah seorang partisipan mengatakan keluarganya agak menjauhinya setelah positif HIV akan tetapi secara financial mereka tetap memberikan dukungan.

Klien HIV membutuhkan dukungan dari lingkungan sosialnya untuk menjalani kehidupan sehari-harinya sesuai dengan penelitian Yi, Mrus, Wade. et al (2004) melakukan penelitian tentang agama, spiritualitas, dan symptom depresi pada klien dengan HIV/AIDS mengatakan 53,6 % responden mengalami depresi yang signifikan. Depresi yang dialami oleh klien HIV/AIDS salah satunya dipengaruhi oleh kurangnya dukungan sosial. Pendapat senada diungkapkan oleh Kalichman, et al (2000) konseling dan dukungan sosial dianggap meningkatkan sumber daya untuk orang-orang yang mempunyai pikiran bunuh diri yang belum mendapatkan intervensi krisis, dan harus

mendapat prioritas dalam pelayanan keperawatan. Pada penelitian ini tidak digali lebih mendalam tingkat depresi klien HIV/Aids.

5.1.4 Mempunyai Harapan untuk kehidupan yang lebih baik di hari depan

Harapan partisipan kedepan adalah mencari pekerjaan dan memulai hidup yang baru, masih ingin terus berkarya dan memanfaatkan kesempatan hidup yang diberikan oleh Tuhan, memperbaiki diri dalam kegiatan keagamaan dan memulihkan fisik dulu. Sebagian besar partisipan mengungkapkan harapannya adalah mencari pekerjaan yang baru dan tetap melakukan aktivitas seperti biasa seperti diungkapkan oleh partisipan yang mempunyai cacat fisik. Bagi mereka cacat bukanlah hambatan untuk melakukan aktivitas dan pekerjaan. Hal ini sejalan dengan Fish & Shelly, 1978; Peterson & Nelson, 1987; Schoenbeck, 1994 dalam (Potter & Perry, 2005) mengatakan ada empat hal yang diakui diantaranya adalah kebutuhan untuk dicintai, dan pengharapan. Kebutuhan untuk hubungan yang lebih dalam dengan komunitas.

Tidak adanya makna dalam kehidupan manusia diungkapkan dengan berbagai cara melalui kehilangan harapan dan keputusasaan (Kemp, 1999). Hal senada disampaikan oleh Conrad (1985 dalam Kemp, 1999) mengatakan harapan adalah faktor penting dalam menghadapi stress, dalam mempertahankan kualitas hidup, dan untuk melanjutkan hidup.

Komponen harapan menurut Post-White, dkk (1996 dalam Kemp 1999) adalah menemukan makna melalui iman atau spiritualitas, memiliki hubungan yang menguatkan, mengandalkan sumber dalam diri, menjalani kehidupan setiap hari, dan mengantisipasi kelangsungan hidup di masa depan. Emblen & Halstead, 1993; Highfield & Cason, 1983; O'Brien, 1999 dalam Wright, (2005) mengatakan kebutuhan spiritual meliputi kebutuhan untuk menemukan arti atau makna diantara sakit dan penderitaan kebutuhan merealisasikan nilai-nilai yang

penting seperti harapan dan kreativitas, perasaan haru, kepercayaan, kedamaian, keyakinan, kejujuran, keteguhan hati dan cinta.

Adanya harapan yang tinggi akan memotivasi partisipan untuk menjalani kehidupannya ke depan diungkapkan secara bervariasi oleh partisipan dengan keinginan untuk terus berkarya dalam hal ini bekerja lagi atau membangun kembali kehidupan keluarganya, dan memanfaatkan kesempatan hidup yang diberikan Tuhan. Seperti diungkapkan oleh beberapa partisipan mengenai keinginannya untuk terus berkarya dan tidak patah semangat. Spiritual adalah segala sesuatu mengenai kehidupan, bagian terdalam dari individu, memberikan harapan, meningkatkan keterkaitan dan hubungan dan meningkatkan kualitas hidup yang lebih baik Lubkin & Larsen (2006). Beberapa partisipan mengungkapkan keinginannya untuk lebih mendekatkan kepada Tuhan dengan kembali pada kegiatan keagamaan. Intervensi yang dapat dilakukan oleh perawat adalah memberi kualitas perawatan yang tekun dan sabar (Kemp, 1999).

Sejalan dengan penelitian Tuck & Thinganjana (2007) yang mengatakan spiritualitas adalah sumber inspirasi berupa harapan, iman dan kekuatan untuk memelihara hidup atau menerima pemberian, selain itu merupakan proses pencarian akan makna hidup yang diwujudkan dengan harapan-harapan yang baik untuk kehidupan barunya pasca diagnosis HIV/Aids. Hasil penelitian mengatakan Spiritualitas digunakan sebagai cara lain untuk mengatasi penyakit HIV/AIDS yang digunakan sebagai coping positif. Pada penelitian ini didapatkan hasil pada laki-laki dan perempuan setelah didiagnosis HIV mereka memiliki penurunan jumlah CD4 lebih rendah dan dapat mengontrol *viral load* selama empat tahun (Ironson & Hayward, 2008). Ironson, Stuetzle & Fletcher, (2006) meneliti pada responden pasca diagnosis HIV yang mengatakan peningkatan spiritual juga mengalami peningkatan kadar CD4 setelah empat tahun, hal serupa disampaikan oleh Dalmida, Holdstad, Dilorio & Laderman

(2009) semakin tinggi komponen *EWB* maka akan semakin tinggi pula nilai CD4 pada klien HIV/AIDS yang menandakan status imunnya dalam keadaan baik.

Sebagian besar partisipan mengungkapkan mereka mendapatkan banyak mendapatkan dukungan dari orang-orang terdekatnya dalam hal ini keluarga dan teman-teman. Dukungan yang sangat berarti diperoleh dari keluarga dalam hal ini adalah pasangan hidup yaitu istri dan orangtua. Teman-teman yang mendukung adalah biasanya bila mereka juga berasal dari lingkungan yang sama misalnya pengguna narkoba sehingga mereka telah menyadari konsekuensi dari menggunakan jarum suntik secara bersamaan adalah positif HIV. Penelitian Vitriawan (2007) tentang pengalaman partisipan pertama kali terdiagnosis HIV/AIDS mengatakan berbagai mekanisme koping dan adaptasi klien pertama kali terdiagnosis HIV/AIDS adalah terbuka dengan orang lain, menyemangati diri sendiri, dan pada akhirnya mencoba menyesuaikan diri dengan lingkungan; setiap klien pertama kali terdiagnosis HIV/AIDS membutuhkan dukungan dari lingkungan sekitarnya

Hal senada didapatkan Natalya (2006) dalam penelitiannya mengatakan bahwa ODHA membutuhkan dukungan social. Penelitian telah menunjukkan bahwa orang yang mendapatkan dukungan social tinggi dan hubungan intim memiliki sistem kekebalan tubuh lebih kuat dan lebih sedikit terkena penyakit. Penelitian di Southern Methodist University di Dallas telah menunjukkan bahwa orang-orang yang mengalami trauma yang mendapatkan support sistem maka akan meningkatkan fungsi imun, menurunkan stress dan meningkatkan status kesehatan (Kylma, Vehvilainen, dan Lahdevirta, 2003).

Sejalan dengan penelitian Kylma, Vehvilainen, dan Lahdevirta,(2003) yang melakukan eksplorasi dinamika harapan pada ODHA dengan pendekatan kualitatif pendekatan *grounded theory*. Mengatakan dinamika harapan dibangun dari tiga unsur utama: harapan, putus asa, keputusan. Harapan

adalah pengenalan secara konstruktif terhadap kemungkinan-kemungkinan pada satu situasi kehidupan dan kepercayaan pada nilai kehidupan pada saat ini dan masa depan. Berhenti dan bertahan pada satu situasi, kehilangan pegangan hidup dan tenggelam pada satu situasi tertekan akan eksistensi diri, focus pada ketidakmampuan dan kehilangan harapan akan masa depan merupakan factor yang berkontribusi terhadap keputusan yaitu situasi hidup dalam kehampaan, tidak ada hari esok, mental yang jatuh dan tidak ada harapan atau alasan lagi untuk hidup. Pada saat partisipan bangkit dan memiliki harapan maka harapan akan meningkat kembali. Proses diatas merupakan proses yang dinamis.

Sebagian besar partisipan pada penelitian ini mempunyai harapan yang positif akan kehidupan yang baik di hari depan, berbeda dengan penelitian Molefe dan Duma (2009) yang mengatakan bahwa wanita Batswana yang menderita HIV dan Kanker serviks mengatakan merasakan kesakitan yang mendalam saat mengetahui terdiagnosis HIV dan Kanker serviks secara bersama serta takut akan masa depannya. Mereka takut akan kematian dan bila mati akan meninggalkan anak-anaknya dan khawatir tidak akan ada yang menjaga anaknya nanti. Hal ini mungkin disebabkan karena wanita lebih memikirkan keluarganya apabila dia meninggal.

5.1.5 Kebutuhan spiritual yang tidak terpenuhi

Sebagian besar partisipan mengungkapkan perawat sudah melakukan kegiatannya secara professional dan teliti tetapi kegiatan yang dilakukan hanyalah melakukan kegiatan rutin dan tidak agresif tetapi bagi partisipan itu sudah cukup karena menurut mereka perawat mungkin tidak akan punya waktu untuk berlama-lama dengan partisipan. Bahkan ada salah seorang partisipan yang mengatakan bahwa perawat cukup melakukan kegiatan rutinnnya saja untuk pengobatan.

Wensley,(2008), mengatakan perawat berada pada posisi terbaik untuk memberikan asuhan keperawatan spiritual pada klien hanya dengan menjadi pendengar yang baik, membantu klien mengungkapkan keyakinan mereka dan mendampingi klien selama perjalanan penyakitnya serta menyediakan perawatan rohani untuk klien HIV/AIDS akan tetapi pada kenyataannya perawat kurang mempunyai waktu untuk mendengarkan keluhan partisipan. Selain itu perawat kurang agresif karena hanya melakukan perawatan yang standar saja sesuai prosedur. Akan tetapi secara professional mereka mengakui bahwa perawat melakukan tugasnya secara professional dan teliti. Hal ini tidak sejalan dengan apa yang dikemukakan oleh Henderson memandang manusia secara holistik atau keseluruhan. Terdiri dari unsur fisik, biologi, sosiologi dan spiritual.

Neuman dalam Tomey & Alligood (2006) memandang manusia secara keseluruhan (holistik), yaitu terdiri dari faktor fisiologis, psikologis, sosial budaya, faktor perkembangan, dan faktor spiritual yang berhubungan secara dinamis dan tidak dapat dipisah-pisahkan, yaitu: 1) Faktor fisiologis meliputi struktur dan fungsi tubuh, 2) Faktor psikologis terdiri dari proses dan hubungan mental, 3) Faktor sosial budaya meliputi fungsi sistem yang menghubungkan sosial dan ekspektasi kultural dan aktivasi, 4) Faktor perkembangan sepanjang hidup, 5) Faktor spiritual meliputi pengaruh kepercayaan spiritual. Padahal perawat adalah petugas kesehatan yang 24 jam berada di rumah sakit merawat klien seharusnya mampu memberikan pelayanan yang paripurna kepada klien.

Crisp & Taylor, (2001) mengatakan saat terjadi hubungan *caring* antara perawat dan klien maka akan terjadi proses penyembuhan melalui: 1) Mobilisasi harapan antara klien dan perawat, 2) Menemukan interpretasi atau pemahaman tentang penyakit, gejala atau emosi yang dapat diterima oleh klien, 3) Membantu klien menggunakan sumber-sumber sosial, emosional atau sumber spiritual. Hal yang sama disampaikan oleh Ronaldson (1997, dalam

Crisp & Taylor, 2001) mengatakan *spiritual caring* merupakan tantangan bagi perawat untuk diterima sebagai peran dan tanggungjawabnya. Zerwekh (1991 dalam Kemp 1999) mengatakan tanggung jawab dalam memberikan asuhan yang efektif dalam proses spiritual menjelang ajal adalah: 1) Mendengarkan semua keluhan yang dirasakan oleh klien, 2) mendiagnosis distress semangat manusia, serta 3) Menegaskan sangat pentingnya masalah spiritual pada akhir kehidupan. Tindakan mendampingi, atau berjaga-jaga, bahkan saat penderitaan atau penurunan semangat akan menjadikan perawat sebagai symbol kuat dari Tuhan yang berada didalam setiap individu dan pada klien.

Harapan yang diungkapkan oleh partisipan terhadap perawat adalah perawat memberikan perhatian yang lebih kepada mereka, memberikan kenyamanan terhadap klien dan cepat bertindak apabila partisipan membutuhkan bantuan untuk mengatasi masalahnya misalnya infuse macet. Mereka menginginkan perawat itu tidak sulit dipanggil apabila diperlukan dan lebih perhatian walaupun hanya untuk menanyakan kabarnya dan menjadi teman untuk berbicara.

Sejalan dengan penelitian Vitriawan (2007) yang mengatakan berbagai kebutuhan pelayanan keperawatan dan harapan klien pertamakali terdiagnosis HIV/AIDS adalah membutuhkan perawat yang bersikap baik dan komunikatif terhadap klien HIV/Aids. Natalya (2006) mengatakan berbicara dengan orang lain dalam hal ini kepada dokter dan sesama ODHA atau orang yang sangat mengetahui tentang ODHA. tentang masalahnya dan mencari jalan keluar merupakan mekanisme koping yang digunakan untuk mengatasi stress yang dihadapinya, walaupun hanya sebagai tempat untuk berdiskusi dalam menyelesaikan masalahnya. Kebutuhan dasar spiritual di Amerika menurut (Taylor, Lilis & Lemone, 1997) diantaranya adalah: Kebutuhan untuk di hargai dan respek dan kebutuhan untuk didengarkan dan mendengarkan. Hal tersebut dapat dilakukan oleh perawat selama merawat klien HIV/Aids di rumah sakit

menurut ungkapan partisipan bahwa ia menginginkan perawat menemaninya untuk hanya sekedar berbicara apalagi apabila di rumah sakit ada klien yang sendirian dan tidak didampingi oleh keluarganya. Harapannya adalah perawat mendatangi klien bukan hanya untuk melakukan tindakan memberikan obat, mengganti cairan infuse dan sebagainya.

Kalichman, et al (2000) dalam penelitiannya mengatakan prioritas utama dalam penanganan HIV/Aids pada layanan kesehatan khususnya keperawatan adalah konseling dan dukungan yang memberikan semangat, peningkatan sumber daya untuk mengatasi timbulnya pikiran untuk bunuh diri dan dalam intervensi krisis.

5.2 Keterbatasan penelitian

Berdasarkan proses penelitian yang telah dilakukan ditemukan beberapa kendala yaitu:

5.2.1 Kesulitan mendapatkan partisipan perempuan

Lantai 7 RSCM merupakan ruang perawatan untuk HIV terdiri dari 3 kamar. Untuk kamar perempuan terdiri dari 5 tempat tidur. Selama peneliti melakukan kegiatan wawancara selama satu bulan ada partisipan perempuan yang dirawat tetapi ada yang dengan gangguan neurologis, kelemahan umum sehingga tidak memungkinkan untuk dilakukan wawancara. Ada dua orang partisipan perempuan yang telah bersedia untuk diwawancarai tetapi pada saat peneliti mengatakan akan merekam kegiatan wawancara calon partisipan menolak. Sehingga akhirnya peneliti memutuskan untuk tidak mengikutsertakan kedalam penelitian ini.

5.2.2 Pemilihan tempat wawancara

Kegiatan wawancara yang dilakukan di ruang perawatan tidak memberikan kenyamanan untuk partisipan dan peneliti karena suasananya ramai. Sementara di lantai 7 tidak tersedia ruangan khusus untuk

melakukan wawancara. Hal ini diantisipasi oleh peneliti dengan melakukan kegiatan wawancara pada saat suasana tidak terlalu ramai, yaitu pada jam 11 siang dan tidak ada kegiatan perawatan di ruangan serta memasang sampiran yang membatasi tempat tidur antar klien.

5.2.3 Proses adaptasi yang kurang sehingga data kurang tergal

Proses adaptasi yang kurang disebabkan karena peneliti tidak setiap waktu berada bersama partisipan dalam satu kali periode dinas di ruangan, tetapi hal ini diminimalisir dengan peneliti dalam menjalin hubungan saling percaya dengan partisipan mendatangi partisipan dua atau tiga kali terlebih dahulu. Peneliti melakukan tindakan keperawatan kepada calon partisipan dan berbincang-bincang dengan calon partisipan terlebih dahulu, akan tetapi terkadang sulit untuk menjalin kedekatan dengan partisipan. Hal ini dirasakan pada proses wawancara dengan partisipan pertama, akan tetapi pada partisipan berikutnya hubungan saling percaya antara partisipan dan peneliti mulai terjalin.

5.3 Implikasi hasil penelitian

5.3.1 Untuk pelayanan keperawatan

Temuan data dalam penelitian dapat dijadikan sebagai bahan masukan bagi profesi perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan pada klien HIV/Aids yang dirawat di Rumah Sakit secara komprehensif. Para partisipan menginginkan perawat mudah untuk dihubungi, cepat tanggap menanggapi keluhan klien dan menyediakan waktu untuk mendengarkan keluhan klien.

Partisipan mengatakan perawat memberikan kesempatan mereka untuk melakukan kegiatan keagamaan selama di Rumah Sakit akan tetapi perawat tidak pernah melakukan pengkajian tentang spiritual klien seperti klien beragama apa dan bagaimana kegiatan spiritual atau keagamaan yang dilakukan partisipan. Peran perawat spesialis keperawatan medical bedah adalah

mengumpulkan data yang berhubungan dengan klien secara sistematis yang berkaitan dengan masalah spiritual pada klien HIV/AIDS dan melakukan intervensi keperawatan yang tepat berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan.

Hal-hal yang harus dikaji adalah apakah ada tanda atau gejala: masalah perkembangan: dalam masa transisi atau peralihan dalam hidup. Masalah lingkungan yang tidak mendukung misalnya transportasi jauh atau sulit dijangkau atau karena adanya hambatan untuk melaksanakan kegiatan keagamaan atau kegiatan spiritual. Pengkajian yang dilakukan meliputi data subyektif dan obyektif mengenai hubungan klien dengan diri sendiri, orang lain dan Tuhan, coping yang digunakan klien saat melawan penyakitnya dan dukungan dari lingkungan dan orang-orang terdekat klien. Hal ini penting untuk mengidentifikasi kebutuhan atau masalah klien dengan masalah spiritual pada klien dengan HIV/AIDS. Pengkajian yang dilakukan akan membantu perawat untuk menentukan diagnose keperawatan yang tepat untuk klien yaitu apakah klien mengalami risiko untuk distress spiritual, distress spiritual dan kesiapan untuk melaksanakan kegiatan spiritual. Pengkajian yang tepat membantu perawat untuk melaksanakan intervensi keperawatan yang tepat untuk klien HIV/Aids sesuai dengan kebutuhan klien. Sehingga asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien bersifat holistic bio psiko sosial dan spiritual.

Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan oleh seorang spesialis keperawatan medical bedah adalah memfasilitasi klien HIV/Aids untuk melakukan kegiatan keagamaan selama di rawat di rumah sakit dengan: (1) familier dengan kegiatan keagamaan yang biasa dilakukan oleh partisipan sesuai dengan agama yang dianutnya, (2) respek terhadap *privacy* klien selama melakukan kegiatan keagamaan dan berdoa, (3) bantu klien melindungi mereka dari cedera selama melakukan kegiatan keagamaan, (4) kolaborasi dengan memanggil rohaniawan apabila klien membutuhkannya.

5.3.2 Untuk pendidikan keperawatan

Partisipan mengatakan bahwa perawat hanya melakukan rutinitas tugasnya tanpa memperhatikan kebutuhan spiritual klien sehingga perlu lebih diperdalam tentang pemenuhan kebutuhan psikologis, social dan spiritual klien dan tidak hanya berfokus pada kebutuhan biologis klien saja. Perlu dipertegas kembali pemahaman mengenai konsep holistic dalam pemberian asuhan keperawatan dan mengenai cara penularan HIV/Aids sejak di pendidikan keperawatan. Sehingga tidak terjadi diskriminasi pelayanan yang diberikan oleh perawat dan menghilangkan stigma dari tenaga kesehatan khususnya perawat dalam memberikan pelayanan kepada klien HIV/Aids.

5.3.3 Untuk penelitian keperawatan

Penelitian ini masih jauh dari kesempurnaan. Perlu dikaji secara lebih mendalam tentang perbedaan gender dan respon pertama kali saat terdiagnosis HIV/Aids berdasarkan jenis kelamin serta mekanisme koping yang digunakan oleh klien, agama yang berbeda dan pemahaman perawat tentang asuhan keperawatan spiritual serta penilaian depresi pada pasien HIV/Aids.

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

Penelitian ini dilakukan untuk mendapatkan gambaran dan pemahaman secara mendalam tentang makna spiritualitas pada klien HIV/Aids dalam konteks asuhan keperawatan di RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta. Tema-tema yang teridentifikasi pada penelitian ini menunjukkan perubahan makna spiritualitas pada klien HIV/Aids yang di rawat di RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.

6.1 Simpulan

Berdasarkan temuan-temuan dari penelitian ini diperoleh temuan sebagai berikut:

- 6.1.1 Perubahan spiritual yang dirasakan oleh klien setelah di diagnosis HIV/Aids di RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo adalah mendekati diri kepada Tuhan.
- 6.1.2 Nilai-nilai spiritual dan tujuan hidup klien pasca diagnosis HIV/Aids adalah menghargai hidup pasca diagnosis HIV dengan lebih menghargai makna hidup sebenarnya, menikmati hidup dan pasrah menerima keadaan.
- 6.1.3 Dukungan yang kuat dari keluarga dalam hal ini pasangan hidup, teman dekat membantu klien HIV/Aids melewati masa-masa sulit pasca diagnosis HIV.
- 6.1.4 Harapan terhadap kehidupan yang lebih baik dihari depan setelah keluar dari rumah sakit adalah mencari pekerjaan dan memulai hidup yang baru, masih ingin terus berkarya, memanfaatkan kesempatan hidup yang telah diberikan Tuhan, memperbaiki diri kembali pada kegiatan keagamaan dan memulihkan fisik.
- 6.1.5 Pelayanan keperawatan yang diberikan oleh perawat pada klien HIV/Aids di RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta masih terbatas pada kegiatan yang bersifat rutinitas. Klien HIV/Aids menginginkan perawat memberikan perhatian yang lebih kepada mereka, memberikan kenyamanan terhadap klien dan cepat bertindak apabila partisipan membutuhkan bantuan untuk mengatasi masalahnya

6.2 Saran

6.2.1 Pelayanan Keperawatan

6.2.1.1 Manajer keperawatan: menyusun kebijakan yang mengatur bahwa perawat dalam memberikan asuhan keperawatan bersifat holistik meliputi aspek Spiritual, menyediakan format pengkajian spiritual, membuat program agar perawat dapat melakukan asuhan keperawatan spiritual kepada klien yang dirawat serta rohaniawan sekali sehari mengunjungi klien yang dirawat di RS

6.2.1.2 Kepala ruangan: memfasilitasi klien untuk melaksanakan kegiatan keagamaan selama dirawat di rumah sakit, memotivasi perawat untuk melaksanakan asuhan keperawatan spiritual dan supervisi pada saat perawat melakukan asuhan keperawatan spiritual.

6.2.1.3 Perawat ruangan: melakukan pengkajian aspek spiritual klien dan melaksanakan intervensi spiritual.

6.2.2 Perkembangan Ilmu Keperawatan

Bahan masukan bagi institusi pendidikan dalam proses pembelajaran mahasiswa keperawatan khususnya keperawatan medikal bedah sehingga dapat diperoleh gambaran yang nyata tentang pengalaman spiritualitas pada klien HIV/AIDS dalam konteks asuhan keperawatan.

6.2.3 Penelitian Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dipakai sebagai data dasar bagi peneliti peneliti selanjutnya terkait topik yang masih berkaitan/berhubungan dengan klien HIV/AIDS dan dengan partisipan perempuan karena keunikan dari partisipan ditinjau dari sisi gender, agama yang berbeda dan dengan metode yang berbeda.

DAFTAR PUSTAKA

- Aids epidemic update*, <http://www.unaids.org/>. diperoleh tanggal 27 Februari 2010.
- Aids: issues*, <http://youthink.worldbank.org/issues/aids/>, diperoleh tanggal 02 maret 2010.
- Alfitri. (2008). *Pengaruh konseling spiritual terhadap koping kepatuhan minum obat ARV pasien HIV/AIDS di poliklinik VCT RSUP dr M. Jamil Padang*. Thesis FIK UI
- Bartlett, J.A., *Management and counseling for person with HIV infection*.
<http://www.health.am> diperoleh tanggal 11 maret 2010.
- Basrowi & Suwandi. (2008). *Memahami penelitian kualitatif*. Jakarta. Rineka Cipta.
- Black, J.M & Hawks, J.H. (2008). *Medical surgical nursing: Clinical management for positive outcomes*. Saunders.
- Brown, L., Trujillo, L., & Macintyre, K.,(2001). *Interventions to Reduce HIV/AIDS Stigma: What Have We Learned?*. New York. Population council.inc
- Bungin, B (2008). *Analisis data pada penelitian kualitatif: pemahaman fisiologis dan metodologis kearah penguasaan model aplikasi*. Jakarta. Rajagrafindo Persada.
- Campbell, C., Nair, Y., Maimane, S & Sibiya, (2005). *Understanding and challenging HIV/AIDS Stigma*. Durban. HIVAN
- Chicoki, M.,(2007). ¶ 8. *The role of religion and spirituality in HIV*
<http://aids.about.com>. Diperoleh tanggal 10 Maret 2010.
- Constantine, N. (2006). *HIV Antibody Assays* <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=kb-02-02-01#S1X>. Diperoleh tanggal 09 maret 2010.
- Cotton, S., Puchalski, C.M., Sherman, S.N., dkk. (2006). *Spirituality and religion in patients with HIV/AIDS*. www.ncbi.nlm.nih.gov, diperoleh tanggal 15 februari 2010.
- Cotton, S., Tsevat, J., Szaflarski., dkk (2006). *changes in religiousness and spirituality attributed to HIV/AIDS: are there sex and race differences*.
www.ncbi.nlm.nih.gov, diperoleh tanggal 15 februari 2010.
- Craven, R.F & Hirnle, C.J. (2007). *Fundamentals of nursing: Human health and function Sixth edition*. Philadelphia. Lippincott William & Wilkins.

- Cresswell, J.H. (1998). *Qualitative inquiry and research design choosing among five editions*. California. Sage Publications
- Crisp & Taylor. (2001). *Potters & Perry's fundamentals of nursing*. Philadelphia. Mosby.
- Dalmida, S, G., Holstad, M, M., Dilorio, C., Laderman, G., (2009). *Spiritual well-being, depressive symptoms, and immune status among women living with HIV/AIDS*. www.ncbi.nlm.nih.gov diperoleh tanggal 15 februari 2010.
- Depkes. (2007). *Panduan nasional terapi ARV edisi kedua*. Jakarta. Depkes RI.
- Doengoes, M.E., Moorhouse, M.F., & Murr, A.C., (2007). *Nursing diagnosis manual: planning, individualizing, and documenting client care*. Philadelphia. Davis Company.
- Holloway, I & Wheeler, S. (1996). *Qualitative research for nurses*. London. Blackwell Science.
- Ironson, G. H., & Hayward, H., (2008). *Do Positive Psychosocial Factors Predict Disease Progression in HIV-1? A Review of the Evidence*, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/> diperoleh tanggal 04 Maret 2010.
- Ironson, G. Struetzle, R & Fletcher, M. A., (2006). *Increase in Religiousness/Spirituality Occurs After HIV Diagnosis and Predicts Slower disease Progression over 4 Years in People with HIV* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>. diperoleh tanggal 04 Maret 2010.
- Kalichman, S.C., Heckman, T., Kochman, A., Sikkema, K., Bergholte, J. 2000. *Depression and thoughts of suicide among middle-aged and older person living with HIV-Aids*. <http://ps.psychiatryonline.org/cgi/> diperoleh tanggal 26 Juni 2010.
- Kaplan, S. (2010), *Complementary therapies*. <http://www.thewellproject.org>. diperoleh tanggal 10 Maret 2010.
- Kemp, C (1999). *Klien sakit terminal: seri asuhan keperawatan: edisi 2*. Jakarta. EGC.
- Komisi penanggulangan Aids, (2007), *strategi nasional penanggulangan hiv dan aids 2007-2010*, <http://www.undp.or.id/programme/>, diperoleh tanggal 27 Februari 2010.
- Kuswarno, E., (2009). *Metodologi penelitian komunikasi: fenomenologi: konsepsi, pedoman dan contoh penelitiannya*. Bandung. Widya Padjajaran.

- Kylma, J., Julkunen, K.V., Lahdevirta, J. (2003). *Dynamics of hope in HIV/AIDS affected people: an exploration of significant others' experiences*. <http://www3.interscience.wiley.com/journal>. Diperoleh tanggal 26 Juni 2010.
- Kylma, J., Julkunen, K.V., Lahdevirta, J. (2003). *Hope, despair and hopelessness in living with HIV/AIDS: a grounded theory study*. <http://www3.interscience.wiley.com/journal>.
- Lubkin, I.M & Larsen, P.D (2006). *Chronic illness: impact and intervention sixth edition*. United state of America. Jones and Bartlett publisher.
- Macnee, C. L., & McCabe, S. (2008). *Understanding nursing research: reading and using research in practice. Second edition*. Philadelphia : Lippincott William & Wilkins.
- Mallinson. (1999). *Grief work of HIV positive person and their survivors*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9922285> 999 Mar;34(1):163-77. Diperoleh tanggal 26 Juni 2010.
- Martokoesoemo, P.H., (2007). *Spiritual thinking*. Bandung. PT Mizan pustaka.
- Molefe & Duma, (2009). *Experiences of Batswana women diagnosed with both HIV/Aids and cervical cancer*. www.ebsco.com. Diperoleh tanggal 03 Juli 2010.
- Natalya, W. (2006). *Mekanisme strategi koping orang dengan HIV/Aids (ODHA) dalam menghadapi stress akibat penyakitnya di Yogyakarta*. Thesis FIK UI.
- NIAID, ¶ 2 2009, *What are HIV and Aids?*. <http://www3.niaid.nih.gov/>) diperoleh tanggal 02 maret 2010).
- Noorwod, S.L. (2000). *Research strategies for advanced practice nurses*. New Jersey. Prentice-Hall, Inc.
- Peterson, S.J & Bredow, T.S. (2004). *Middle range theories: application to nursing research*. Philadelphia. Lippincot William & Wilkins.
- Pollit, D.F & Hungler, B.P. (1999). *Nursing research : principles and methods*. (6th ed.). Philadelphia : Lippincott William & Wilkins.
- Pollit, D.F, & Beck, C. T., (2004), *Nursing research: Principles and methods, Seventh edition*, Philadelphia : Lippincott William & Wilkins.

- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2005). *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice*. (6th ed). Philadelphia. Mosby
- Rostina, J ¶ 8, *Peran Ulama dalam Penguatan Respon terhadap HIV/AIDS: Strategi, Keberhasilan dan Pembelajaran* <http://www.kesrepro.info/?q=node/497> , diperoleh tanggal 10 Maret 2010.
- Silbernagl, S & Lang F. (2007). *Teks & Atlas Berwarna Patofisiologi* alih bahasa: Iwan Setiawan dan Iqbal Mochtar, Jakarta. EGC.
- Smeltzer, S., Bare. B.G., Hinkle, J.L., & Cheever.K.H., (2008). *Brunner &Suddarth:textbook of medical-surgical nursing eleventh edition*. Philadelphia.Lippincott Willian &Wilkins.
- Speziale, H.J.S & Carpenter, D.R. (2003). *Qualitative research in nursing; advancing the humanistic imperative*. Philadelphia. Lipincott Williams & Wilkins.
- Statistic kasus Aids di Indonesia*. <http://spiritia.or.id/>. Diperoleh tanggal 27 Februari 2010.
- Szaflarski, M., Ritchey, P.N., Leonard, A.C., dkk (2006). *Modeling the Effects of Spirituality/Religion on Patients' Perceptions of Living with HIV/AIDS* www.ncbi.nlm.nih.gov, diperoleh tanggal 15 februari 2010.
- Tarakheswar, N., Pearce, M., Sikkema, K. (2005). *development and implementation of spiritual coping group intervention for adults living with HIV/Aids: a pilot study*. <http://www.ebsco.com> Diperoleh tanggal 03 Juli 2010.
- Taylor, C., Lilis, C., & Lemone, P. (1997). *Fundamentals of nursing : The art and science of nursing care third edition*. Philadelphia. Lipincott.
- Tuck, I., & Thinganjana, W., (2007, *An exploration of the meaning of spirituality voiced by persons living with hiv disease and healthy adults*, www.ncbi.nlm.nih.gov diperoleh tanggal 15 februari 2010).
- Tuck, I., McCain. N. L., & Elswick Jr. R. K. (2001, *spirituality and psychosocial factors in person living with HIV* www.ncbi.nlm.nih.gov diperoleh tanggal 15 Februari 2010.
- UNICEF, (2009). *Hiv counselling handbook a comprehensive guide to:voluntary counseling and testing, provider-initiatd testing and counseling, treatment and care counseling for the Asia Pacific..* Thailand. Keen Media.co.ltd.
- UNICEF, (2009). *Hiv counselling trainer's manual for the asia pacific*. Thailand. Keen Media.co.ltd.

- University of Toronto, (2010). *The Quality of live model*.
<http://www.utoronto.ca/qol/concepts>. diperoleh tanggal 04 Juli 2010.
- Vitriawan, W. (2007). *Pengalaman pasien pertama kali terdiagnosis HIV/Aids: studi fenomenologi dalam perspektif Keperawatan*. Thesis FIK UI
- Wensley, M., *Spirituality in nursing*, <http://www.clininfo.health.nsw.gov.au>.
diperoleh tanggal 17 maret 2010.
- WHO. (2005). *Interim who clinical staging of hiv/aids and hiv/aids case definitions for surveillance for Africa region*. Switzerland. WHO Publication.
- Wright, M. L. (2005). *Spirituality, Suffering & Illness: Ideas for healing*. Philadelphia. F.A. Davis Company.
- Yi. S.M., Mrus, J.M., Wade.T.J., dkk (2004). *religion, spirituality, and depressive symptoms in patient with HIV/aids*, www.ncbi.nlm.nih.gov, diperoleh tanggal 15 februari 2010.



SURAT PENJELASAN PENELITIAN

Kepada

Yth

Di.....

Dengan hormat,

Saya **Irsanty Collein, NPM ; 0806446391**, adalah mahasiswa **Program Pasca Sarjana Spesialis Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**, mohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara untuk berpartisipasi dalam penelitian saya dengan judul **“Makna spiritualitas pada pasien HIV/AIDS dalam konteks Asuhan Keperawatan di RSUPN dr. Cipto mangunkusumo”**

Partisipasi ini sepenuhnya sukarela. Bapak/Ibu boleh memutuskan untuk berpartisipasi atau menolak kapanpun Bapak/Ibu kehendaki tanpa ada konsekuensi atau dampak tertentu. Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk meningkatkan pelayanan keperawatan pasien pada pasien HIV/AIDS. Oleh karena itu diharapkan informasi yang mendalam dari pengalaman bapak/ibu.

Penelitian ini tidak menimbulkan resiko apapun terhadap Bapak/Ibu. Jika Bapak/Ibu merasa tidak nyaman selama wawancara, Bapak/Ibu dapat memilih untuk tidak menjawab pertanyaan yang diajukan peneliti atau mengundurkan diri dari penelitian ini. Waktu penelitian akan diatur sesuai dengan keinginan Bapak/Ibu.

Peneliti berjanji akan menjunjung tinggi dan menghargai hak Bapak/Ibu dengan cara menjamin kerahasiaan identitas dan data yang diperoleh baik dalam pengumpulan data, pengolahan, maupun dalam penyajian laporan penelitian. Data yang diperoleh dari hasil penelitian ini tidak akan saya gunakan untuk kepentingan lain, hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian ini. Saya sangat menghargai kesediaan Bpk/Ibu menjadi partisipan dalam penelitian ini.

Untuk itu saya mohon kesediannya untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi partisipan. Atas perhatian, kerjasama dan kesediaannya menjadi partisipan saya ucapkan banyak terima kasih.

Peneliti



LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN
(Informed Consent)

Setelah membaca dan memahami surat saudara Irsanty Collein, NPM 0806446391, mahasiswa Program Pasca Sarjana Spesialis Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia serta mendapat penjelasan maksud penelitiannya, maka saya bersedia menjadi partisipan penelitian dengan judul :

“Makna spiritualitas pada pasien HIV/AIDS dalam konteks asuhan keperawatan di RSUPN dr. cipto Mangunkusumo”

Demikian pernyataan persetujuan ini saya tanda tangani dengan sukarela tanpa ada paksaan dari siapapun.

Jakarta, 2010

Partisipan

Peneliti



Pedoman Wawancara

A. Identitas Partisipan

Nama :
Usia :
Jenis kelamin :
Lama menderita HIV/AIDS :
Penyebab menderita HIV/AIDS :

B. Panduan pertanyaan

1. Ceritakan perubahan spiritual pada diri anda sebelum dan sesudah di diagnosis HIV.
2. Ceritakan tentang tujuan hidup anda.
3. Ceritakan tentang penerimaan anda terhadap keadaan anda saat ini, mengampuni dan memaafkan diri sendiri atau kemarahan
4. Ceritakan tentang nilai dan kepercayaan yang diyakini oleh anda.
5. Ceritakan tentang hubungan anda dengan orang lain, lingkungan sekitarnya.
6. Ceritakan apa yang anda harapkan dari orang lain, lingkungan sekitarnya
7. Ceritakan tentang harapan anda terhadap kehidupan anda kedepannya.
8. Ceritakan pelayanan keperawatan yang telah anda terima untuk memaknai pengalaman spiritual anda?

FORMAT CATATAN LAPANGAN

Nama partisipan:	Kode partisipan:
Tempat wawancara:	Waktu wawancara:
Suasana tempat saat akan dilakukan wawancara:	
Gambaran partisipan saat akan dilakukan wawancara: a. Posisi b. Non verbal	
Gambaran respon partisipan selama wawancara berlangsung:	
Gambaran suasana tempat selama wawancara berlangsung:	
Respon partisipan saat terminasi:	

