

**ANALISIS PROSES PSIKOLOGIS PADA ODHA
DIKOTA BUKITTINGGI
TAHUN 2016**

SKRIPSI

*Diajukan Sebagai
Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
Sarjana Keperawatan*



Oleh:

NOFRA SUNGGARA
NIM : 1214202199

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
FORT DE KOCK BUKITTINGGI
TAHUN 2016**

PERNYATAAN PERSETUJUAN

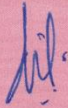
Judul Skripsi : Analisis Proses Psikologis Pada ODHA Dikota
Bukittinggi Tahun 2016
Nama : Nofra Sunggara
NIM : 1214202199

Skripsi ini telah disetujui dan diseminarkan dihadapan Tim Penguji STIKes Fort
De Kock Bukittinggi pada tanggal 27 Februari 2016

Bukittinggi, 27 Februari 2016

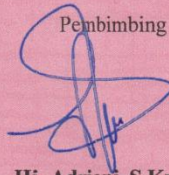
Komisi Pembimbing

Pembimbing I



Ns. Yelmi Reni Putri, S.Kep, M.A.N

Pembimbing II



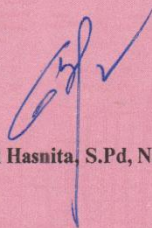
Hj. Adriani, S.Kp, M.Kes

PENGESAHAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN

FORT DE KOCK BUKITTINGGI

KETUA

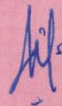


Dr. Hj. Evi Hasnita, S.Pd, Ns, M.Kes

**PANITIA SEMINAR SKRIPSI
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
FORT DE KOCK BUKITTINGGI**

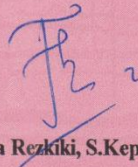
Bukittinggi, 27 Februari 2016

Moderator



Ns. Yelmi Reni Putri, S.Kep, M.A.N

Tim Penguji :
Penguji I



Ns. Fitrianola Rezkiki, S.Kep, M.Kep

Penguji II



Ns. Wiwit Febrina, S.Kep, M.Kep

**FORT DE KOCK HEALTH SCIENCE COLLEGE
NURSING SCIENCE PROGRAM
Research, February 2016**

NOFRA SUNGGARA

Analyze of Psychology Impact to the ODHA in Bukittinggi year 2016

VII Chapters, 68 Pages, 1 Table ,6 Schemes,7 Attachments

ABSTRACT

The term psychology in epistemology comes from the greek, that are psyche and logos. Psyche it means lives and logos it means the science. Thus, literally psychology is the science people or with the other definitions of science that studies symptoms psychiatric. The human immunodeficiency virus (HIV is the virus that attacked or infect white blood cells resulted in a decreased human immune and become the cause of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS).

This research in a qualitative aimed at to analyze processing psychological in living by adopting descriptive phenomenology .As many as 12 participants participate recounting their experiences . In-depth interviews and observation was used, to collect data .Data analyzed uses the method cresswell.

This research identified two the theme which are (1) response negative psychology, and (2) psychological positive response. The result of research got that the average participants subjected to the process of psychology that negative at the beginning of revenue himself as living, with a support of the family response psychological changed at psychology a positive and can accepts their self as living

The research can be concluded that participants experienced negative response to know that their suffered HIV/AIDS .Through the passing of time participants can began to receive its status of the living because of support from the people of the , husband , wife, and also the son .

Key words : pshychologi process, HIV/AIDS, ODHA

Reading list : 21 (2002-2015)

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN FORT DE KOCK
BUKITTINGGI
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
Skripsi, Februari 2016**

NOFRA SUNGGARA

Analisis proses psikologis pada ODHA di kota bukittinggi tahun 2016

VII Bab, 68 Halaman, 1 Tabel, 6 Skema, 7 Lampiran

ABSTRAK

Istilah “*psikologi*” secara epistemologi berasal dari bahasa Yunani, yaitu kata *psyche* dan *logos*. *psyche* artinya jiwa dan *logos* artinya ilmu. Dengan demikian, secara harfiah psikologi adalah ilmu jiwa atau dengan pengertian lain ilmu yang mempelajari gejala-gejala kejiwaan. *Human Immunodeficiency Virus (HIV)* adalah virus yang menyerang atau menginfeksi sel darah putih yang mengakibatkan menurunnya kekebalan tubuh manusia dan menjadi penyebab terjadinya *Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)*.

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif yang bertujuan untuk menganalisa proses psikologis pada ODHA dengan menggunakan pendekatan deskriptif fenomenologi. Sebanyak 12 partisipan berpartisipasi menceritakan pengalamannya. Metode wawancara mendalam dan observasi merupakan alat bantu pengumpulan data. Data dianalisis menggunakan metode Creswell.

Penelitian ini mengidentifikasi dua tema yaitu (1) respon psikologi negatif, dan (2) respon psikologis positif. Hasil dari penelitian didapatkan bahwa rata-rata partisipan mengalami proses psikologi yang negatif pada awal penerimaan dirinya sebagai ODHA, dengan adanya dukungan dari keluarga respon psikologis mengalami perubahan kearah psikologi yang positif dan bisa menerima dirinya sebagai ODHA.

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa partisipan mengalami respon yang negatif ketika mengetahui bahwa dirinya terdeteksi HIV/AIDS. Seiring berjalannya waktu partisipan mulai bisa menerima statusnya sebagai ODHA karena adanya dukungan dari pihak keluarga, suami, istri, dan juga anak.

Kata Kunci : *Proses Psikologis, HIV/AIDS, ODHA*

Daftar Bacaan : 21 (2002-2015)

KATA PENGANTAR



Puji syukur kita ucapkan kepada Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada peneliti sehingga dapat menyelesaikan Skripsi yang berjudul “**Analisis Proses Psikologis Pada ODHA Di Kota Bukittinggi Tahun 2016**” dengan baik dan tepat waktu.

Skripsi ini diajukan untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Fort De Kock Bukittinggi. Terima kasih penulis ucapkan kepada orang tua dan keluarga penulis yang telah banyak memberikan dorongan baik moril maupun materil serta kepada Ibu Ns. Yelmi Reni Putri, S.Kep, MAN sebagai pembimbing I dan kepada Ibu Hj. Adriani, S.Kp, M.Kes sebagai pembimbing II yang telah banyak memberikan pengarahan, masukan dan bimbingan sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Maka pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ibu Dr. Hj. Evi Hasnita, S.Pd, Ns, M.Kes, selaku Ketua STIKes Fort De Kock Bukittinggi yang telah memberikan fasilitas dan sarana kepada penulis selama perkuliahan.
2. Ibu Hj. Adriani, S.Kp, M.Kes sebagai Ketua Prodi Keperawatan STIKes Fort De Kock Bukittinggi yang telah memfasilitasi peneliti dan memberikan dukungan moril kepada penulis.
3. Ibu Ns. Fitrianola Rezkiki, S.Kep, M.Kep sebagai penguji I yang telah memberikan ilmu dan wawasan kepada saya.

4. Ibu Ns. Wiwit Febrina, S.Kep, M.Kep sebagai penguji II yang telah memberikan ilmu dan wawasan kepada saya.
5. Pimpinan serta semua petugas yang berada di (KPA) Komisi penanggulangan HIV/AIDS Di Kota Bukittinggi yang telah mengizinkan saya untuk melakukan penelitian tentang Analisis proses Psikologis Pada ODHA Di Kota Bukittinggi tahun 2016. Peneliti menyadari bahwa dalam pembuatan skripsi ini masih terdapat kekurangan baik isi maupun kalimatnya oleh karena itu kritik dan saran yang bersifat membangun sangat diperlukan demi kesempurnaan skripsi ini.
6. Staf Dosen STIKes Fort De Kock Bukittinggi yang telah memberikan ilmu dan bimbingannya selama perkuliahan.
7. Sembah sujud penulis kepada kedua orang tua yang telah memberikan do'a restunya kepada penulis secara moril, material dan spiritual serta kasih sayang darinya sehingga dapat menyelesaikan skripsi ini.
8. Semua teman sejawat dan semua pihak yang telah mendukung dan membantu baik secara langsung maupun tidak langsung dalam proses penyusunan skripsi ini.

Peneliti menyadari bahwa dalam pembuatan skripsi ini masih terdapat kekurangan baik isi maupun kalimatnya oleh karena itu kritik dan saran yang bersifat membangun sangat diperlukan demi kesempurnaan skripsi ini.

Bukittinggi, Februari 2016

Peneliti

DAFTAR ISI

	Halaman
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR LAMPIRAN	v
DAFTAR GAMBAR.....	vi
 BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	5
D. Manfaat Penelitian	6
E. Ruang Lingkup Penelitian.....	7
 BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Defenisi psikologi	8
B. Efek stressor terhadap imunitas	8
C. Respon psikologi (<i>penerima diri</i>) terhadap penyakit	9
a. Peningkaran/menolak (denial).....	9
b. Kemarahan (anger).....	9
c. Sikap tawar menawar.....	9
d. Depresi (depresion).....	10
e. Menerima (acceptance).....	10
D. Respon adaptif spiritual.....	10
E. Respon adaptif sosial.....	11
F. Tinjauan teori HIV/AIDS.....	11
1. Pengertian AIDS	12
2. Sejarah HIV/AIDS	12
3. Pathogenesis HIV/AIDS	14
4. Etiologi HIV/AIDS	15
5. Penularan penyakit HIV	17
6. System tahapan infeksi.....	22
7. Siklus hidup HIV	23
8. Perjalananpenyakit	24
9. Manifestasi klinis	26
10. tinjauan umum tentang upaya pencegahan HIV/AIDS...	29
11. Kerangka pikir.....	35

BAB III METODE PENELITIAN

A.	Desain Penelitian	36
B.	Tempat dan Waktu Penelitian.....	36
C.	Populasi dan Informan.....	36
D.	Kriteria Informan	36
E.	Teknik Pengumpulan Data.....	37
F.	Analisa Data Kualitatif.....	38
G.	Keabsahan Atau Validitas Data.....	39
H.	Prinsip-Prinsip Etik Penelitian Kualitatif.....	40
	a. Menghargai harkat dan martabat partisipan.....	40
	b. Memperhatikan kesejahteraan partisipan.....	40
	c. Keadilan (justice) untuk semua partisipan.....	40
	d. Persetujuan setelah penjelasan (informed consent).....	41
I.	Alur Penelitian	42

BAB IV HASIL PENELITIAN

A.	Gambaran Karakteristik Partisipan.....	43
B.	Hasil Wawancara Mendalam/ Analisis Tema.....	45
	1. Perilaku Pengingkaran.....	47
	2. Kemarahan	50
	3. Sikap tawar menawar.....	54

BAB V PEMBAHASAN

A.	Interpretasi Hasil Penelitian.....	60
	1. Pengingkaran.....	60
	2. Kemarahan.....	63
	3. Tawar menawar.....	64
	4. Penerimaan	66

BAB VI PENUTUP

A.	Kesimpulan.....	67
B.	Saran.....	67

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran

1. PermohonanMenjadiResponden
2. Pernyataan Persetujuan Menjadi Responden
3. Pedoman Wawancara
4. Alur Penelitian
5. Lembar Konsultasi

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Kerangka Teori.....	35
Gambar 3.1	Kerangka Konsep.....	36

DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema 4.1 Analisa tema pengingkaran.....	46
Skema 4.2 Analisa tema kemarahan.....	49
Skema 4.3 Analisa tema sikap tawar menawar.....	53
Skema 4.4 Analisa tema menerima.....	56

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Masalah HIV/AIDS (*Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome*) dapat mengancam seluruh lapisan masyarakat dari berbagai kelas ekonomi, usia maupun jenis kelamin. Situasi yang dihadapi penderita HIV/AIDS sangat kompleks, selain harus menghadapi penyakitnya sendiri, mereka juga menghadapi stigma dan diskriminasi, sehingga mengalami masalah pada fisik, psikis, dan sosial yang memerlukan intervensi komprehensif meliputi medikamentosa, nutrisi, dukungan sosial maupun psikoterapi/konseling (Effendy 2008). Stigma dan diskriminasi pada ODHA (Orang Dengan HIV/AIDS) dapat terjadi di mana saja dan kapan saja, hal ini terutama dikarenakan stigma negatif yang dilekatkan pada ODHA, misalnya sampah masyarakat, pengguna narkoba, dan pelanggan lokalisasi (Dona 2014,p.1:Weber2008).

Bentuk lain dari stigma berkembang melalui internalisasi oleh ODHA dengan persepsi negatif tentang diri mereka sendiri. Stigma dan diskriminasi yang dihubungkan dengan penyakit menimbulkan efek psikologi yang berat tentang bagaimana ODHA melihat diri mereka sendiri, hal ini bisa mendorong terjadinya depresi, kurangnya penghargaan diri dan keputusan, sesuai dengan hasil penelitian Wagner et al. (2010) bahwa kondisi psikologis yang berat dihubungkan dengan adanya stigma terhadap penyakit HIV. Stigma dan diskriminasi ini seringkali menyebabkan menurunnya semangat

hidup ODHA yang kemudian membawa efek dominan menurunnya kualitas hidup ODHA.

Dengan demikian menjadi ODHA merupakan suatu yang berat dalam hidup, dimana permasalahan yang kompleks selalu dihadapi setiap hari, bukan hanya berurusan dengan kondisi penyakit, tetapi kondisi penyakit yang disertai dengan stigma sosial yang sangat diskriminatif. Seseorang akan merasa bahwa dirinya tidak berguna, tidak ada harapan, takut, sedih, marah dan muncul perasaan lainnya. Bagi orang yang dinyatakan positif HIV pasti akan mengalami atau menghadapi isu-isu kompleks seperti permasalahan bio, psiko, sosial, dan spiritual.

Terdapat sekitar 260.000 orang yang baru terinfeksi HIV dan 300.000 kematian yang berhubungan dengan HIV pada tahun 2007. Lima negara – India, Thailand, Myanmar, Indonesia dan Nepal – merupakan mayoritas dari beban regional ini. Kasus HIV tertinggi terjadi di antara para pekerja seks dan klien mereka, lelaki yang berhubungan dengan sesama jenis, dan para pengguna jarum suntik narkoba. (PBB 2012).

Walaupun secara keseluruhan prevalensi HIV di antara orang dewasa di Asia Tenggara 0,35% pada tahun 2007 telah sedikit berubah selama lima tahun terakhir, ada variasi penting terkait dengan negara. Di Indonesia dan Bangladesh, contohnya, epidemic meningkat dengan cepat, sedangkan di India, Myanmar, Nepal, Thailand dan Sri Lanka, epidemik HIV telah menurun atau stabil. Negara-negara lainnya memiliki tingkat epidemi yang rendah. Bahkan di negara-negara ini, kerentanan dan resiko, juga tingkat

infeksi menular seksual (IMS) lainnya yang tinggi, menimbulkan kondisi yang menguntungkan bagi penyebaran virus. (PBB 2012).

United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) pada tahun 2013 melaporkan bahwa secara global hingga tahun 2012 tercatat sekitar 35,3 juta orang di dunia menderita HIV, yang terdiri dari 32,1 juta kasus orang dewasa, 17,7 juta wanita, dan sebanyak 3,3 juta kasus kelompok anak-anak yang berusia <15 tahun. Sementara itu untuk kasus yang hanya terjadi pada tahun 2012 saja, terdapat sekitar 2,3 juta orang yang terdiri dari 2,0 juta kasus orang dewasa, dan 260.000 kasus kelompok anak-anak berusia <15 tahun. Data UNAIDS tersebut juga menunjukkan bahwa tercatat kejadian kematian akibat AIDS sebanyak 1,6 juta orang yang terdiri dari sekitar 1,4 juta kasus orang dewasa, dan 210.000 kasus anak usia <15 tahun sepanjang tahun 2012.

Angka kejadian HIV/AIDS di Asia Selatan dan Asia Tenggara menurut UNAIDS (2013) menunjukkan bahwa terdapat sebanyak 3,9 juta penduduk yang menderita HIV sampai dengan tahun 2012, dan 270.000 penduduk yang baru menderita HIV pada tahun 2012. Angka kejadian HIV/AIDS di Asia Bagian Selatan dan Asia Tenggara ini menempati urutan ketiga tertinggi setelah negara bagian Sub Sahara Afrika dan Afrika Utara (UNAIDS 2013).

Dari bulan Juli sampai dengan September 2014 jumlah AIDS yang dilaporkan baru sebanyak 176 orang. Persentase AIDS tertinggi pada kelompok umur 30-39 tahun (42%), diikuti kelompok umur 20-29 tahun (36,9%) dan kelompok umur 40-49 tahun (13,1%). Rasio AIDS antara laki-laki dan perempuan adalah 2:1. Persentase faktor risiko AIDS tertinggi adalah

hubungan seks berisiko pada heteroseksual (67%), LSL (Lelaki Seks Lelaki) (6%), penggunaan jarum suntik tidak steril pada penasun (6%), dan dari ibu positif HIV ke anak (4%).(Dirjen PP&PL Kemenkes RI 2014).

Dari rekap data kasus HIV/AIDS Kota Bukittinggi yang didapat dari KPA (Komisi Penanggulangan HIV/AIDS), didapatkan data dari Januari-Oktober tahun 2015 terdapat 341 orang dengan HIV/AIDS. yang terdiri dari IDU sebanyak 107 orang, WPS sebanyak 8 orang, LBT sebanyak 44 orang, LSL sebanyak 66 orang, WARIA sebanyak 5 orang dan pasangan RISTI sebanyak 111 orang. Adapun status dengan penderita HIV sebanyak 94 orang dan penderita AIDS sebanyak 247 orang. Dengan jenis kelamin laki-laki 204 orang dan perempuan 137 orang. Tercatat dari bulan Januari-Oktober 2015 sebanyak 8 orang meninggal dunia. Sedangkan penderita HIV/AIDS yang berasal dari Kota Bukittinggi itu sendiri sebanyak 6 orang.

Mengidap HIV/AIDS di Indonesia masih dianggap aib, sehingga dapat menyebabkan tekanan psikologis terutama pada penderitanya maupun pada keluarga dan lingkungan disekeliling penderita (*Nursalam & Kurniawati 2007*).Lubis (2009), mengemukakan suatu studi telah menyimpulkan bahwa pasien yang menderita suatu penyakit dengan kondisi akut sebagian besar akan menunjukkan adanya gangguan psikologis diantaranya depresi. Seperti yang dikemukakan oleh Sarafino (1998) suatu penyakit dan akibat yang diderita, baik akibat penyakit ataupun intervensi medis tertentu dapat menimbulkan perasaan negatif seperti kecemasan, depresi, marah, ataupun rasa tidak berdaya dan perasaan-perasaan negatif tertentu yang dialami terus-

menerus ternyata dapat memperbesar kecenderungan seseorang terhadap suatu penyakit tertentu.

Penulis, melalui kegiatan pertemuan di KPA (Komisi Penanggulangan HIV/AIDS) Kota Bukittinggi. Pada beberapa kesempatan tersebut, penulis tidak bisa membedakan antara ODHA dengan yang bukan ODHA. Sebab, secara fisik dan pola interaksi, para ODHA sama dengan kebanyakan orang yang tidak terinfeksi HIV. Hal ini membuat penulis ingin mengetahui cara mereka menghadapi masalah akibat terinfeksi HIV sehingga seolah-olah seperti tidak ada masalah, terutama dari aspek psikologisnya.

Sedangkan dikesempatan lain penulis dalam rangka melakukan study awal juga menemukan ODHA yang pada saat itu pasien tidak bisa menerima bahwasanya pasien dinyatakan positif terkena HIV, sehingga membuat pasien tersebut mengalami Depresi yang sangat berat sehingga ingin melakukan percobaan bunuh diri.

Dari permasalahan di atas, membuat peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang analisa proses psikologis pada ODHA di kota Bukittinggi tahun 2016.

B. Rumusan Masalah

Dari latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah Proses Psikologis Pada ODHA di Kota Bukittinggi Tahun 2016.

C. Tujuan Penelitian

Untuk mengetahui Proses psikologis pada ODHA di Kota Bukittinggi tahun 2016.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Untuk mengembangkan ilmu pengetahuan, membuat pengamatan yang lebih cermat dan tajam tentang riset keperawatan khususnya tentang Analisis Proses Psikologis Pada ODHA di Kota Bukittinggi Tahun 2016.

2. Bagi masyarakat

Masyarakat lebih dapat menerima keberadaan ODHA di lingkungan sosial dan mengurangi deskriminasi terhadap ODHA.

3. Bagi petugas kesehatan

- a. Membantu pemberian informasi tentang distribusi penderita HIV/AIDS.
- b. Membantu pemberian informasi tentang analisis Proses psikologis pada ODHA.
- c. Sebagai bahan masukan dan acuan dalam meningkatkan kesejahteraan pasien dengan HIV/AIDS.

E. Ruang Lingkup

Ruang lingkup penelitian ini adalah untuk mengetahui analisis proses psikologis pada ODHA di Kota Bukittinggi tahun 2016. Penelitian ini telah dilaksanakan pada bulan Januari 2016 dengan menggunakan data primer berupa wawancara mendalam dengan penderita HIV/AIDS yang ada di kota bukittinggi. peneliti tertarik meneliti ini karena di bukittinggi sendiri telah banyak yang terkena HIV/AIDS tersebut, dengan adanya penelitian ini diharapkan bisa mengungkap proses psikologis penderita HIV/AIDS tersebut. Adapun populasi dalam penelitian ini adalah seluruh orang yang terkena

HIV/AIDS dari bulan Januari sampai Oktober 2015 di kota Bukittinggi sebanyak 341 orang, sampel yang di gunakan yaitu sebanyak 12 orang.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Defenisi Psikologi

Istiah “*psikologi*” secara epistemologi berasal dari bahasa Yunani, yaitu kata *psyche* dan *logos*. *psyche* artinya jiwa dan *logos* artinya ilmu. Dengan demikian, secara harfiah psikologi adalah ilmu jiwa atau dengan pengertian lain ilmu yang mempelajari gejala-gejala kejiwaan. Dewasa ini ilmu psikologis semakin berkembang kebidang-bidang khusus. Disamping psikologi umum dewasa ini banyak bermunculan psikologi khusus seperti psikologi kriminal, psikologi anak, psikologi LANSIA, psikologi manajemen, psikologi keperawatan, sosial, olahraga, pendidikan dan psikologi wanita (Saam Zulfan,dkk 2013).

B. Efek stressor terhadap imunitas

Pertama kali, efek stressor terhadap imunitas telah dibuktikan oleh Ader dan Friedman pada tahun 1964 (putra,2004). Penelitian tersebut membuka jendela antara psikologi perkembangan dan respons system imun terhadap stressor (biondi,2001). Seperti telah dijelaskan sebelumnya, stressor adalah stimulus yang menimbulkan stress, dan ekshuasi (kelelahan). Jadi, stressor merupakan stimulus yang menyebabkan aktivasi, resisten (adaptansi) dan ekshuasi. Sinyal stress dirambatkan mulai dari sel otak (hipotalamus dan pituitari), sel di adrenal, (korteks dan medula), yang akhirnya di sampaikan ke sel imun. Tingkat stress yang terjadi pada jenis dan

subset sel imun akan menentukan kualitas modulasi imunitas baik alami maupun adaptif.

C. Respon psikologi (*penerimaan diri*) terhadap penyakit.

a. Peningkaran/menolak (*denial*)

Pada tahap pertama, pasien menunjukkan karakteristik perilaku peningkaran, mereka gagal memahami dan mengalami makna rasional dan dampak emosional dari diagnosis. Peningkaran ini dapat disebabkan karena ketidaktahuan pasien terhadap sakitnya atau sudah mengetahuinya dan mengancam dirinya. Peningkaran ini dapat dinilai dari ucapan pasien “saya disini istirahat”.

b. Kemarahan (*anger*)

Menurut hudak dan gallo, Apabila peningkaran tidak dapat dipertahankan lagi, maka fase pertama berubah menjadi kemarahan. Perilaku pasien secara karakteristik di hubungkan dengan marah dan bersalah. Pasien akan mengalihkan kemarahan pada segala sesuatu yang ada disekitarnya. Biasanya kemarahan di arahkan pada dirinya sendiri dan kemudian timbul penyesalan. Yang menjadi sasaran utama atas kemarahan adalah tenaga kesehatan. Semua tindakan tenaga kesehatan menjadi serba salah.

c. Sikap tawar menawar (*bargaining*)

Setelah fase anger berlalu, pasien akan berfikir dan merasakan bahwa prosesnya tidak berarti. Pasien mulai timbul rasa bersalah dan mulai membina hubungan dengan tubuh, pasien berdoa meminta dan berjanji pada tuhan tindakan ini merupakan ciri yang jelas, yaitu pasien

menyanggupi akan menjadi lebih baik bila jika dia dapat sembuh (Achir Yani, 1999).

d. Depresi (*depression*)

Selama fase ini passion sedih/berkembang mengesampingkan rasa marah dan sikap pertahanannya, serta mulai mengatasi kehilangan secara konstruktif. Pasien mencoba perilaku baru yang konsisten dengan keterbatasan baru. Tingkat kesedihan adalah kesedihan, tidak berdaya, tidak ada harapan, bersalah, penyesalan yang dalam, kesepian, dan waktu untuk menangis berguna pada saat ini. Perilaku fase ini termasuk di dalamnya adalah ketakutan akan masa depan, bertanya peran baru dalam keluarga intensitas depresi tergantung pada makna dan beratnya penyakit (Netty, 1999).

e. Menerima (*acceptance*)

Seiring dengan berlalunya waktu pasien mulai dapat beradaptasi, kepedihan yang menyakitkan berkurang, dan bergerak menuju identifikasi sebagai seseorang yang memiliki keterbatasan karena penyakitnya dan sebagai seseorang yang cacat. Pasien mampu bergantung pada orang lain jika perlu dan tidak membutuhkan dorongan melebihi daya tahannya atau terlalu memaksakan keterbatasan atau ketidakadekuatan (Hudak dan Gallo, 1996).

D. Respons Adaptif Spiritual

Respons adaptif spiritual dikembangkan dari konsep Ronaldson (2000) Nauman dan Nipan (2003). Respons adaptif spiritual, meliputi:

1. Harapan yang realistis.

2. Tabah dan sabar.
3. Pandai mengambil hikmah.

E. Respon adaptif sosial

Aspek psikososial menurut Stewart (1997) di bedakan menjadi 3 hal, yaitu:

2. Stigma sosial dapat mempeparah depresi dn pandangan yang negative tentang harga diri paien
3. Diskriminasi terhadap orang yang terinfeksi HIV, minsalnya penolakan bekerja dan hidup serumah juga akan berpengaruh terhadap kondisi kesehatan. Bagi pasien homoseksual, penggunaan obat-obat narkotika akan berakibat terhadap kurangnya dukungan sosial, hal ini akan mempeparah stres pasien.
4. Terjadinya waktu yang lama terhadap respon psikologis mulai penolakan, marah-marah, tawar-menawar, dan depresi, berakibat terhadap keterlambatan upaya pencegahan dan pengobatan. Pasien akhirnya mengkonsumsi obat-obat terlarang untuk menghilangkan stress yang dialami.

Reson adaptif sosial dikembangkan peneliti berdasarkan konsep diri Pearl Aneshense (1986) meliputi 3 hal, yakni:

- a. Emosi.
- b. Cemas.
- c. Interaksi sosial.

F. Tinjauan teori HIV/AIDS

1. Pengertian AIDS

AIDS (*Immune Deficiency Syndrome*) adalah suatu penyakit retrovirus oportunistik, neoplasma sekunder dan kelainan neurologik. AIDS merupakan stadium akhir dari suatu kelaianan imunologi dan klinis kontinum yang dikenal sebagai spektrum infeksi HIV (Sylvia & Wilson, 2005).

Di Indonesia sudah merupakan ancaman dan dalam 10 tahun terakhir merupakan *the emerging infectious disease*. Virus HIV menular ke orang lain terutama melalui: hubungan seksual dengan orang yang terinfeksi, penggunaan obat-obat narkotika dengan jarum suntik yang sudah terinfeksi secara bergantian, penularan dari ibu kepada anaknya masa perinatal baik selama kehamilan, melahirkan maupun menyusui atau dapat juga menular lewat donor darah yang terinfeksi (CDC, 2003).

Diagnosis infeksi HIV/AIDS ditegakkan melalui pemeriksaan laboratorium dengan petunjuk gejala klinis atau adanya perilaku beresiko tinggi. Untuk diagnosis HIV, yang lazim dipakai adalah ELISA, *Western blot* dan PCR. Penderita infeksi HIV dinyatakan AIDS bila dalam perkembangan infeksi HIV selanjutnya menunjukkan infeksi dan kanker oportunistik yang mengancam jiwa penderita dengan hitungan jumlah CD4 < 200/mm³ (Setyono J 2004).

2. Sejarah HIV/AIDS

Kasus pertama AIDS di dunia dilaporkan pada tahun 1981. Meskipun demikian, dari beberapa literatur sebelumnya ditemukan kasus

yang cocok dengan definisi surveilans AIDS pada tahun 1950 dan 1960-an di Amerika Serikat. Sampel potongan jaringan beku dan serum dari seorang pria berusia 15 tahun di St. Louis, AS, yang dirawat dan meninggal dunia akibat sarkoma kaposi diseminata dan agresif pada 1968, menunjukkan antibodi HIV positif dengan western blot dan antigen HIV positif dengan ELISA. Pasien ini tidak pernah pergi keluar negeri sebelumnya, sehingga diduga penularan berasal dari orang lain yang juga tinggal di AS pada tahun 1960-an atau lebih awal.

Virus penyebab AIDS diidentifikasi oleh Luc Montagnier pada tahun 1983 yang pada waktu itu diberi nama LAV (lymphadenopathy virus) sedangkan Robert Gallo menemukan virus penyebab AIDS pada tahun 1984 yang saat itu dinamakan HTLV-III. Sedangkan tes untuk memeriksa antibodi terhadap HIV dengan cara Elisa baru tersedia pada tahun 1985.

Istilah pasien AIDS tidak dianjurkan dan istilah Odha (orang dengan HIV/AIDS) lebih dianjurkan agar pasien AIDS diperlakukan lebih manusiawi, sebagai subjek dan tidak dianggap sebagai sekedar objek sebagai pasien.

Kasus pertama AIDS di Indonesia dilaporkan secara resmi oleh Departemen Kesehatan tahun 1987 yaitu pada seorang warga negara Belanda di Bali. Sebenarnya sebelum itu telah ditemukan kasus pada bulan Desember 1985 yang secara klinis sangat sesuai dengan diagnosis AIDS dan hasil tes Elisa tiga kali diulang, menyatakan positifnya hasil Western Blot, yang saat itu dilakukan di Amerika Serikat hasilnya negatif sehingga

tidak dilaporkan sebagai kasus AIDS. Kasus kedua infeksi HIV ditemukan pada bulan maret 1986 di RS Cipto Mangunkusumo, pada pasien hemofilia dan termasuk jenis non-progressor artinya kondisi kesehatan dan kekebalannya cukup baik selama beberapa tahun tanpa pengobatan, dan sudah dikonfirmasi dengan Western Blot serta masih berobat jalan di RSUPN Cipto Mangunkusumo pada tahun 2002.

3. Patogenesis HIV/AIDS

Perjalanan khas infeksi HIV yang tidak diobati, berjangka waktu 10 tahun. Tahap-tahapnya meliputi infeksi primer, penyebaran virus ke organ limfoid, latensi klinis, peningkatan ekspresi HIV, penyakit klinis, dan kematian. Setelah infeksi primer, terdapat 4-11 hari masa antara infeksi mukosa dan viremia permulaan, viremia dapat terdeteksi selama sekitar 8-12 minggu. Virus tersebar luas ke seluruh tubuh selama masa ini, dan menjangkiti organ limfoid. Respon imun terhadap HIV terjadi 1-3 bulan setelah infeksi, viremia menurun, dan level sel CD4 kembali meningkat. Tetapi, respon imun tidak mampu menyingkirkan infeksi secara sempurna, dan sel-sel yang terinfeksi HIV menetap dalam limfonodi. Masa klinis bisa berlangsung selama 10 tahun. Selama masa ini, terjadi banyak replikasi virus.

Waktu virus dalam plasma sekitar 6 jam, dan siklus hidup virus (dari saat infeksi sel ke saat produksi keturunan baru yang menginfeksi sel berikutnya) rata-rata 2,6 hari. Limfosit TCD4+, target utama yang bertanggung jawab pada produksi virus tampaknya mempunyai angka pembalikan yang sama tinggi. Akhirnya, pasien akan menderita gejala-

gejala konstitusional dan penyakit klinis yang nyata, seperti infeksi oportunistik atau neoplasma (Setiati, Siti, dkk 2014)

Dalam tubuh ODHA, partikel virus akan bergabung dengan DNA sel pasien, sehingga orang yang terinfeksi HIV seumur hidup akan tetap terinfeksi. Sebagian pasien memperlihatkan gejala tidak khas seperti demam, nyeri menelan, pembengkakan kelenjar getah bening, ruam, diare, atau batuk pada 3-6 minggu setelah infeksi (Sudoyo dalam Nursalam 2007: 45).

Seiring dengan makin memburuknya kekebalan tubuh, ODHA mulai menampakkan gejala akibat infeksi oportunistik (penurunan berat badan, demam lama, pembesaran kelenjar getah bening, diare, tuberkulosis, infeksi jamur, herpes dan lain-lain (Sudoyo dalam Nursalam 2007: 45).

4. Etiologi HIV/AIDS

a. Konsep Virus

Virus adalah suatu mikroorganisme terkecil yang dapat melewati saringan kuman yang memiliki sifat : Mengubah asam ribonukleat (RNA) menjadi asam deoksiribonukleat (DNA).

1. Struktur genomic, virus-virus memiliki perbedaan bahwa protein HIV-1, Vpu yang membantu pelepasan virus, tampaknya diganti oleh protein Vpx pada HIV2. Berbentuk sferis yang terdiri atas capsid yang terselimuti dengan envelope yang berupa komponen membran yang berasal dari sel Host.

2. Capsid berbentuk pelusru yang terbentuk dari protein p24 dari gen gag, capsid berisi dari dua duplikat atas RNA yang merupakan genom virus.
3. RNA virus yang terdapat dalam capsid terdapat protein nukleocapsid p7 dan p9.
4. Didalam capsid terdapat enzim reverse transcritase Integrase protease.
5. Capsid ini akan dibungkus oleh membran lipid Host yang di dapatkan dari budding dari sel yang terinfeksi, sehingga terdapat protein permukaan sel Host pada membran HIV.
6. Dibawah membran yang membungkus capsid terdapat matriks yang tersusun oleh protein p17 gag outer care. Protein tersebut pada envelope virus mengalami glikosilasi kuat berupa penambahan kompleks rantai samping karbohidrat oleh enzim seluler selama melewati retikulum endoplasma dan appratus golgi.
7. Kegunaan dari rantai samping karbohidrat untuk evasi dari respon antibody host. (Agung Dwi Wahyu Widodo, Maria Inge Lusia, 2007)

HIV yang terdahulu disebut virus limpotrifik sel T manusia tipe III (HTL-, V-III) atau virus Limfadenopati (LAV), adalah suatu retrovirus manusia sitopatik dari famili lentivirus. Retrovirus mengubah RNA menjadi DNA setelah masuk ke sel penjamu.HIV-I dan HIV -2 adalah lentivirus sitopatik dengan HIV-1 menjadi penyebab utama AIDS di seluruh dunia (Dona 2015,p.16:Sylvia & Wilson 2005).

b. Anatomi Virus

1. Reverse transcriptase
2. Protein luar gp41
3. Protein luar gp120
4. Protein kapsul p24
5. Selaput lipid
6. Protein matrik p17
7. RNA

5. Penularan Penyakit HIV

HIV hanya dapat hidup di dalam tubuh manusia yang hidup dan hanya bertahan beberapa jam saja di luar tubuh.

HIV tidak dapat menular melalui air ludah, air mata, muntahan, kotoran manusia dan air kencing, walaupun jumlah virus yang sangat kecil terdapat di cairan ini. HIV tidak ditemukan di keringat.

HIV tidak dapat menembus kulit yang utuh dan tidak menyebar melalui sentuhan dengan orang yang terinfeksi HIV, atau sesuatu yang dipakai oleh orang terinfeksi HIV; saling penggunaan perabot makan atau minum; atau penggunaan toilet atau air mandi bergantian.

a. Penularan Melalui Hubungan Seksual

Hubungan seksual, baik secara vaginal, oral, maupun anal dengan seorang pengidap. Ini adalah cara yang paling umum terjadi, meliputi 80-90% dari total kasus sedunia. Penularan mudah terjadi apabila terdapat lesi penyalit kelamin dengan ulkus atau peradangan jaringan seperti herpes genetalis, sifilis, gonorea, klamidia, kankroid,

dan trikomoniasis. Risiko pada seks anal lebih besar dibandingkan seks vagina, dan risiko lebih besar pada reseptif daripada insertif (Soekidjo Notoatmodjo, 2007: 315).

Penularan (transmisi) HIV secara seksual terjadi ketika ada kontak antara sekresi cairan vagina atau cairan preseminal seseorang dengan rektum, alat kelamin, atau membran mukosa mulut pasangannya.

Hubungan seksual reseptif tanpa pelindung lebih berisiko daripada hubungan seksual insertif tanpa pelindung, dan risiko hubungan seks anal lebih besar daripada risiko hubungan seks biasa dan seks oral. Seks oral tidak berarti tak berisiko karena HIV dapat masuk melalui seks oral reseptif maupun insertif. Kekerasan seksual secara umum meningkatkan risiko penularan HIV karena pelindung umumnya tidak digunakan dan sering terjadi trauma fisik terhadap rongga vagina yang memudahkan transmisi HIV.

Hubungan seksual secara vagina, anal, dan oral dengan penderita HIV tanpa perlindungan bisa menularkan HIV. Selama hubungan seksual berlangsung, air mani, cairan vagina, dan darah dapat mengenai selaput lendir vagina, penis, dubur, atau mulut sehingga HIV yang terdapat dalam cairan tersebut masuk ke aliran darah (PELKESI 1995).

Selama berhubungan juga bisa terjadi lesi mikro pada dinding vagina, dubur, dan mulut yang bisa menjadi jalan HIV untuk masuk ke aliran darah pasangan seksual (Syaiful, 2000).

b. Kontak Langsung dengan Darah, Produk Darah, atau Jarum Suntik

Transfusi darah atau produk darah yang tercemar mempunyai risiko sampai >90%, ditemukan 3-5% total kasus sedunia. Pemakaian jarum suntik tidak steril atau pemakaian bersama jarum suntik dan spuitnya pada pecandu narkotik berisiko 0,5-1%, ditemukan 5-10% total kasus sedunia. Penularan melalui kecelakaan tertusuk jarum pada petugas kesehatan mempunyai risiko 0,5%, dan mencakup <0,1% total kasus sedunia (Arif Mansjoer 1977: 163).

Alur penularan ini terutama berhubungan dengan pengguna obat suntik, penderita hemofilia, dan resipien transfusi darah dan produk darah. Berbagi dan menggunakan kembali jarum suntik (syringe) yang mengandung darah yang terkontaminasi oleh organisme biologis penyebab penyakit (patogen), tidak hanya merupakan risiko utama atas infeksi HIV, tetapi juga hepatitis B dan hepatitis C. Berbagi penggunaan jarum suntik merupakan penyebab sepertiga dari semua infeksi baru HIV dan 50% infeksi hepatitis C di Amerika Utara, Republik Rakyat Cina, dan Eropa Timur. Risiko terinfeksi dengan HIV dari satu tusukan dengan jarum yang digunakan orang yang terinfeksi HIV diduga sekitar 1 banding 150. Post-exposure prophylaxis dengan obat anti-HIV dapat lebih jauh mengurangi risiko itu.

Pekerja fasilitas kesehatan (perawat, pekerja laboratorium, dokter, dan lain-lain) juga dikhawatirkan walaupun lebih jarang. Jalur penularan ini dapat juga terjadi pada orang yang memberi dan menerima rajah dan tindik tubuh. Kewaspadaan universal sering kali

tidak dipatuhi baik di Afrika Sub Sahara maupun Asia karena sedikitnya sumber daya dan pelatihan yang tidak mencukupi. WHO memperkirakan 2,5% dari semua infeksi HIV di Afrika Sub Sahara ditransmisikan melalui suntikan pada fasilitas kesehatan yang tidak aman. Oleh sebab itu, Majelis Umum Perserikatan Bangsa-Bangsa, didukung oleh opini medis umum dalam masalah ini, mendorong negara-negara di dunia menerapkan kewaspadaan universal untuk mencegah penularan HIV melalui fasilitas kesehatan.

Resiko penularan HIV pada penerima transfusi darah sangat kecil di negara maju. Di negara maju, pemilihan donor bertambah baik dan pengamatan HIV dilakukan. Namun demikian, menurut WHO, mayoritas populasi dunia tidak memiliki akses terhadap darah yang aman dan “antara 5% dan 10% infeksi HIV dunia terjadi melalui transfusi darah yang terinfeksi”.

Jarum suntik yang digunakan di fasilitas kesehatan, maupun yang digunakan oleh para pengguna narkoba (*Injecting Drug User-IDU*) sangat berpotensi menularkan HIV. Selain jarum suntik, pada para pemakai IDU secara bersama – sama juga menggunakan tempat penyampur, pengaduk, dan gelas pengoplos obat, sehingga berpotensi tinggi untuk menularkan HIV (Nursalam, M.Nurs & Ninuk Dian Kurniawati 2006).

c. Penularan Lewat Air Susu Ibu (ASI)

Penularan ini dimungkinkan dari seorang ibu hamil yang HIV positif, dan melahirkan lewat vagina, kemudian menyusui bayinya

dengan ASI. Kemungkinan penularan dari ibu ke bayi (*mother-to-child transmission*) berkisar antara 30%, artinya dari setiap 10 kehamilan ibu HIV positif kemungkinan ada 3 bayi yang lahir dengan HIV positif (Komisi Penanggulangan AIDS, 2010).

Penularan HIV dari ibu juga bisa terjadi pada saat kehamilan (*in utero*).berdasarkan laporan CDC Amerika, prevalensi penularan HIV dari ibu ke bayi adalah 0,01 % sampai 0,7 %. Bila ibu baru terinfeksi HIV dan belum ad gejala AIDS, kemungkinan bayi terinfeksi sebanyak 20% sampai 35%, sedangkan kalau gejala AIDS sudah jelas pada ibu kemungkinan nya mencapai 50% (PELKESI, 1995).

Penularan juga terjadi selama proses persalinan melalui transfusi *fetomaternal* atau kontak antara kulit atau membran mukosa pada bayi dengan darah atau sekresi maternal saat melahirkan (Lily V, 2004).

Semakin lama proses persalinan akan semakin besar resiko penularan. Oleh karena itu, lama persalinan bisa di persingkat dengan operasi *secsio caesaria* (HIS dan STB, 2000).

d. Pemakaian Alat Kesehatan yang Tidak Steril

Alat pemeriksaan kandungan seperti spekulum, tenakulum, dan alat-alat lain yang menyentuh darah , cairan vagina atau air mani yang terinfeksi HIV, dan langsung digunakan untuk orang lain yang tidak terinfeksi bisa menularkan HIV (PELKESI, 1995).

e. Alat-alat untuk menoreh kulit

Alat tajam dan runcing seperi jarum, pisau, silet, menyunat seseorang, membuat tato, memotong ranmbut, dan sebagainya bisa

menularkan HIV sebab alat tersebut dipakai tanpa disterilkan terlebih dahulu (Nursalam, M.Nurs & Ninuk Dian Kurniawati, 2006).

HIV tidak menular melalui peralatan makan, pakaian, handuk, sapu tangan, hidup serumah dengan penderita HIV/AIDS, gigitan nyamuk dan hubungan sosial yang lain. (Nursalam, M.Nurs & Ninuk Dian Kurniawati, 2006).

6. Sistem Tahapan Infeksi

Pembagian Stadium :

a. Stadium pertama : HIV

Infeksi dimulai dengan masuknya HIV dan di ikuti terjadinya perubahan serologis ketika antibodi terhadap virus tersebut berubah dari negatif menjadi positif. Rentang waktu sejak HIV masuk kedalam tubuh sampai tes antibody terhadap HIV positif disebut *window period*. Lama *window period* antara satu sampai tiga bulan , bahkan ada yang dapat berlangsung sampai enam bulan.

b. Stadium kedua : Asimptomatik (tanpa gejala)

Asimptomatik berarti bahwa ddalam organ tubuh terdapat HIV tetapi tubuh tidak menunjukkan gejala-gejala. Keadaan ini dapat berlangsung rata-rata selama 5-10 tahun. Cairan tubuh HIV/AIDS yang tampak sehat ini sudah dapat menularkan HIV kepada orang lain.

c. Stadium ketiga : pembesaran kelenjar limfe secara menetap dan merata (*Persistent Generalized Lymphadenopathy*), tidak hanya muncul pada satu tempat saja , dan berlangsung lebih dari satu bulan.

d. Stadium keempat :AIDS

Keadaan ini disertai adanya bermacam-macam penyakit, antara lain penyakit konstitusional, penyakit syaraf, dan penyakit infeksi sekunder.(Nursalam, M.Nurs & Ninuk Dian Kurniawati, 2006).

Pada bulan September tahun 2005 World Health Organization (WHO) mengelompokkan tahapan infeksi dan kondisi AIDS untuk pasien dengan HIV-1 sebagai berikut :

2. Stadium I:infeksi HIV asimtomatik dan tidak dikategorikan sebagai AIDS
3. Stadium II: termasuk manifestasi membran mukosa kecil dan radang saluran pernafasan atas yang berulang
4. Stadium III: termasuk diare kronik yang tidak dapat dijelaskan selama lebih dari sebulan, infeksi bakteri parah, dan tuberkulosis.
5. Stadium IV: termasuk toksoplasmosis otak, kandidiasis esofagus, trakea, bronkus atau paru-paru, dan sarkoma kaposi. Semua penyakit ini adalah indikator AIDS.

7. Siklus Hidup HIV

Seperti virus lain pada umumnya, HIV hanya dapat bereplikasi dengan memanfaatkan sel inang. Siklus hidup HIV diawali dengan penempelan partikel virus (virion) dengan reseptor pada permukaan sel inang, di antaranya adalah CD4, CXCR5, dan CXCR5. Sel-sel yang menjadi target HIV adalah sel dendritik, sel T, dan makrofaga. Sel-sel tersebut terdapat pada permukaan lapisan kulit dalam (mukosa) penis, vagina, dan oral yang biasanya menjadi tempat awal infeksi HIV. Selain

itu, HIV juga dapat langsung masuk ke aliran darah dan masuk serta bereplikasi di noda limpa.

Setelah menempel, selubung virus akan melebur (fusi) dengan membran sel sehingga isi partikel virus akan terlepas di dalam sel. Selanjutnya, enzim transkriptase balik yang dimiliki HIV akan mengubah genom virus yang berupa RNA menjadi DNA. Kemudian, DNA virus akan dibawa ke inti sel manusia sehingga dapat menyisip atau terintegrasi dengan DNA manusia. DNA virus yang menyisip di DNA manusia disebut sebagai provirus dan dapat bertahan cukup lama di dalam sel. Saat sel teraktivasi, enzim-enzim tertentu yang dimiliki sel inang akan memproses provirus sama dengan DNA manusia, yaitu diubah menjadi RNA. Kemudian, RNA akan dibawa keluar dari inti sel dan menjadi cetakan untuk membuat protein dan enzim HIV. Sebagian RNA dari provirus yang merupakan genom RNA virus. Bagian genom RNA tersebut akan dirakit dengan protein dan enzim hingga menjadi virus utuh.

Pada tahap perakitan ini, enzim protease virus berperan penting untuk memotong protein panjang menjadi bagian pendek yang menyusun inti virus. Apabila HIV utuh telah matang, maka virus tersebut dapat keluar dari sel inang dan menginfeksi sel berikutnya. Proses pengeluaran virus tersebut melalui pertunasan (*budding*), di mana virus akan mendapatkan selubung dari membran permukaan sel inang.

8. Perjalanan Penyakit

Perjalanan klinis pasien dari tahap terinfeksi HIV samapai tahap AIDS, sejalan dengan penurunan derajat imunitas pasien, terutama

imunitas seluler dan menunjukkan gambaran penyakit yang kronis. penurunan imunitas biasanya diikuti adanya peningkatan risiko dan derajat keparahan infeksi oportunistik serta penyakit keganasan (Depkes RI, 2003).

Dalam tubuh ODHA, partikel virus akan bergabung dengan DNA sel pasien, sehingga orang yang terinfeksi HIV seumur hidup akan tetap terinfeksi. sebagian pasien memperlihatkan gejala tidak khas infeksi seperti demam, nyeri menelan, pembengkakan kelenjar getah bening, ruam, diare, atau batuk pada 3-6 minggu setelah infeksi, kondisi ini dikenal dengan infeksi primer (Sudoyo, 2006).

Infeksi primer berkaitan dengan periode waktu dimana HIV pertama kali masuk kedalam tubuh. Pada fase awal proses infeksi (imunokompeten) akan terjadi respon imun berupa peningkatan aktivasi imun, yaitu pada tingkat seluler, serum, atau humoral (Hoffmann, Rockstroh, Kamps, 2006).

Selama infeksi primer jumlah limfosit CD4⁺ dalam darah menurun dengan cepat. Target virus ini adalah limfosit CD4⁺ pada nodus limfa dan thymus selama waktu tersebut, yang membuat individu yang terinfeksi HIV akan mungkin terkena infeksi oportunistik dan membatasi kemampuan thymus untuk memproduksi limfosit T. Test antibody HIV menggunakan *enzym linked immunoabsorbent assay* (ELISA) yang akan menunjukkan hasil positif (Calles, N.R, 2000).

Seiring dengan makin memburuknya kekebalan tubuh, ODHA mulai menampilkan gejala akibat infeksi oportunistik (penurunan berat

badan, demam lama, pembesaran kelenjar getah bening, diare, tuberkulosis, infeksi jamur, herpes, dan lain-lain (Sudoyo, 2006).

Perjalanan penyakit lebih progresif pada pengguna narkoba. Lamanya penggunaan jarum suntik barbanding lurus dengan infeksi pneumonia dan tuberkulosis. Infeksi oleh kuman lain akan membuat HIV membelah lebih cepat. Selain itu dapat mengakibatkan reaktivasi virus didalam limfosit T sehingga perjalanan penyakit bisa lebih progresif (Sudoyo, 2006).

9. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis HIV/AIDS menurut WHO (2005) adalah sebagai berikut :

a. Stadium pertama

Pada stadium ini penampilan atau dikenal aktivitas fisik skala 1 biasanya asimtomik ditandai dengan aktivitas yang masih normal disertai *persistent generalized lymphadenopathy* (PGL) atau pembesaran getah bening persisten.

b. Stadium dua

Pada stadium ini penampilan atau dikenal aktivitas fisik skala II ditandai dengan penurunan BB < 10% yang tidak dapat dijelaskan. Selain itu juga terjadi infeksi saluran pernafasan yang berulang-ulang seperti sinusitis, bronchitis, otitis media dan faringgitis.

c. Stadium tiga

Pada stadium ini penampilan atau dikenal aktivitas fisik skala III ditandai dengan klien yang tampak lemah dan berada di tempat tidur

<50% perhari dalam bulan terakhir, penurunan BB >10%, diare kronis >1bulan, anemia dengan kadar hemoglobin (Hb) < 8g/dl, neutropenia (<500/mm³), serta trombositopenia (<50.000/mm³) > 1 bulan. Pada pemeriksaan mulut ditemukan adanya selaput berwarna putih pada lidah. Selain itu juga terjadi tuberkulosis paru (TB) 2 tahun terakhir.

d. Stadium empat

Pada stadium ini tanda-tanda klinis masih ditemukan penurunan BB, pneumonia berulang, TB ekstra pulmoner, toksoplasmosis SSP. Penampilan atau dikenal aktivitas fisik skala IV ditandai dengan selalu berada di tempat tidur > 50% per hari dalam bulan terakhir, HIV *wasting syndrome* sesuai dengan cdc, diare > 1 bulan karena *cryptosporidiosis* serta infeksi herpes simplek kronis > 1 bulan (Widyanto & Triwibowo 2013, p.33-34).

Ada juga menurut (Sudoyo,2006) ada juga pembagian stadium :

a. Stadium pertama : HIV

Rentang waktu sejak HIV masuk kedalam tubuh sampai tes antibody terhadap HIV positif disebut *window period*. Lama *window period* antara satu sampai tiga bulan, bahkan ada yang dapat berlangsung sampai enam bulan.

b. Stadium kedua : Asimptomatik (tanpa gejala)

Asimptomatik berarti bahwa dalam organ tubuh terdapat HIV tetapi tubuh tidak menunjukkan gejala-gejala. Keadaan ini dapat berlangsung rata-rata selama 5-10 tahun. Cairan tubuh HIV/AIDS yang tampak sehat ini sudah dapat menularkan HIV kepada orang lain.

c. Stadium ketiga :

Pembesaran kelenjar limfe secara menetap dan merata (*Persistent Generalized Lymphadenopathy*), tidak hanya muncul pada satu tempat saja , dan berlangsung lebih dari satu bulan.

Keadaan ini disertai adanya bermacam-macam penyakit, antara lain penyakit konstitusional, penyakit syaraf, dan penyakit infeksi sekunder.

Pada stadium AIDS dibagi antara lain:

1) Gejala utama/mayor:

- a) Demam berkepanjangan lebih dari tiga bulan.
- b) Diare kronis lebih dari satu bulan berulang maupun terus-menerus.
- c) Penurunan berat badan lebih dari 10% dalam tiga bulan.
- d) TBC.

2) Gejala minor:

- a) Batuk kronis selama lebih dari satu bulan.
- b) Infeksi pada mulut dan tenggorokan disebabkan jamur *Candida Albicans*.
- c) Pembengkakan kelenjar getah bening yang menetap di seluruh tubuh.
- d) Munculnya Herpes zoster berulang dan bercak-bercak gatal diseluruh tubuh (Nursalam, 2011, p.47).

d. Stadium keempat: AIDS

10. Tinjauan Umum Tentang Upaya Pencegahan HIV/AIDS

Preventif atau pencegahan penyakit adalah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup dan meningkatkan kesehatan fisik dan mental dan efisiensi, untuk berbagai kelompok dan masyarakat oleh petugas kesehatan masyarakat, untuk perorangan dan keluarga oleh dokter umum dan dokter gigi melalui proses kegiatan perorangan dan masyarakat (Tahir, 2008).

Untuk mengatasi masalah kesehatan termasuk penyakit HIV/AIDS dikenal tiga tahap pencegahan, Pencegahan primer: promosi kesehatan (*health promotion*) dan perlindungan khusus (*specific protection*).

Pencegahan sekunder: diagnosis dini dan pengobatan segera (*early diagnosis and prompt treatment*), dan pembatasan cacat (*disability limitation*). Pencegahan tersier: rehabilitasi.

a. Pencegahan primer dilakukan pada masa individu belum menderita sakit, upaya yang dilakukan ialah:

1) Promosi kesehatan/*health promotion* yang ditujukan untuk meningkatkan daya tahan tubuh terhadap masalah kesehatan, seperti gaya hidup yang lebih sehat dengan berolah raga,

2) Perlindungan khusus (*specific protection*): upaya spesifik untuk mencegah terjadinya penularan penyakit HIV/AIDS, seperti penggunaan kondom, tidak berganti-ganti pasangan seks, dll seperti konsep *ABCDE* yang direkomendasikan oleh WHO sebagai berikut :

a) *Abstinent*

Artinya tidak melakukan hubungan seksual . Mayoritas infeksi HIV berasal dari hubungan seksual tanpa pelindung antar individu yang salah satunya terkena HIV. Hubungan homoseksual merupakan salah satu faktor resiko infeksi HIV/AIDS.

Abstinent merupakan salah satu poin dalam seks aman yang memberikan solusi agar terhindar dari HIV/AIDS dengan tidak berhubungan seks, meskipun sebenarnya hal ini tidaklah mudah sebab mengingat salah satu kebutuhan biologis manusia adalah seks.

b) *Be faithful*

Artinya melakukan hubungan seks dengan pasangan saja. *Be faithful* lebih didasari dengan kesetiaan terhadap pasangan, tidak berganti-ganti pasangan seks yang dapat meningkatkan resiko tertular HIV/AIDS.

Bagi waria, memiliki pasangan seks yang setia merupakan satu tantangan tersendiri. Hal ini dipengaruhi karena kondisi mereka yang sering hanya dijadikan sebagai tempat untuk menghasilkan uang saja. Oleh karena itu, sebenarnya penting bagi mereka untuk menanggukuhkan aktifitas seks sampai mereka menemukan pasangan yang dapat diyakini untuk menjalani hubungan jangka panjang dan didasari karena kesetiaan.

Be faithful akan mengurangi resiko tertular HIV. Di Uganda antara 1989-1995, Presiden Museveni melaporkan 20%

penurunan mitra seks sejalan dengan 11% penurunan kasus HIV.

c) *Condom*

Kondom oleh *WHO* diakui memiliki keefektifan yang tinggi dalam mencegah transmisi HIV dan AIDS jika digunakan secara benar dan konsisten. Kegagalan kondom biasanya disebabkan oleh penggunaan yang tidak benar atau tidak konsisten selain disamping karena kerusakan ataupun kadaluarsa.

Sekitar tahun 1989, yakni pada saat penyebaran virus HIV dan AIDS mulai merajalela tanpa ada yang bisa membendung, Thailand memberikan satu solusi dengan mensosialisasikan penggunaan kondom yang kemudian diimplementasikan di beberapa negara Asia, seperti Kamboja, Vietnam, China, Myanmar, Philipina, Mongolia dan Republik Laos. Kondom diyakini mampu sebagai penahan laju wabah ini. Hal ini merujuk pada pendapat beberapa ahli seperti Markus Steiner dan Willard Cates dari Family Health International yang menyatakan bahwa kondom cukup efektif untuk mencegah penularan HIV dan AIDS. Terlebih, hampir separuh dari penderita HIV dan AIDS ini bermula dari hubungan seksual yang tidak sehat baik homo maupun heteroseksual (Tawi, 2008) .

Berdasarkan Penelitian yang dilakukan oleh Djoht (2003) Penggunaan kondom di kalangan waria sangat rendah dari 15

Waria hanya 3 yang memakai kondom ketika hubungan seks. Hal ini tentu sangat berisiko mengingat perilaku seks pada waria memiliki tingkat resiko tinggi terjadinya Penyakit menular seksual salah satunya HIV. Penularan HIV melalui seks anal dilaporkan memiliki risiko 10 kali lebih tinggi dari seks vaginal.

d) *Drugs*

Artinya tolak penggunaan NAPZA. Laporan AIDS di Asia, yang didukung oleh *Asian Development Bank* dan dikoordinasikan dengan *Joint United Nations Programme on HIV and AIDS* (UNAIDS), memperingatkan bahwa pengguna narkoba, bertanggung jawab untuk peningkatan jumlah infeksi HIV di banyak negara di Asia.

Resiko lebih lanjut terletak pada prevalensi tinggi penggunaan narkoba non-suntik, seperti amphetamine stimulan, dimana pengguna sering terlibat dalam perilaku yang menimbulkan risiko tinggi infeksi HIV, terutama melalui hubungan seks.

Pada STBP 2007 diperoleh data Proporsi waria yang menyuntik napza cukup rendah , yaitu hanya 2% atau kurang di empat kota besar yaitu Bandung, Surabaya, Malang, dan Semarang. Hal ini didasari karena waria cenderung lebih menjaga kecantikan kulit mereka, jika harus menggunakan narkoba suntik maka itu berarti akan meninggalkan bekas

suntikan dikulit mereka. Sedangkan, proporsi pemakaian napza non suntik pada waria juga tergolong rendah, hanya berkisar 3% di Malang, dan di Jakarta sebesar 17%. Pada dasarnya waria cenderung menggunakan pemanasan hubungan seksual dengan minuman keras, hirup lem, isap ganja dan nonton VCD porno, serta konsumsi obat-obatan yang tentunya sangat berisiko terhadap kesehatan, apalagi kecenderungan berganti-ganti pasangan lebih mudah dilakukan dalam kondisi hubungan seks yang diselingi dengan minuman dan narkoba yang tentunya berdampak pada resiko penularan HIV/AIDS (Djoht, 2003).

e) *Equipment*

Artinya hindari tindik dan tato di tubuh, karena seringkali sebelum jarum digunakan untuk mentato/menindik seseorang yang sehat, alat itu telah dipakai pada seseorang yang terkena penyakit menular yang salah satunya HIV.

Pada saat sekarang ini tato dan tindik sudah mulai menjadi bagian dari *trend* kehidupan masa sekarang. Berbagai alasan yang melatarbelakangi seseorang memutuskan bersedia di tato atau ditindik antarlain karena pengaruh lingkungan pergaulan, anggapan sebagai bentuk seni dan keindahan, bagian dari adat, atau karena kesenangan seseorang dalam bidang melukis yang kemudian bereksperimen untuk menuangkan hasil karyanya dalam media lainnya yang bukan kertas melainkan kanvas.

Pembuatan tato di badan dan tindik memberi sumbangan besar dalam penularan HIV/AIDS, hal ini dikemukakan oleh hasil survei Dr. Bob Haley yang dipublikasikan di *journal of medicine* bahwa sebelum jarum dipergunakan untuk mentato dan menindik seseorang yang sehat.

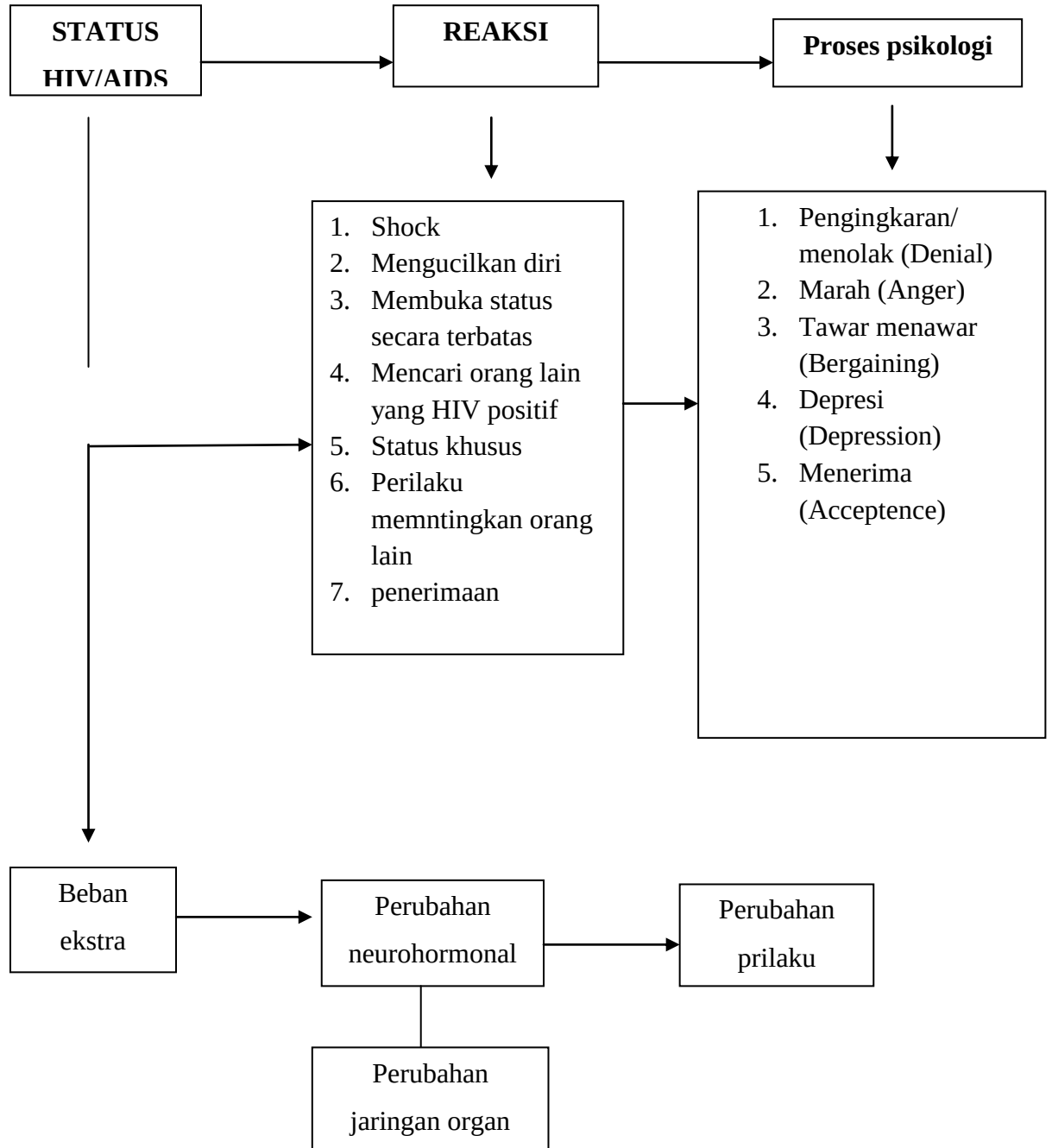
- b. Pencegahan sekunder dilakukan pada masa individu mulai sakit.
 - 1) Diagnosa dini dan pengobatan segera (*early diagnosis and prompt treatment*), tujuan utama dari tindakan ini ialah mencegah penyebaran penyakit bila penyakit ini merupakan penyakit menular, dan untuk mengobati dan menghentikan proses penyakit, menyembuhkan orang sakit dan mencegah terjadinya komplikasi dan cacat. Dalam HIV/AIDS terdapat satu layanan konseling yang dikenal dengan VCT.
 - 2) Pembatasan cacat (*disability limitation*) pada tahap ini cacat yang terjadi diatasi, terutama untuk mencegah penyakit menjadi berkelanjutan hingga mengakibatkan terjadinya cacat yang lebih buruk lagi.
- c. Pencegahan tersier

Rehabilitasi, pada proses ini diusahakan agar cacat yang di derita tidak menjadi hambatan sehingga individu yang menderita dapat berfungsi optimal secara fisik, mental dan sosial. Adapun skema dari ketiga upaya pencegahan itu dapat di lihat pada gambar dua. Pada gambar dua proses perjalanan penyakit dibedakan atas a) fase sebelum

orang sakit: yang ditandai dengan adanya keseimbangan antara agen (kuman penyakit, bahan berbahaya), host/tubuh orang dan lingkungan dan b) fase orang mulai sakit: yang akhirnya sembuh atau mati (Joe, 2009).

1. Kerangka Pikir

Analisis Proses psikologis Pada ODHA Di Kota Bukittinggi TAHUN 2016



Skema 2.1

Tahapan reaksi psikologi pasien HIV (Stewart,1997). Asuhan Keperawatan pada pasien terinfeksi

BAB III METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan pendekatan *fenomenologi*. Menurut Maman (2002 ; 3) penelitian kualitatif berusaha menggambarkan suatu gejala psikologi, dengan teknik pengumpulan data observasi dan wawancara.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan di (KPA) Komisi Penanggulangan HIV/AIDS Kota Bukittinggi pada bulan November sampai dengan Februari tahun 2015.

C. Informan

1. Informan

Informan dalam penelitian ini terdiri dari orang-orang yang berhubungan dengan ODHA yang berada di KPA Bukittinggi yaitu: Kelompok Dukungan Sebaya (KDS), dan Komisi Penanggulangan HIV/AIDS (KPA) dan juga dan juga ODHA itu sendiri

D. Kriteria Informan

Informan yang di gunakan yaitu sebanyak 12 orang yang terdiri dari:

1. Satu orang dengan IDU
2. Satu orang dengan WPS
3. Satu orang dengan LSL
4. Satu orang dengan LBT

5. Satu orang dengan WARIA
6. Satu orang dengan Pasangan Resiko
7. Empat orang kelompok dukungan sebaya (KDS)
8. Dua orang petugas Komisi Penanggulangan HIV/AIDS (KPA)

E. Teknik Pengumpulan Data

1. Data Primer

a. Wawancara Mendalam (Indepth Interview)

Wawancara pada penelitian kualitatif pembicara yang mempunyai tujuan dan di dahului beberapa pertanyaan informal. Peneliti melakukan wawancara mengeksplorasi perasaan, persepsi dan pemikiran partisipan (Afiyanti & Rechmawati, 2014, p.114)

Wawancara dilakukan secara semi terstruktur dengan menggunakan pedoman wawancara serta pelaksanaannya lebih bebas dan tidak terkait dengan panggilan wawancara yang telah di siapkan. Hal ini bertujuan untuk mendapatn informasi yang lengkap dan lebih mendalam pada para ODHA yang sudah ditetapkan sebagai partisipan.

b. Observasi

Patton (2002) menjelaskan bahwa observasi merupakan metode penumpulan data yang esensial dalam penelitian kualitatif. Kegiatan observasi meliputi memperhatikan dengan seksama, termasuk mendengarkan, mencatat, dan mempertimbangkan hubungan antara aspek dan fenomena yang sedang di amati (Afiyanti & Rachmawati, 2014, p.121) penelitian melakukan observasi kepada partisipan di Kota Bukittinggi.

2. Data Sekunder

Pengumpulan data sekunder dilakukan dengan study dokumentasi. Study dokumentasi merupakan salah satu metode pengumpulan data kualitatif dengan melihat dan menganalisis dokumen yang berhubungan dengan penelitian yang dilakukan. Dokumen tersebut berupa buku, jurnal dan lain-lain.

F. Analisa Data Kualitatif

Analisa data pada pendekatan fenomenologi menurut Creswell (2013) Proses ini di mulai dengan mendengarkan deskripsi verbal para partisipan, di ikuti dengan kegiatan membaca dan membaca kembali transkrip verbatim. Penelitian menganalisis pertanyaan-pertanyaan spesifik. Langkah secara umum proses analisis data pada metode fenomenologi dapat di jelaskan sebagai berikut :

3. Memberikan gambaran pengalaman personsl terhadap fenomena yang di teliti dengan mendengarkan deskripsi verbal partisipan, meBaca dan membaca ulang deskripsi tersebut. Selanjutnya, peneliti menganalisis pertanyaan-pertanyaan yang spesifik untuk memberi gambaran tentang pengalamannya sendiri terhadap fenomena yang di teliti.
4. Membuat daftar pertanyaan yang signifikan. Peneliti menemukan pertanyaan pertanyaan tentang bagaimana para partisipan mengalami pengalamannya.
5. Mengelompokan pernyataan yang signifikan tersebut disimpulkan dalam suatu unit data atau informasi yang lebih besar.

6. Menuliskan deskripsi atau interpretasi “apa “ yang di alami para partisipan terkait fenomena yang di teliti, ini disebut “suatu” deskripsi tekstural “tentang suatu pengalaman apa yag dialami dan dilengkapi dengan contoh-contoh verbatim para partisipan.
7. Menuliskan “bagaimana” pengalaman yang dialami partisipan. Ini yang disebut dengan “deskripsi struktural”, dan peneliti merefleksikan pada setting atau konteks fenomena yang di teliti partisipan.
8. Menuliskan deskripsi gabungan (interpretasi data), yang menggabungkan deskripsi tekstural dan struktural. Ini yang disebut “inti sari” (essense) dari pengalaman para partisipan dan mempresentasikan aspek inti dari study fenomena yang dituliskan peneliti melalui interpretasi data (Afiyanti & Rachmawati, 2014, p.149-150).

G. Keabsahan Atau Validitas Data

1. Member Check / Feedback Informant

Lincoln dan Guba (1985) menguraikan bahwa member check adalah peneliti mencocokkan pemahaman dan interpretasi data yang dihasilkan kepada pemahaman para partisipannya. Peneliti dapat mengamati langsung berbagai reaksi para partisipan terhadap data yang dihasilkan dan meminta para partisipan memberi tanggapan tambahan terhadap data tersebut (Afiyanti & Rachmawati, 2014, p.175).

2. Melakukan Triangulasi

Artinya memperkenalkan peneliti mengeksplorasi fenomena yang diteliti lebih mendalam dengan cara melakukan berbagai variasi metode atau cara dalam memperoleh data untuk meningkatkan pemahaman dan

memperjelas yang komprehensif dari data yang dihasilkan. Triangulasi dapat dilakukan peneliti mulai dari merancang desain penelitian, selama pengumpulan data dan menganalisis data, atau sepanjang proses riset berlangsung.

H. Prinsip-Prinsip Etik Penelitian Kualitatif

a. Menghargai Harkat Dan Martabat Informant

Penerapan prinsip ini dapat dilakukan peneliti untuk memenuhi hak-hak partisipan dengan cara menjaga kerahasiaan identitas partisipan (*anonymity*), kerahasiaan data (*confidentiality*), menghargai *privacy* dan *dignity*, dan menghormati otonomi (*respect for autonomy*).

b. Memperhatikan Kesejahteraan Informant

Penerapan prinsip ini dilakukan peneliti dengan memenuhi hak-hak informant dengan cara memperhatikan kemanfaatan (*beneficence*) dan meminimalkan resiko (*nonmaleficence*) dari kegiatan penelitian yang dilakukan dengan memperhatikan kebebasan dari bahaya (*free from harm*), eksploitasi (*free from exploitation*), dan ketidaknyamanan (*free from discomfort*)

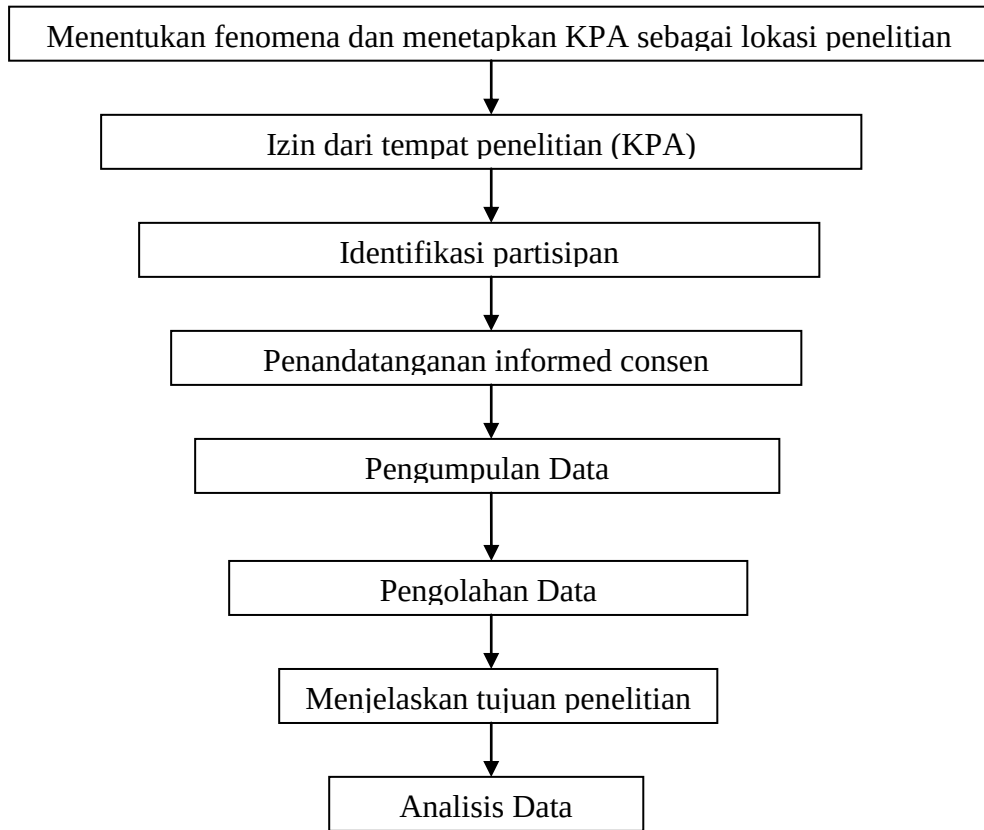
c. Keadilan (*Justice*) Untuk Semua Informant

Hal ini memberikan semua informant hak yang sama untuk dipilih atau berkontribusi dalam penelitian tanpa diskriminasi. Semua informant memperoleh perlakuan yang disepakati. Prinsip ini menyatakan bahwa setiap informant penelitian memiliki hak untuk diperlakukan adil dan tidak dibeda-bedakan diantara mereka selama kegiatan riset dilakukan tanpa memandang suku, agama, etnis, dan secara sosial

d. Persetujuan Setelah Penjelasan (*Informed Consent*)

Pendekatan kualitatif pada umumnya menggunakan manusia sebagai subjek penelitian yang diteliti. Proses pendekatan itu sendiri akan menyentuh aspek etik yang berkembang sebagai dampak dari proses penelitian yang dilakukan integritas manusia sebagai subjek yang dipelajari perlu dihormati dan di hargai hak-haknya (Afriyanti & Rachmawati 2014, p.29-32)

I. Alur Penelitian



Skema 4.1
Alur Penelitian

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Bagian ini menjelaskan tentang hasil penelitian yang telah dilakukan yang bertujuan untuk memperoleh pemahaman mendalam tentang Analisis proses psikologis pada ODHA Di Kota Bukittinggi. Penelitian ini menghasilkan 3 tema utama analisis proses psikologis pada ODHA Hasil penelitian ini diuraikan menjadi dua bagian. Bagian pertama terdiri dari uraian karakteristik informant yang terlibat dalam penelitian ini. Bagian kedua menguraikan tentang analisis data yang muncul.

A. Gambaran Karakteristik Informant

Informant yang berpartisipasi dalam penelitian ini sebanyak 12 orang. Terdiri dari 6 Orang ODHA, 4 orang KDS, dan 2 orang KPA. Deskripsi informant penelitian secara lengkap dapat dilihat pada tabel 4.1.

Tabel 4.1
Partisipan Penelitian

Partisi- pan/ P	Usia	Status	Agama	Pendidikan	Pekerjaan	Lama terdeteksi
Tn. A/ P1	36 th	Belum menikah	Islam	SMA	Wiraswasta	4 th
Yn. A/ P2	29 th	Sudah menikah	Islam	SMA	IRT dan KDS	5 th
Ny. E/ P3	38 th	Sudah menikah	Islam	SMA	Ketua RT dan KDS	6 th
Tn. AR/ P4	34 th	Sudah menikah	Islam	SMA	Wiraswasta	5 th

Ny. L/ P5	46 th	Sudah menikah	Islam	SMA	Penjahit	2 th
Tn. H/ P6	33 th	Belum menikah	Islam	SMA	Wiraswasta	6 th
Ny.A / kds/ P7	29 th	Sudah menikah	Islam	SMA	IRT dan KDS	-
Tn. AD/ kds/ P8	37 th	Sudah menikah	Islam	SMP	Wiraswast dan KDS	-
Ny.E/ kds / P9	38 th	Sudah menikah	Islam	SMA	Ketua RT dan KDS	-
Ny. N/ kds/ P10	44 th	Sudah menikah	Islam	SMA	IRT dan KDS	-
Tn. Z/ kpa / P11	38 th	Sudah menikah	Islam	SMA	KPA	-
Ny. KK/ kpa/ P12	28 th	Sudah menikah	Islam	SMA	KPA	-

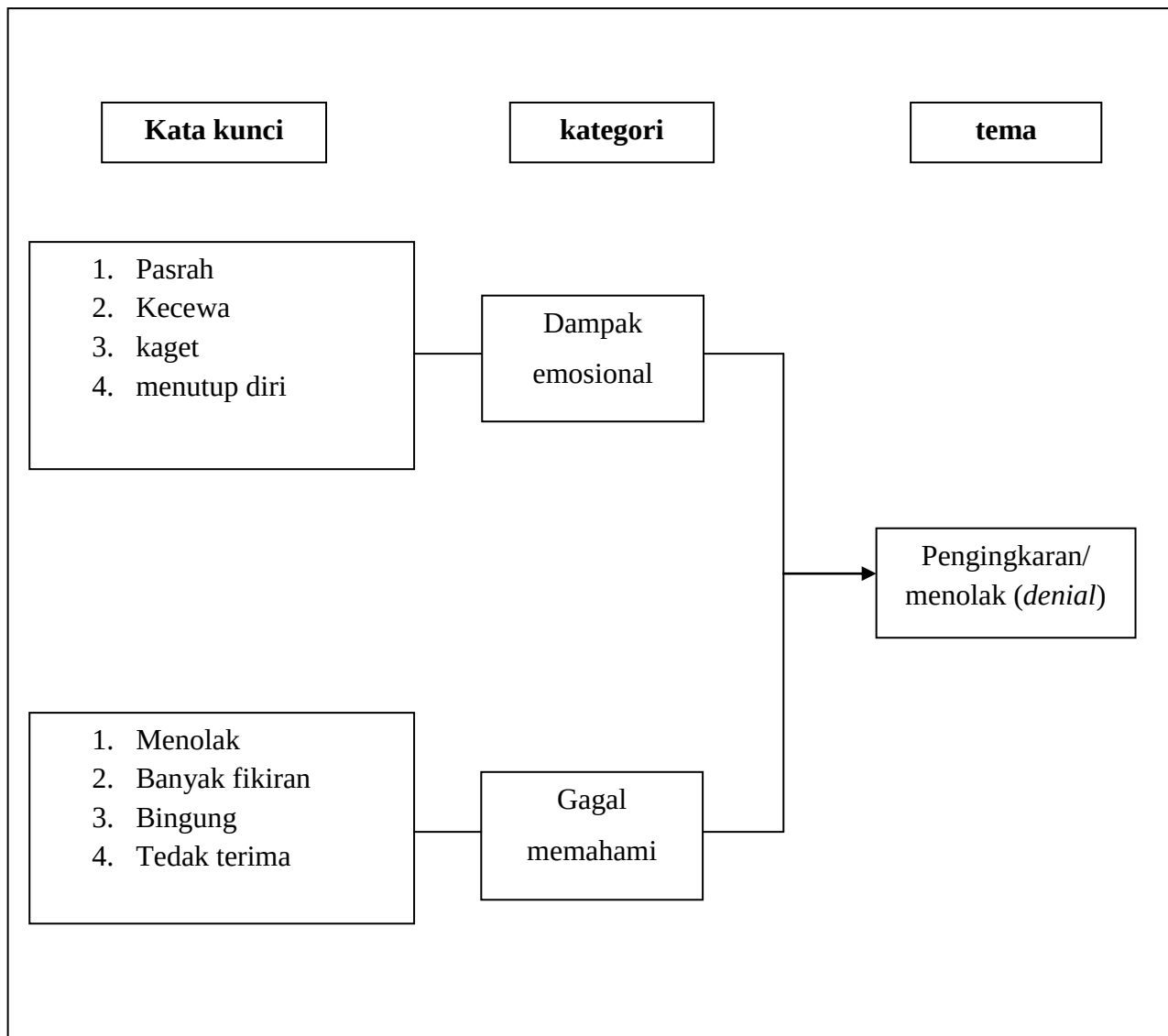
Semua informant yang berpartisipasi dalam penelitian ini adalah beragama Islam. Pendidikan terakhir informant bervariasi dari tamat SMP sampai Diploma III Ekonomi. Sebagian besar informant sudah menikah dan hanya dua orang yang belum menikah (P1 dan P6). Pekerjaan informant juga bervariasi mulai dari IRT (Ibu Rumah Tangga), wiraswata (jasa dan sopir), penjahit, ketua RT, dan sebagai KDS (Kelompok Dukungan Sebaya). KDS merupakan sekelompok orang yang telah dibekali ilmu dan mengikuti berbagai macam pelatihan tentang *HIV/AIDS* dan dikoordinasikan oleh Komisi Penanggulangan *AIDS* (KPA) Bukittinggi. KDS bekerja sebagai pendamping ODHA di poliklinik Serunai Rumah Sakit DR. Achmad Mochtar

Bukittinggi serta bertanggung jawab mendampingi dan memberikan motivasi kepada ODHA selama masa pengobatan. Dan komisi penanggulangan AIDS (KPA) adalah sebuah lembaga independen yang bertujuan untuk meningkatkan upaya pencegahan dan penanggulangan AIDS yang lebih intensif, menyeluruh, terpadu dan terkoordinasi di Indonesia.

Pada penelitian ini ditemukan data lama terdiagnosa/ terdeteksi *HIV* berkisar dari 2 tahun sampai paling lama 11 tahun. Penyebab mendapatkan *HIV* pada umumnya adalah karena pemakaian narkoba suntik (putaw) yaitu sebanyak 3 informant yaitu 2 laki-laki, dan 1 perempuan (P1, P3, P4,) dan Penyebab lainnya adalah karena tertular dari suaminya yang sudah positif *HIV* melalui hubungan seksual, yaitu sebanyak 2 orang informant (P2, dan P5,). Sedangkan penyebab terakhir adalah karena seks bebas yaitu LSL (Lelaki Seks Lelaki) yaitu merupakan penyebab pada informant (P6).

B. Hasil Wawancara Mendalam/ Analisis Tema

Berdasarkan hasil wawancara mendalam pada penelitian ini didapatkan empat tema yang merupakan analisis proses psikologis pada ODHA, terdiri dari 1) perilaku pengingkaran, 2) kemarahan, 3) tawar menawar, 4) menerima



Skema 4.1
Analisa tema pengingkaran

1. Perilaku Pengingkaran

a. Dampak Emosional

Informant selanjutnya mengatakan bahwa dia merasa marah, kecewa dan kaget ketika mengetahui bahwa dia terdeteksi HIV/AIDS. Yang melatarbelakangi perasaan marahnya seperti dia marah terhadap dirinya sendiri dan ada juga yang marah terhadap pasangannya karena dia merasa tidak melakukan apa-apa namun kenapa mereka terdeteksi HIV/AIDS. Berikut pernyataannya :

“pasti ado marahnya, pasti kalau orang yang pertama ini pasti ado raso marahnya terhadap perilaku wak tu.” (pasti ada marah nya, pasti kalau orang yang pertama kali ini pasti ada rasa marahnya terhadap diri sendiri) (P1)

“kayak saya bilang tadi,,,kiamat,,,pokoknya semua terjadi penyesalan aja.., kenapa saya ketemu kamu?, kenapa saya gini?, kenapa saya gini?, banyak ajalah. Intinyo, marahnya sampai ke ubun-ubunlah pokoknya, intinyo ndak tarimo”(intinya, marahnya itu sampai ke ubun-ubunlah,pokoknya,intinya tidak terima) (P5)

“ada yang marah”(P10 kds)

“adalah,,,mangkanya di setiap ruangan VCT itu ada ruangan konseling,,,kalau bisa tidak ada alat-alat yang berbahaya, kaca, apalagi tu,,, pokoknya barang-barang yang berbahaya..,bisa jadi pasiennya ngamuk.”(P12 kpa)

Simpulan kemarahan yang di alami oleh informant yaitu dia marah kepada dirinya sendiri dan juga atas perbuatan nya di masa lalu. Dan ada juga informant yang mengungkapkan bahwa dia marah kepada orang yang yang memberikan penyakit HIV ini kepada dia atau pada pasangan mereka.

b. Gagal Memahami

Partisipan selanjutnya mengatakan bahwa mereka gagal dalam memahami keadaanya dan sebagian besar menolak keadaan tersebut setelah ia tahu bahwa terdeteksi HIV/AIDS dengan alasan yang berbeda-beda. Delapan dari dua belas orang partisipan mengatakan menolak penyakit yang dideritanya. Berikut pernyataannya :

“marah, mmm... nggak tapi kecewa,,,menolak” (P4)

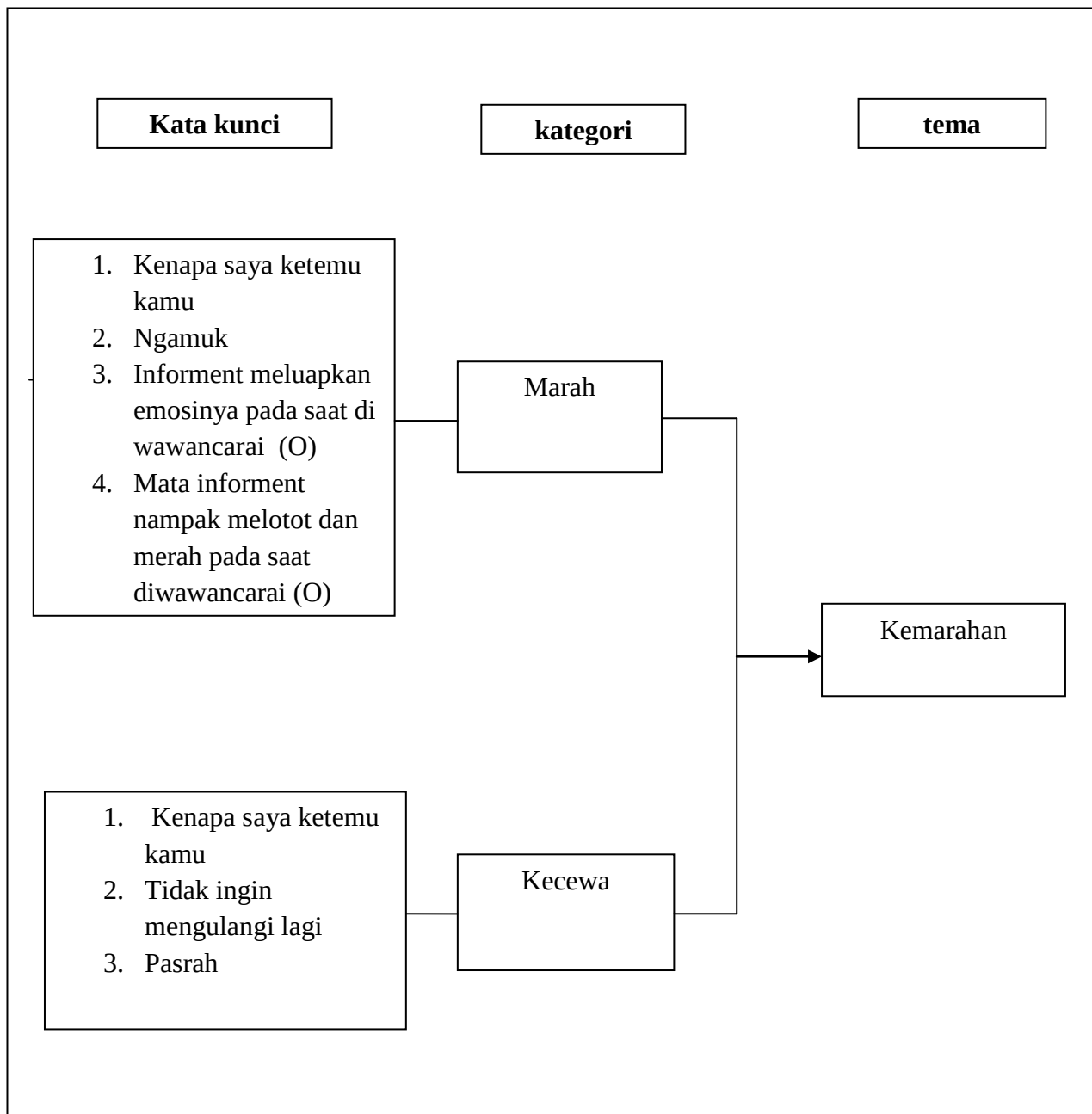
“kayak linglung aja, kayak....ya gak terima aja...,kok saya yang dapat ini gitu, salah saya apa?, sementara banyak orang diluar sana lebih pantas mendapatkan itu dari saya.., itu aja pikirannya.” (P5)

“ada yang menolak sampai saat ini menutup diri aja dia, paling ke layanan ngasih karcis nunggu diluar, nanti pas dokter masuk baru dia masuk. Habis ambil obat pulang, kayak gitu, jadi memang masih menutup diri sampai sekarang. Jadi kita juga gak bisa paksain, kalau dipaksain nanti kita bisa los kontak sama dia.” (P7 kds)

“iya, menolak.... menolak diri dari keluarga pun menolak diri dari hasil tes itu gitu. Rata-rata menolak karna mereka merasa gak bersalah, gak pernah ngelakuin yang nggak-nggak gitu. Rata-rata ibu rumah tangga karna dia dapatnya dari suami” (P10 kds)

“iyalah, pasti tidak terima kan,,,apalagi yang tidak tau apa-apa”(P12 kpa)

Simpulan informant mengatakan bahwa dia tidak menerima/ menolak statusnya sebagai ODHA karena informant beranggapan bahwa dia tidak melakukan hal yang beresiko hal ini di ungkapkan oleh informant yang tertular dari pasangan nya dan juga tidak terima dengan hasil tes HIV/AIDS nya.



Skema 4.2
Analisa tema kemarahan

2. Kemarahan

a. Marah

Informant selanjutnya mengatakan bahwa dia merasa marah, kecewa dan kaget ketika mengetahui bahwa dia terdeteksi HIV/AIDS. Yang melatarbelakangi perasaan marahnya seperti dia marah terhadap dirinya sendiri dan ada juga yang marah terhadap pasangannya karena dia merasa tidak melakukan apa-apa namun kenapa mereka terdeteksi HIV/AIDS. Berikut pernyataannya :

“pasti ado marahnya, pasti kalau orang yang pertama ini pasti ado raso marahnya terhadap perilaku wak tu.” (pasti ada marah nya, pasti kalau orang yang pertama kali ini pasti ada rasa marahnya terhadap diri sendiri) (P1)

“kayak saya bilang tadi,,,kiamat,,,pokoknya semua terjadi penyesalan aja.., kenapa saya ketemu kamu?, kenapa saya gini?, kenapa saya gini?, banyak ajalah. Intinyo, marahnya sampai ke ubun-ubunlah pokoknya, intinyo ndak tarimo”(intinya, marahnya itu sampai ke ubun-ubunlah,pokoknya,intinya tidak terima) (P5)

“ada yang marah”(P10 kds)

“adalah,,,mangkanya di setiap ruangan VCT itu ada ruangan konseling,,,kalau bisa tidak ada alat-alat yang berbahaya, kaca, apalagi tu,,, pokoknya barang-barang yang berbahaya..,bisa jadi pasiennya ngamuk.”(P12 kpa)

Simpulan kemarahan yang di alami oleh informant yaitu dia marah kepada dirinya sendiri dan juga atas perbuatan nya di masa lalu. Dan ada juga informant yang mengungkapkan bahwa dia marah kepada orang yang memberikan penyakit HIV ini kepada dia atau pada pasangan mereka.

b. Kecewa

Informant selanjutnya banyak yang mengatakan kecewa, mereka merasa kecewa karena banyak dari klien tertular HIV/AIDS bukan karena dari perilaku bebas mereka tetapi dari pasangan mereka masing-masing. Lima dari dua belas informant mengatakan kecewa dengan keadaannya. Berikut pernyataannya :

“Ooooo yo lah kecewa tapi wak pasrah jo lai partamo kan, pasrah tu.... sambil ma ambiak hal yang positif” (ooooo yaiyalah kecewa, tapi saya pasrah aja kan karena pertama, pasrah lalu,,,sambil ngambil positifnya aja) (P1)

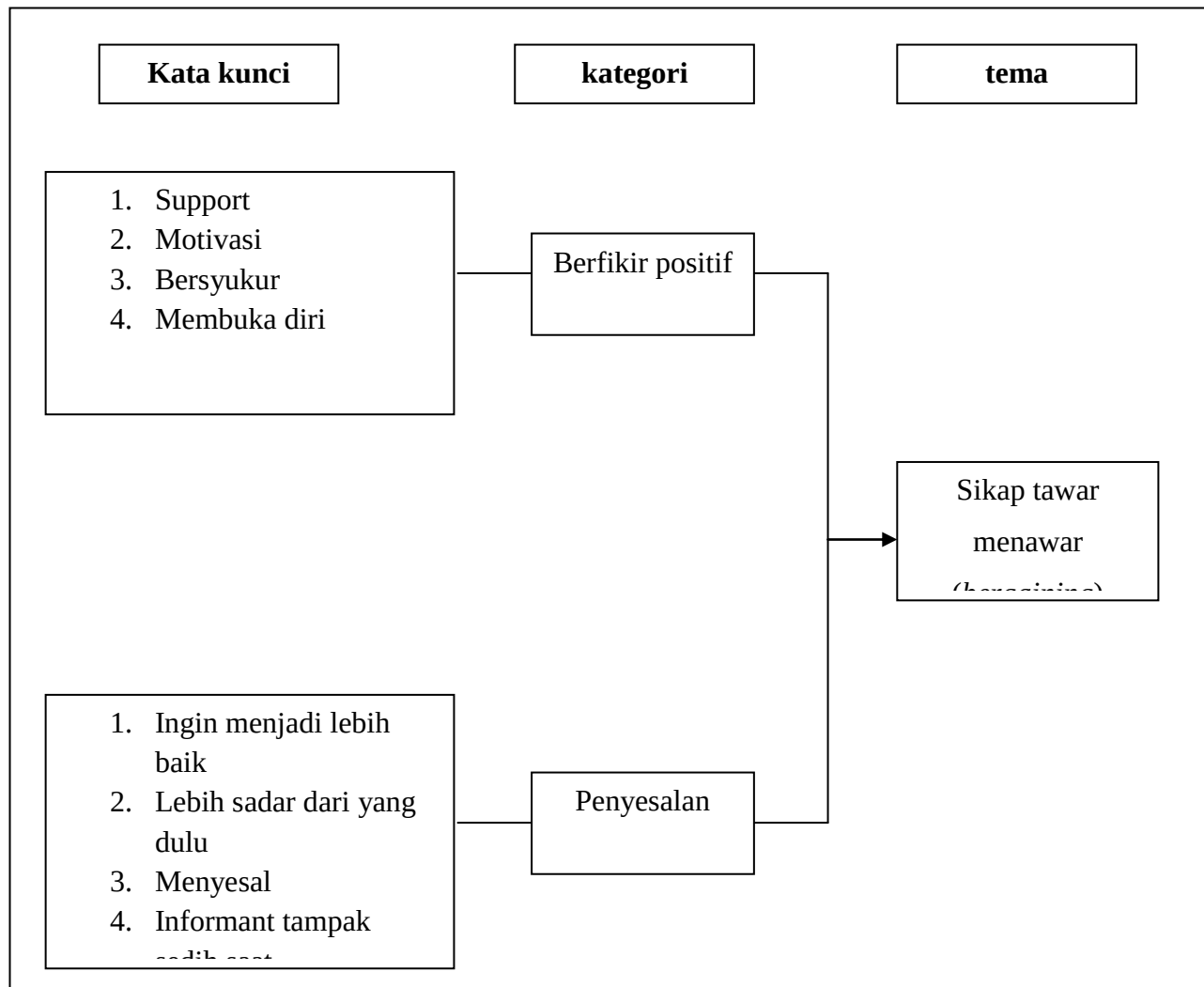
“marah...mmm..ngak.,tapi kecewa..,menolak... tapi awak maraso gara-gara awak kan,io masalah nyo.., sebanyak tuu..,mungkin awak paliang terakhir yang masih hiduik..,banyak yang alah dulu” (marah,,,mmm,,nggak tapi kecewa, menolak. Tapi saya rasa gara-gara saya sendiri kan, ya masalahnya sebanyak itu, mungkin saya yang paling terakhir yang masih hidup, banyak yang udah dulu) (P4)

“raso takut ado eee raso.... eee apo yo namo nyo yoo,,,kecewa ado, kecewa pasti ado” (rasa takut ada mm,,, rasa,,,mmm apa ya namanya, kecewa. Kecewa pasti ada) (P6)

“pasti kecewa.....,kecewa, marah, tidak menerima aaaaaaaa....yo pinginnyo menutup diri, putus aso. Kalau ado yang ingin iduiknyo ko bekoh ndak baguno gitu” (pasti kecewa,,,,,kecewa,, marah, tidak menerima,,aaaaa ya inginya menutup diri, putus asa gitu. Kalau ada yang ingin hidupnya nantik nggak ada gunanya gitu) (P8)

“Ada yang lebih parah lagi..,Saya kasih bayangan sedikit..,dia ngak tau masalah status..,memang dia berperilaku berisiko.., suami istri berisiko...., diketahui kasusnya pada anak, anaknya deman panas-deman panas..,tes anaknya positif.., sesudah anaknya tes positif..orang rumah sakit pasti bertanya?..umur 4 tahun sudah positif..,akhirnya diselusuri,,kedua orng tuanya....,ternyata ibu bapaknya positif.., terkhir sianak meningagal si ibu meninggal.., tinggal dia si suami.., di saat ke dropan, kekecewaan nya itu..,teman-teman datang merangkul, dengan datanya teman-teman merangkul..merasa dia tidak sendiri.., kurangi lah stikma..,intinya hilangkan stikma tu...kalau stikma ini.., apa lagi di layanann kesehatan.., terlalu tinggi..,itu lah merusak..itu lah merusak mereka tu pikiran..,kalau psikologi mereka terganggu pasti lah drop” (P11)

Kesimpulan dari pernyataan informant diatas adalah bahwa informant merasa kecewa terhadap bagaimana cara dia tertular, kecewa terhadap pasangannya dan merasa bahwa gaya hidup mereka masih dalam batas wajar tapi kenapa mereka yang terinfeksi HIV/AIDS sedangkan mereka tidak melakukan apa-apa.



Skema 4.3
Analisa tema sikap tawar menawar

3. Sikap tawar menawar

a. Berfikir positif

Selanjutnya informant masuk pada tahap tawar menawar, disini informant mengatakan bahwa mereka harus berfikir positif terhadap penyakitnya. Berikut pernyataannya :

“Aaaaa ado... pasti tu, pasti ado cuman baliak baliak liak kan, berpikir positif jo wak liak kan. Kalau emang kanai tu baa lai, cuman....yang penting berpikir positif se” (aaaaa ada, pasti tu, pasti adalah Cuma balik lagi kan, kita harus berfikir positif aja. Kalau memang terinfeksi ya gimana lagi kan. Cuman yang penting berfikir positif aja) (P3)

Simpulan dari pernyataan informant bahwa mereka harus berfikir positif dengan keadaan yang dialaminya. Dengan berfikir positif mereka bisa mengurangi beban psikologis yang ditanggungnya. Informant juga mengatakan dengan berfikir positif dia bisa lebih semangat dalam menjalani hidupnya.

b. Penyesalan

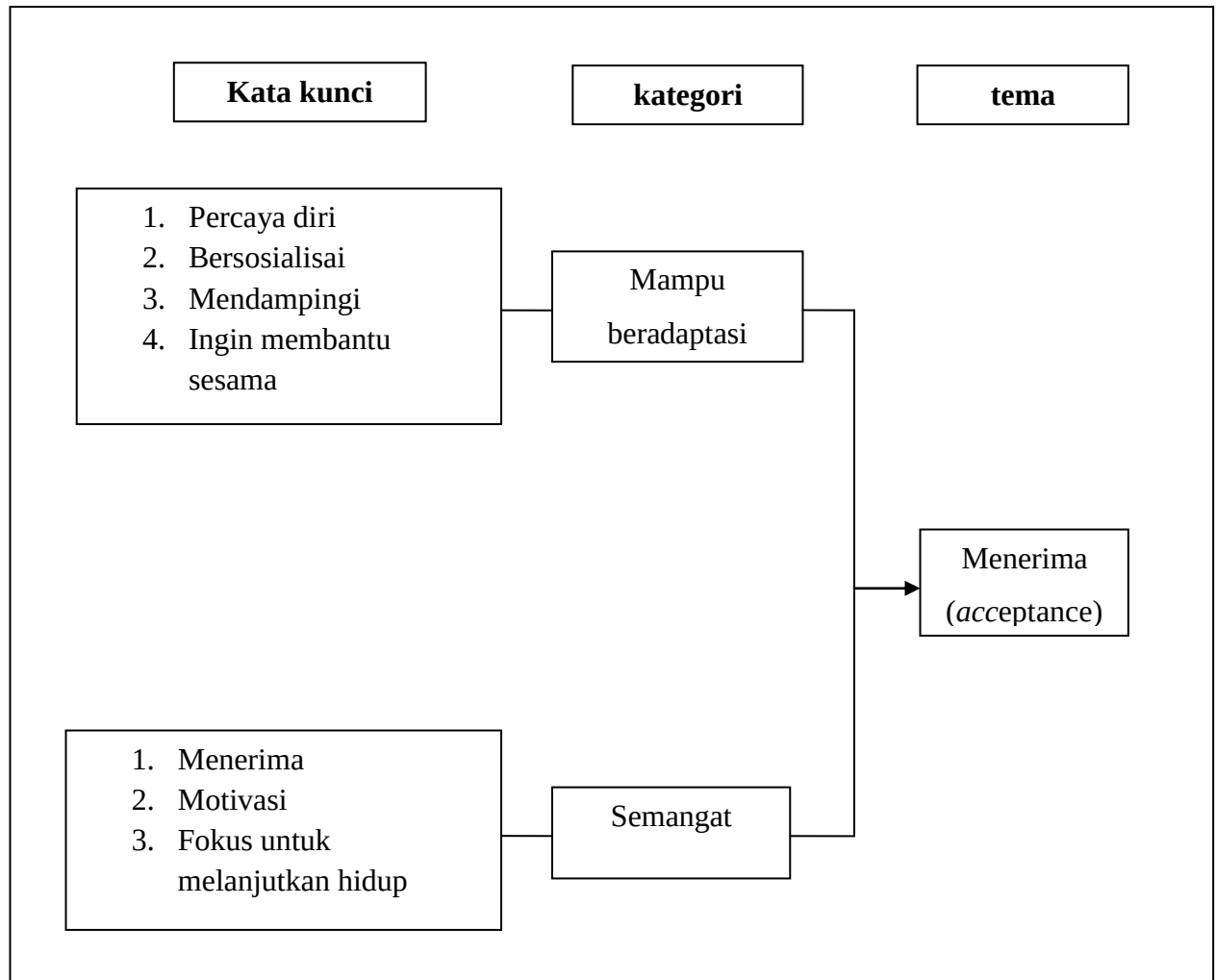
Dalam tahap ini informant juga merasa menyesal dan ingin seperti dulu lagi. Tiga dari dua belas informant menyesal kenapa mereka melakukan kesalahan sehingga bisa terinfeksi HIV/AIDS. Berikut pernyataannya :

“wak marah terhadap diri awak surang, jadi penyesalan lah jatuhah nyo, cubo kalau ndak mode ko parangai wak dulu, pasti ndak ka mode ko bagai kini ko do” (saya marah terhadap diri saya sendiri, ya jatuhnya kayak penyesalan gitu, coba kalau kelakuan sayang nggak bebas dulu, mungkin sekarang nggak akan seperti ini kejadiannya) (P1)

“Kalau bisa berharap ya, harapan nya sih emmm bisa kembali seperti dulu lahh. Bisa kayak dulu lagi” (P6)

“Aaaaaa, karna ingin berbuat yang terbaik untuk kawan-kawan, pengen memberikan semangat agar mereka bisa menjadi, eee,,, berdaya mempunyai kualitas hidup dalam menjalankan aaaa apa... aa kehidupan mereka itu lebih baik dari sebelumnya, udah itu” (P9)

Kesimpulan dari pernyataan informan diatas adalah bahwa mereka menyesal dengan keadaannya sekarang dan ingin menjadi seperti yang dulu lagi seperti sebelum mereka terinfeksi HIV/AIDS.



Skema 4.4
Analisa tema menerima

4. Menerima (Acceptance)

a. Mampu beradaptasi

Pada umumnya informant yang sudah terdeteksi HIV/AIDS ingin menjadi lebih baik untuk kedepannya. Mereka ingin mengikuti dan terlibat dalam bentuk sosialisasi ke warga-warga. Lima orang informant mengaku ingin hidupnya menjadi lebih baik dari sebelumnya.

Ini pernyataannya :

“sosialisasi ke masyarakat, ke kelurahan-kelurahan, ke sekolah, tapi biasanya ke kelurahan karna yang awam kan di daerah-daerah kayak kampung masih banyak yang awam kan, tidak tahu pengetahuan”(P8 kds)

“dengan sosialisasi aja, mmm... mengunjungi atau mendatangi sekolah atau tempat-tempat perkumpulan untuk melakukan sosialisasi, untuk menjelaskan apa itu HIV/AIDS, gimana cara penularannya, gimana dampaknya dan pencegahannya dan menjelaskan kalau HIV/AIDS itu tidak seperti yang mereka bayangkan seperti dulu zaman dulu kala hehehe, hmmm,, ya penyakit terkutuklah”(P9 kds)

“kami disini mengadakan sosialisasi untuk menghilangkan stigma dari masyarakat perdaerah gitu, kami kan aaa sebenarnya kami tu hanya memberikan motivasi, mendampingi dan memotivasi mereka gitu. Mulai dari perubahan perilaku sampai menjalani hidup, tapi yang kami arahkan mereka dari perilaku mereka, perubahan perilaku mereka itu dari LSL bisalah menjadi laki-laki yang normal gitu, kalau penasun mudah-mudahan mereka bisa berhenti.”(P10 kds)

“diberi pengarahan dan pelatihan oleh dinas sosial seperti pelatihan menjahit, dibina, dikasih alat, dikasih modal membantu mendistribusikannya,,,, paling KPA cuman menjelaskan betul ada kelompok itu..., kalau mau dibina silahkan, alamat mereka ada disini, kerja KPA mengorganisir, membentuk, membina, urusan nominal sudah ada,,, mereka masuk dengan struktur di KPA termasuk dinas sosial.”(P11kds)

“seperti sosialisasi tetap di komunitas, baik LSL, penasun, WPS semuanya kita adakan sosialisasi ke kader-kader, karang taruna, ada sempat kita bentuk 2013 WPA (warga peduli AIDS) selalu sosialisasi, mereka jadi pepanjang tangan KPA menyampaikan informasi ke masyarakat sekitarnya....tapi WPA nya alhamdulillah udah itu sih,

sudah sangat aktif sekali, sudah ngadain mobile VCT di lingkungan dia aja, di lingkungan banyak-banyak resikolah,,, seperti kos-kosan”(P12 kds)

Simpulan informant yang sudah terdeteksi HIV/AIDS mengatakan bahwa dia ingin menjadi lebih baik lagi dan ingin membantu sesama ODHA di mana dia sudah meninggalkan perbuatan lamanya. Dan juga informant ingin terlibat dalam memberikan penyuluhan/ sosialisasi di masyarakat agar tidak ada lagi masyarakat yang melakukan hal yang beresiko terkena HIV/AIDS.

b. Semangat

Informant selanjutnya mengatakan bahwa mereka sudah menerima keadaannya dan memberikan motivasi kepada diri sendiri maupun dengan teman-teman yang mengalami masalah yang sama dengan mereka. Sepuluh dari dua belas informant juga semangat dalam menjalani kehidupannya. Berikut pernyataannya :

“itu lebih apa ya, mmm lebih kuat lagi, lebih tegar lagi ya lebih termotivasi lagilah dalam menjalani hidup, nggak kayak dulu lah, dikit-dikit ngeluh dikit-dikit ngeluh gitu kan. Sekarang lebih..... lebih tegar lebih kuat menjalani hidup tanpa bantuan atau tanpa ngadu sama orang tua”. (P1)

“ya, yang ada dipikiran anggap aja ini penyakit biasa gitu kita jalani aja, toh orang sakit diabetes aja bisa meninggal gitu” (P2)

“Timbua samangek kak kan, a ndak ado ko doh, iko hanyo cobaan kalau kak bisa lewaik, sementaro kak patang patang ko ndak ado pitih lewaik, gitulah istilahnyo masak dengan iko ko ndak kuaik, kak tarimo, pasrah jo lah, baliak an ka nan diateh liak” (timbul semangat kak kan, trus kak fikir ini hanya cobaan pasti bisa dijalani, sementara kemaren waktu nggak ada uang kak bisa lewati, istilahnya gitulah masak iya dengan keadaan ini nggak kuat. Kak terima, pasrah aja lagi, kembalikan sama yang diatas) (P3)

“yang namo nyo nasi lah jadi bubua ka di pangaan lai kan, motivasi..... semangat, semangat se nyo” (yang namanya nasi sudah jadi bubur mau diapain lagi, motivasi aja, semangat juga) (P6)

“Karna dapat suamikan sakit seperti ini apalagi suami sampai droop sampai di rawat, sampai CD4 dua gitukan, jadi pengen lebih tau lagi gimana cara merawat ODHA, gimana cara ngasih semangatnya gitukan, makanya pas di ajak uni rika R tu termotivasi untuk ikut gitu. apa lagingeliatkan kayak yang lain-lainnya gitukan, gimana caranya supaya yang lain ini bisa semangat juga kayak abang” (P7)

“ya motivasi, maagiah semangat tibonyo kan sana nyo wak dek role model ko tibonyo kan contoh dek awak, awak agiah contoh dari awak, awak kok baa bisa sehat? Urang baa ndak bisa gitu kan. Kan inyo bisa nampak dek nyo” (ya motivasi, ngasih semangat gitulah, sebenarnya karna saya menjadi role mode juga kan, bisa jadi contoh buat yang lain, saya ngasih contoh ke orang lain, saya kenapa bisa sehat gitu? Orang lain kenapa nggak bisa gitu kan, kan mereka juga bisa lihat sendiri) (P8)

“oooo itu hmmm... Penerimaan, penerimaan status aaa tergantung dari resiko yang mereka dapatkan tetapi kalau mereka menyadari resiko misalnya resiko LSL karna perbuatan dia, dia dapat ini ya dia menerima” (P9)

“Tindakannya ya seperti nasehat, seperti kami jadi role model bagi mereka, lihat kami,, kami juga begini kami bisa melewati semu. Jadi itu yang kami lakukan, kami memotivasi mereka jangan sampai gara-gara HIV mereka putus sampai hilang semangat hidu gitu” (P10)

“Yang menerima juga ada sih.., yang ODHAnya diketahui itu udah kelihatan penyakitnya, udah masuk AIDS.., jadi mau gimana lagi, udah sakit.., langsung dirujuk ke serunai” (P12)

Kesimpulan informant sudah bisa menerima apa yang terjadi pada dirinya, mulai dari mengingkari keadaannya, marah kepada diri sendiri dan pasangannya, kemudian tawar menawar tentang keadaannya, lalu baru menerima bahwa bahwa mereka terinfeksi HIV/AIDS dan memotivasi diri sendiri dan orang lain.

BAB V

PEMBAHASAN

A. Interpretasi Hasil Penelitian

Penelitian ini menemukan dua tema utama untuk mengetahui proses psikologis pada ODHA. Gambaran tentang perilaku pengingkaran terhadap keadaannya pasca terdeteksi HIV/AIDS teridentifikasi pada tema pertama yaitu respon psikologi negatif. Gambaran informant terhadap penerimaan diri teridentifikasi pada tema ke dua yaitu pada respon psikologi positif. Berikut adalah penjelasan dari tema-tema tersebut:

1. Perilaku Pengingkaran

a. Dampak Emosi

Dari hasil penelitian ini menunjukkan informant mengungkapkan respon marahnya terhadap perilaku dia dulu karena dia beranggapan jika gaya hidupnya tidak salah dulunya maka dia tidak akan terkena penyakit tersebut. Ada juga yang mengalami respon marahnya karena saat dia tahu bahwa dia tidak melakukan apa-apa tapi dia terdeteksi HIV/AIDS karena terinfeksi dari suaminya.

Penelitian ini didukung oleh teori Kubler Ross (1996 dalam Potter & Perry 2005) bahwa partisipan mengalami respon berduka pada fase ke dua yaitu marah (*anger*) ciri khas dari perilaku individu pada fase ini adalah marah dan merasa bersalah, dan individu akan menyalahkan diri sendiri, orang lain atau obyek

sekitarnya. Marah menurut Lazarus (Dewi, 2005) adalah emosi yang kompleks, secara sosial penting, penuh konflik, dan paling kuat mempengaruhi diri individu karena dapat memberikan efek yang sama, baik pada individu yang mengalami marah maupun orang lain di lingkungan sosial individu tersebut.

Menurut penelitian I Putu Pasuana Putra (2014) partisipan mengungkapkan mengalami respon emosi marah. Partisipan merasa marah kepada suami karena mereka ikut menderita penyakit HIV akibat ulah perilaku buruk suaminya, disamping itu sikap tertutup suami dan rasa ingin tahu mereka dari mana asal penyakit yang didapatkan oleh suami, menjadi salah satu faktor timbulnya respon emosi. Hal yang sama juga dinyatakan dalam hasil penelitian Vitrawan, Sitorus dan Afiyanti (dalam Suratini, 2011) mengatakan pengalaman ODHA pertama kali terdiagnosis HIV/AIDS mengungkapkan kemarahan dan menyalahkan orang lain.

Menurut asumsi peneliti bahwa informant yang mengalami kemarahan ini kebanyakan di temukan pada informant yang terinfeksi dari suaminya karna dia menganggap dirinya tidak pantas untuk menerima penyakit ini. Selain itu ada juga yang mengalami reaksi kemarahan ini karena dia marah terhadap dirinya sendiri atas perbuatan yang telah dia lakukan dahulu.

b. Gagal Memahami

Hasil penelitian ini menemukan bahwa sebagian ODHA menolak keadaannya pada saat terdeteksi HIV/AIDS. Alasan dari penolakan tersebut karena ODHA menganggap bahwa dirinya tidak pantas untuk mendapatkan penyakit tersebut

Sesuai dengan pendapat Kubler-ross's (Sarafino, 2006), reaksi pertama untuk prognosa yang mengarah ke psikologinya melibatkan perasaan menolak mempercayainya sebagai suatu kebenaran. Ia menjadi gelisah, menyangkal, gugup dan kemudian menyalahkan hasil diagnosis. Penyangkalan sebenarnya merupakan suatu mekanisme pelindung terhadap trauma psikologis yang dideritanya. Menurut Achir Yani (1999) pada tahap pertama pasien menunjukkan karakteristik perilaku pengingkaran, merasa gagal memahami dan mengalami makna rasional dan dampak emosional dari diagnosis. Pengingkaran ini dapat disebabkan karena ketidaktahuan pasien terhadap sakitnya atau sudah mengetahuinya dan mengancam dirinya.

Hal yang sama juga diungkapkan dalam hasil penelitian Kasumawijaya paputungan (2012) di yogyakarta bahwa hasil penelitiannya ini menemukan bahwa kedua partisipannya memiliki dinamika psikologis yang berbeda sebagai reaksi akibat terinfeksi HIV/AIDS. Reaksi yang dialami oleh kedua sabyek dalam penelitian ini terjadi secara beraturan. Sabyek pertama mengalami reaksi *denail, depresion, anger, bergainang, acceptance*. Sedangkan

sabyek kedua mengalami reaksi *acceptance*, *denail*, *acceptance*, *bargaining*, *depresian*, *bergaining*, *acceptance*. secara umum, kedua subyek cenderung menggunakan *emotional*.

Berdasarkan penelitian di atas peneliti berasumsi, bahwa informant mengalami reaksi pengingkaran karena mereka masih beranggapan bahwa penyakit HIV/AIDS ini masih di anggap sebagai penyakit yang di dapat dari cara yang tidak baik dan mereka beranggapan bahwa mereka tidak pantas mendapatkan penyakit ini karena mereka hanya terinfeksi dari suami bukan dari kesalahannya sendiri.

2. Kemarahan

a. Marah

Dari hasil penelitian ini menunjukkan informant mengungkapkan respon marahnya terhadap perilaku dia dulu karena dia beranggapan jika gaya hidupnya tidak salah dulunya maka dia tidak akan terkena penyakit tersebut. Ada juga yang mengalami respon marahnya karena saat dia tahu bahwa dia tidak melakukan apa-apa tapi dia terdeteksi HIV/AIDS karena terinfeksi dari suaminya.

Davidoff mendefinisikan marah sebagai suatu emosi yang memiliki ciri-ciri aktivitas sistem syaraf simpatetik yang tinggi dan adanya perasaan tidak suka yang sangat kuat yang disebabkan adanya kesalahan, yang mungkin nyata salah atau mungkin pula tidak. Albin mengungkapkan bahwa rasa marah merupakan emosi

yang sangat sukar bagi setiap orang, baik dalam hal menerima ataupun untuk mengungkapkannya.

Menurut penelitian I Putu Pasuana Putra (2014) partisipan mengungkapkan mengalami respon emosi marah. Partisipan merasa marah kepada suami karena mereka ikut menderita penyakit HIV akibat ulah perilaku buruk suaminya, disamping itu sikap tertutup suami dan rasa ingin tahu mereka dari mana asal penyakit yang didapatkan oleh suami, menjadi salah satu faktor timbulnya respon emosi. Hal yang sama juga dinyatakan dalam hasil penelitian Vitrawan, Sitorus dan Afiyanti (dalam Suratini, 2011) mengatakan pengalaman ODHA pertama kali terdiagnosis HIV/AIDS mengungkapkan kemarahan dan menyalahkan orang lain.

Menurut asumsi peneliti bahwa informant yang mengalami kemarahan ini kebanyakan di temukan pada informant yang terinfeksi dari suaminya karna dia menganggap dirinya tidak pantas untuk menerima penyakit ini. Selain itu ada juga yang mengalami reaksi kemarahan ini karena dia marah terhadap dirinya sendiri atas perbuatan yang telah dia lakukan dahulu.

3. Tawar menawar

a. Berfikir positif

Dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa informant berfikir positif dengan keadaanya. Dengan berfikir positif informant bisa mengurangi dampak psikologis yang akan dihadapinya.

Berfikir positif adalah proses berpikir berkaitan erat dengan konsentrasi, perasaan, sikap, dan perilaku (Elfiky, 2008). Berpikir positif dapat dideskripsikan sebagai suatu cara berpikir yang lebih menekankan pada sudut pandang dan emosi yang positif, baik terhadap diri sendiri, orang lain maupun situasi yang dihadapi.

Penelitian terhadap efek berpikir positif mulai dikembangkan oleh para pakar psikologi positif saat ini. Penelitian Herabadi (2007) juga membuktikan adanya hubungan kebiasaan berpikir secara negatif dengan rendahnya harga diri. Berpikir positif juga membuat individu mampu bertahan dalam situasi yang rawan distress (Brissette dkk., dalam Kivimaki dkk, 2005). Selain itu, Fordyce (dalam Seligman dkk., 2005) juga menemukan bahwa kondisi psikologis yang positif pada diri individu dapat meningkatkan kemampuan untuk menyelesaikan beragam masalah dan tugas. Berpikir positif juga membantu seseorang dalam memberikan sugesti positif pada diri saat menghadapi kegagalan, saat berperilaku tertentu, dan membangkitkan motivasi (Hill & Ritt, 2004).

Menurut asumsi peneliti bahwa informant yang berfikir positif ini bisa membuatnya lebih semangat dalam menjalani hidupnya dan mengurangi dampak yang akan merugikan dirinya. Dengan berfikir positif informant bisa mengurangi rasa menyalahkan masa lalu dan menerima hidup apa adanya.

4. Penerimaan

a. Mampu beradaptasi

Partisipan lain mengungkapkan harapannya untuk dapat melanjutkan hidup dan menambah keturunan. Mereka juga menyampaikan bahwa dia juga ingin membantu dalam bentuk memberikan sosialisasi kepada masyarakat agar tidak ada yang terjerumus ke hal yang tidak baik.

Sesuai dengan teori Ronaldson (2000 dalam Nursalam, 2009) yang mengemukakan harapan merupakan salah satu unsur yang penting dalam dukungan sosial. Perawat harus meyakinkan kepada pasien bahwa sekecil apapun kesembuhan, misalnya akan memberikan ketenangan dan keyakinan pasien untuk berobat.

Senada dengan hasil penelitian Kemp (1999 dalam Colleijn, 2010) yang mengungkapkan bahwa beberapa partisipan mengungkapkan keinginannya untuk lebih mendekatkan diri kepada Tuhan dengan kembali pada kegiatan keagamaan. Intervensi yang dapat dilakukan oleh perawat adalah memberi kualitas perawatan yang tekun dan sabar.

Menurut asumsi peneliti bahwasan informant mengatakan ingin menjadi lebih baik dari yang dulu seperti mereka ingin membahagiakan orang tua, dan merubah gaya hidup yang dulu mereka jalankan ke pola hidup sehat, kehadiran anak, istri, suami, orang tua dan juga anggota keluarga lainnya membuat mereka tetap

tegar menjalani hidupnya dan selalu ingin menjadi lebih baik serta mendekatkan diri pada tuhan.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Dalam menjalani kehidupannya, informant mengalami respon psikologi negatif pada saat mengetahui bahwa dirinya terdeteksi HIV/AIDS ditunjukkan dengan penolakan dirinya sebagai ODHA. Kemarahan terhadap perilakunya dimasa lampau, marah karena terinfeksi HIV/AIDS dari suaminya bukan dari perilakunya.
2. Informant menerima diri seiring dengan berjalannya waktu, ditunjukkan dengan informant bersemangat dalam menjalani hidupnya kedepan dan ingin menjadi lebih baik lagi dari sebelumnya. ODHA juga melakukan sosialisasi kepada masyarakat tentang HIV/AIDS agar anak muda tidak terjerumus ke hal-hal yang berbau bebas.

B. Saran

1. Bagi Informant

Peneliti berharap informant dapat termotivasi untuk meningkatkan psikologi yang dimilikinya sehingga bisa memudahkan dalam penerimaan dirinya, seperti lebih mengontrol rasa marah, tidak menyalahkan diri sendiri ataupun orang lain, lebih membuka diri. Selain itu, diharapkan agar informant tetap mempertahankan koping penerimaan diri seperti tidak merasa malu, takut ataupun marah yang berlebihan dan respon spiritual yang adaptif seperti memiliki ketabahan, harapan, dan mampu

mengambil hikmah dari setiap peristiwa kehidupan, sehingga kehidupan yang berkualitas tetap diperoleh ODHA pasca diagnosis *HIV/AIDS*.

2. Bagi KPA Bukittinggi

Diharapkan KPA dapat melakukan penyuluhan ke berbagai sektor masyarakat misalnya ke sekolah tentang *HIV/AIDS* satu kali dua minggu atau suatu kelompok masyarakat beresiko tinggi agar pengetahuan yang benar mengenai hal ini dapat diterima secara merata oleh masyarakat, dan juga melakukan sosialisasi ke daerah-daerah agar masyarakat daerah tidak terlalu awam dengan *HIV/AIDS*. Sehingga stigma dan diskriminasi terhadap ODHA secara bertahap akan menghilang. Dan pada akhirnya ODHA tidak akan malu dan takut lagi membuka statusnya di muka umum sehingga psikologi ODHA dapat menjadi lebih baik.

3. Perkembangan Ilmu Keperawatan

Merupakan bahan masukan bagi institusi pendidikan dalam proses pembelajaran mahasiswa keperawatan, sehingga dapat diperoleh gambaran nyata tentang analisis proses psikologis pada ODHA. Disamping itu, diharapkan *HIV/AIDS* dapat dijadikan sebagai mata kuliah khusus dalam pembelajaran di perguruan tinggi sehingga dapat meningkatkan pengetahuan pelajar tentang *HIV/AIDS* dengan tepat dan benar, dan akhirnya dapat disampaikan pada masyarakat sebagai upaya menghilangkan stigma terhadap ODHA.

4. Penelitian Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dipakai sebagai data dasar bagi peneliti-peneliti selanjutnya terkait topik yang masih berkaitan

dengan klien *HIV/AIDS* dan informant dengan jenis kelamin yang sama karena keunikan dari informant ditinjau dari sisi gender, agama yang berbeda dan dengan metode yang berbeda.

DAFTAR PUSTAKA

- Alimul, Aziz. 2009. *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta : Salemba Medika
- Arikunto, Suharsimi. 2002. *Prosedur Penelitian*. Jakarta : PT. Rineka Cipta.
- Ditjen PPM & PL Kementrian Kesehatan. 2013. *Statistik kasus HIV/AIDS di Indonesia* Jakarta : Kementrian Kesehatan.
- Ditjen PPM & PL Depkes RI, 2010. *Statistik kasus HIV/AIDS di Indonesia* Jakarta : Kementrian Kesehatan.
- Hakim, 2005. Tanda-tanda klinis AIDS. Jakarta : Pustaka Sinar Harapan.
<http://alwaysnutritionst.blogspot.com/2012/02/faktor-penyebab-HIV/AIDS>
- Jean R. Anderson Dr, 2008. Yogyakarta : Pustaka Rihana
- Kusumawijaya Paputungan(2012), *Dinamika Psikologis Pada Orang Dengan HIV Dan AIDS (Odha)*
- Mansjoer. 2003. *Kapita Selekta Kedokteran Jilid Edisi 3*. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- National AIDS Commision REPUBLIK OF indonesia, 2009. *Statistik kasus HIV/AIDS di Indonesia* Jakarta : Kementrian Kesehatan
- Nursalam Dr. dan Ninuk Dian Kurniawati, 2007:47. *Stadium pada kasus HIV/AIDS*. Jakarta : Kementrian Kesehatan
- Nerima. 2012_diagses melalui website : <http://otnamharfira.wordpress.com/2010/02/18/og0lexpp/images/39f685dc313/000.jpg>
- Notoatmojo. 2007, *penularan masa perinatal. Diagses melalui webside : http : eutorikulah.pdf*
- Notoadmodjo, Soekidji. 2005. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta Prof. Dr.
- Nursalam, M Nurs & Ninuk Kurniawati, 2006. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Nursalam, dkk 2011, *Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*, Salemba Medika : Jakarta

Purnama Sari, Dona, 2015, *Dampak Sosial Penderita HIV/AIDS di RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2015*.

Saam, Zulfan, dkk 2012, *Psikologi Keperawatan*, Raja Grafindo Persada : Jakarta.

Setiati, Siti, dkk 2014, *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*, InternalPublishing : Jakarta.

Sugiyono, 2010. *Metode Penelitian Kuantitatif, kualitatif, dan R&D* Bandung :ALFABETA

Yuniar, Yuyun. 2013. Terapi Eksternal dan Kepatuhan Mengonsumsi ARV pada Penderita HIV/AIDS. *Buletin Penelitian Kesehatan*. Vol. 41. No. 2.Jakarta.

Yuniar Y dkk. Faktor-faktor Pendukung Kepatuhan Orang Dengan HIV AIDS (ODHA) dalam Minum Obat Antiretroviral di Kota Bandung dan Cimahi. *Buletin Penelitian Kesehatan*. Juni 2013, Vol. 41: 72 – 83.

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth,
Partisipan penelitian
Di tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah mahasiswa Program Study Ilmu Keperawatan STIKes Fort De Kock Bukittinggi, semester VII yang akan mengadakan penelitian :

Nama : Nofra Sunggara

NIM : 1214202199

Alamat : Kerinci, Jambi.

Bermaksud akan mengadakan penelitian dengan judul “ Analisa Dinamika Psikologis pada ODHA di Kota Bukittinggi Tahun 2015 “. Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan Saudara sebagai partisipan. Kerahasiaan semua informasi yang di berikan akan di jaga dan di gunakan untuk kepentingan penelitian. Apabila Saudara menyetujui, maka dengan ini saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembaran persetujuan dan menjawab pertanyaan yang saya ajukan. Atas perhatian Saudara sebagai partisipan saya ucapkan terima kasih.

Bukittinggi, November 2015

Peneliti

(Nofra Sunggara)

PERNYATAAN PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya bertanda tangan di bawah ini :

Nama : NY. A

Umur : 29 Th

Alamat : Bukittinggi

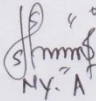
Setelah saya membaca dan mendengarkan penjelasan dari peneliti, maka saya bersedia menjadi responden untuk diperiksa dan berhak mengundurkan diri bila terdapat sesuatu hal yang merugikan saya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan tanpa ada unsur paksaan dari pihak manapun.

Bukittinggi,

2016

Responden

()



PEMERINTAH KOTA BUKITTINGGI
KANTOR KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jl. Jend. Sudirman No. 27 - 29 Telp. (0752) 23976 - Bukittinggi

REKOMENDASI PENELITIAN

Nomor : 070/ 1184 /KB-KKP/2015

- Dasar** : 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2002 tentang Sistem Nasional Penelitian, Pengembangan dan Penerapan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah;
3. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2011 tentang Pedoman Penelitian dan Pengembangan di lingkungan Kementerian Dalam Negeri dan Pemerintahan Daerah;
4. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian.
- Menimbang** : a. Bahwa Sesuai Surat Dari STIKES Ford De Kock Bukittinggi Nomor 008/LPPM-PSIK/STIKES/X/2015 Tanggal 15 Oktober 2015 Perihal Mohon Izin Pengambilan Data Awal.
b. Bahwa untuk tertib administrasi dan pengendalian pelaksanaan penelitian serta pengembangan perlu diterbitkan Rekomendasi Penelitian.
c. Bahwa sesuai konsideran huruf a dan b, serta hasil Verifikasi Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Bukittinggi, berkas Persyaratan Administrasi Surat Rekomendasi Penelitian telah memenuhi syarat.

Kepala Kantor Kesatuan Bangsa Dan Politik Kota Bukittinggi, memberikan Rekomendasi Penelitian kepada :

Nama : **NOFRA SUNGGARA**
Tempat/Tanggal Lahir : Siulak Gedang / 9 November 1994
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Tangkil Gunung Tujuh Kab. Kerinci
Nomor Identitas : 1501150911940001
Judul Penelitian : Analisis Dinamika Psikologi Pada ODHA Di Kota Bukittinggi Tahun 2015
Lokasi Penelitian : Komisi Penanggulangan HIV/AIDS (KPA)
Waktu Penelitian : 26 Oktober 2015 s/d 24 Desember 2015
Anggota Penelitian : -
Digunakan Untuk : Penulisan skripsi

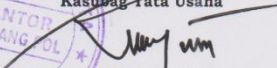
Dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Wajib menghormati dan mentaati tata tertib di lokasi tempat Penelitian sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
2. Pelaksanaan Penelitian jangan disalahgunakan untuk keperluan yang dapat mengganggu ketertiban dan ketentraman umum.
3. Melaporkan hasil Penelitian kepada Walikota Bukittinggi melalui Kantor Kesatuan Bangsa Dan Politik Kota Bukittinggi.
4. Apabila terjadi penyimpangan, maka Surat Rekomendasi Penelitian ini dinyatakan tidak berlaku.

Demikian Surat Rekomendasi Penelitian ini diberikan kepada yang bersangkutan untuk dapat dipergunakan sebagaimana perlunya.

Bukittinggi, 26 Oktober 2015

An. KEPALA KANTOR KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
KOTA BUKITTINGGI
Kasubag Tata Usaha


ROBBY NOVALDI, SE, M. Ec. Dev
NIP. 19811124 200212 1 002

Tembusan disampaikan kepada Yth:

1. Walikota Bukittinggi (sebagai laporan)
2. Ketua STIKES Ford De Kock Bukittinggi
3. Ketua Komisi Penanggulangan HIV/AIDS Bukittinggi
4. Arsip



Komisi Penanggulangan AIDS Kota Bukittinggi

Sekretariat Kantor Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi

Jl. Prof. M. Yamin, SH, Tarok Dipo, Guguk Panjang

Telp : 0752-35970 / 0752-7002053, e-mail. Kpakbukittinggi@yahoo.co.id

No : 201/ 07 /KPAK-BKT/II/2016
Lampiran : -
Perihal : **Pelaksanaan Penelitian**

Bukittinggi, 19 Februari 2016

Kepada Yth,
STIKES Fort De Kock

di

-BUKITTINGGI-

Dengan Hormat,

Menindak lanjuti surat No: 008/LPPM-PSIK/STIKES/X/2015 tanggal 15 Oktober 2015 izin melaksanakan penelitian dengan tembusan surat ke Komisi Penanggulangan AIDS Kota Bukittinggi. Kami menyatakan bahwanya mahasiswa yang bernama **Nofra Sunggara** benar melakukan penelitian yang berjudul *Analisa Dinamika Psikologi Pada ODHA di Kota Bukittinggi Tahun 2015*, dengan waktu penelitian dari tanggal 26 Oktober 2015 s/d 24 Desember 2015.

Setelah penelitian ini selesai kami harapkan siswa dapat mengirimkan laporan hasil penelitian sebanyak 1 (satu) eksemplar ke pada Komisi Penanggulangan AIDS Kota Bukittinggi

Demikian untuk dapat dimaklumi, terima kasih.

Sekretaris KPA Kota Bukittinggi


KOMISI
PENANGGULANGAN
AIDS
KPAK BUKITTINGGI
H. Marsal BA

ALUR PENELITIAN

Kegiatan pengumpulan data pada penelitian ini meliputi :

1. Menentukan fenomena atau situasi yang diteliti, yaitu menetapkan
2. Penelitian memperoleh izin pengambilan data dari STIKes Fort De Kock.
3. Memperoleh akses untuk menemui para calon partisipan yang memiliki pengalaman sesuai dengan fenomena yang diteliti untuk kemudian rapport (hubungan saling percaya) terlebih dahulu atau memperoleh akses tentang lokasi peneliti memperoleh izin dari Kota Bukittinggi dan mendapat persetujuan dari calon partisipan.
4. Menemukan cara pengambilan sampel atau cara merekrut para partisipan. Pada kegiatan ini, peneliti merumuskan kriteria inklusi partisipan yang dapat berpartisipasi pada peneliti, menentukan jenis sampel, dan menentukan estimasi besar sampel yang akan diikutsertakan.
5. Menentukan cara mengumpulkan data penelitian. Pada tahap ini peneliti menggunakan wawancara mendalam, observasi, dan studi dokumen.
6. Merekam dan mencatat data penelitian.
7. Menyimpan data.
8. Menganalisis data.
9. Interpretasi data dan membuat kesimpulan

Lampiran 5

MATRIK ANALISA DATA PENELITIAN

[illegible]

[illegible]

Lampiran 3

PEDOMAN WAWANCARA UNTUK ODHA

- A. Judul penelitian : analisis proses psikologis pada ODHA di kota Bukittinggi tahun 2016
- B. Pewawancara :
- C. Waktu / lokasi :
- D. Identitas partisipan :
- Nama :
- Usia :
- Jenis Kelamin :
- Agama :
- E. Panduan Pertanyaan

NO	Instrumen I
1	Input: 1. Apa pekerjaan saudara saat ini.? 2. Apakah saudara sudah menikah.? 3. Apakah saudara sudah punya anak.? 4. Sejak kapan saudara terkena HIV/AIDS.? 5. Apa penyebab saudara bisa terkena HIV/AIDS.?
2	Proses: 1. Bagaimana perasaan saudara disaat tau kalau saudara terkena HIV/AIDS.? 2. Apakah keluarga saudara tau bahwa saudara terkena HIV/AIDS.? 3. Bagaimana reaksi keluarga saudara setelah mereka tau kalau saudara terkena HIV/AIDS.? 4. Bagaimana perasaan saudara tentang sikap keluarga terhadap

	keadaan saudara saat ini.?
3	Output: 1. Apakah saudara mengalami perubahan peran dalam kehidupan ssaudara setelah menjadi ODHA.? 2. Apakah saudara merasa gagal, dan hilang percaya diri setelah menjadi ODHA.? 3. Apakah dengan adanya yayasan/kelompok khusus ODHA membawa dampak positif bagi anda.?

PEDOMAN WAWANCARA UNTUK KPA

- A. Judul Penelitian : Analisis Proses Psikologis Pada ODHA di Kota Bukittinggi tahun 2016
- B. Pewawancara :
- C. Waktu / lokasi :
- D. Identitas partisipan :
- Nama :
- Usia :
- Jenis Kelamin :
- Agama :
- E. Panduan Pertanyaan

NO	Instrumen II
1	Input: 1. Berapa jumlah kasus ODHA di KPA ini pak.? 2. Bagaimana tindakan KPA, jika di ketahui di suatu daerah adanya ODHA.?
2	Proses: 1. Bagaimana tindaakn KPA dalam Memotivasi ODHA menjalani kehidupannya.? 2. Menurut Bapak, Bagaimana cara mengembangkan kemampuan ODHA dalam menghadapi tekanan dilingkungan sekitarnya.? 3. Apa tindakan KPA dalam memotivasi ODHA untuk aktif dalam kegiatan LSM.?
3	Output: 1. Bgaimana tindakan KPA dalam stigma masyarakatan pada ODHA.?

	2. Bagaimana menurut Bapak cara memberikan dukungan, penghargaan, dan motivasi pada penderita yang mengalami kegagalan, seperti meninggalkan kegiatan/pekerjaan yang sudah dilakukan.?
--	--

PEDOMAN WAWANCARA UNTUK KDS

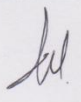
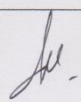
- A. Judul Penelitian : Analisis Proses Psikologis Pada ODHA di Kota Bukittinggi tahun 2016
- B. Pewawancara :
- C. Waktu / lokasi :
- D. Identitas partisipan :
- Nama :
- Usia :
- Jenis Kelamin :
- Agama :
- E. Panduan Pertanyaan

NO	Istrumen III
1	Input: 1. Sejak kapan saudara menjadi KDS.? 2. Kenapa saudara termotivasi menjadi KDS?
2	Proses: 1. Apakah respon pertama kali saat seseorang mengetahui kalau dia positif HIV/AIDS.? 2. Bagaimana peran KDS untuk mengurangi beban psikologis ODHA.? 3. Apa tindakan KDS dalam memotivasi ODHA dalam menjalani kehidupannya sehari-hari.?
3	Output: 1. Bagaimana tindakan KDS terhadap stigma masyarakat terhadap ODHA.? 2. Bagaimana menurut Bapak cara memberikan dukungan, penghargaan, dan motivasi pada penderita yang mengalami kegagalan, seperti meninggalkan kegiatan/pekerjaan yang

	sudah dilakukan.?
--	-------------------

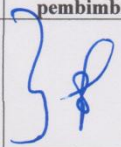
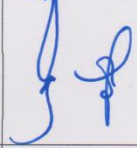
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
LEMBAR KONSULTASI/ BIMBINGAN SKRIPSI

Nama Mahasiswa : Nofra sunggara
NIM : 1214202199
Jurusan : Ilmu Keperawatan
Pembimbing : Ns. Yelmi Reni Putri, S.kep, MAN
Judul Skripsi : Analisis Proses Psikologis Pada ODHA di Kota Bukittingg Tahun
2016

Bimbingan ke :	Hari / Tgl	Materi bimbingan	Tanda tangan pembimbing
I	22-2-16	- Pembahasan kata kunci, kategori dan tema - Pembahasan	
II	23-2-16	- jurnal / penelitian pembending dalam pembahasan - bahasan u mgs? tema & muncul	
III		- abstrak b inggris - abstrak. berikan apa saja? - surat balasan penelitian	
IV	24-2-16	acc u diujikan	

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
LEMBAR KONSULTASI/ BIMBINGAN SKRIPSI

Nama Mahasiswa : Nofra sunggara
NIM : 1214202199
Jurusan : Ilmu Keperawatan
Pembimbing II : Hj. Adriaani, S.Kp, M.Kes
Judul Skripsi : Analisis Proses Psikologis Pada ODHA di Kota Bukittingg Tahun
2016

Bimbingan ke :	Hari / Tgl	Materi bimbingan	Tanda tangan pembimbing
I		- penulisan Abstrak - tulisan	
II		- tema 2	
III		Revisi 4	
IV			