



SKRIPSI

**DAMPAK PSIKOLOGIS, SOSIAL DAN SPIRITUAL HIV AIDS
PADA KELUARGA DI WILAYAH
KOTA MADYA MAKASSAR**

PENELITIAN FENOMENOLOGI

OLEH :

DIONISIUS YOSI SEBA

CX1514201108

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
MAKASSAR**

2017



SKRIPSI

**DAMPAK PSIKOLOGIS, SOSIAL DAN SPIRITUAL HIV AIDS
PADA KELUARGA DI WILAYAH
KOTA MADYA MAKASSAR**

PENELITIAN FENOMENOLOGI

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan Pada
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Stella Maris Makassar**

OLEH :

DIONISIUS YOSI SEBA

CX.1514201108

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
MAKASSAR**

2017

**PENETAPAN PANITIA PENGUJI
SKRIPSI**

**DAMPAK PSIKOLOGIS, SOSIAL DAN SPIRITUAL HIV AIDS PADA
KELUARGA DI WILAYAH KOTA MADYA MAKASSAR**

Yang dipersiapkan dan disusun oleh :

**Dionisius Yosi Seba
CX.1514201108**

Susunan Dewan Penguji

Penguji I

**Hasrat J.Ziliwu,S.kep.,Ns.,M.Kep
NIP : 197509132006041007**

Penguji II

**Elmiana B.Linggi, Ns., M.Kes
NIDN : 0925027603**

Penguji III

**Fr. Fransiskus Uweubun, CMM.,SKM.,M.Kes
NIDN : 0927036401**

**Makassar, April 2017
Program S1 Keperawatan dan Ners
Ketua STIK Stella Maris Makassar**

**Siprianus A, S.SI., Ns., M. Kes
NIDN : 0928027101**

LEMBAR PENGESAHAN**SKRIPSI
DAMPAK PSIKOLOGIS, SOSIAL DAN SPIRITUAL HIV AIDS PADA
KELUARGA DI WILAYAH KOTA MADYA MAKASSAR**

Yang dipersiapkan dan disusun oleh :
Dionisius Yosi Seba (CX.1514201108)

Telah Dibimbing Dan Disetujui Oleh :

(Fr. Fransiskus Uweubun, CMM., SKM., M.Kes)
NIDN. 0927036401

Telah Diuji Dan Dipertahankan
Dihadapan Dewan Penguji Pada Tanggal 20 April 2017
Dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat Untuk Diterima

Susunan Dewan Penguji**Penguji 1****Penguji 2**

(Hasrat J. Ziliwu, S.kep.,Ns., M.Kep)
NIP. 197509132006041007

(Elmiana B. Linggi, Ns., M.Kes)
NIDN. 0925027603

Penguji 3

(Fr. Fransiskus Uweubun, CMM., SKM., M.Kes)
NIDN. 0927036401

Makassar, April 2017

Program Studi SI Keperawatan dan Ners

Ketua STIK Stella Maris Makassar

(Siprianus A, S.SI., Ns., M. Kes)
NIDN. 0928027101

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMBUNG DEPAN	
HALAMAN SAMBUNG DALAM	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENETAPAN PANITIA UJIAN	iv
DAFTAR ISI	v
LAMPIRAN AWAL	vi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C Tujuan Penulisan	5
1. Tujuan Umum	5
2. Tujuan Khusus.....	5
D. Manfaat Penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Tinjauan Umum Dampak	7
1. Pengertian Dampak	7
2. Dampak HIV AIDS	8
B. Tujuan Umum HIV AIDS.....	14
1. Pengertian HIV AIDS.....	14
2. Etiologi.....	15
3. Patofisiologi	15
4. Manifestasi Klinis.....	16
5. Pemeriksaan Diagnostik.....	18
6. Penularan	18
C. Tinjauan Umum Keluarga.....	19
1. Pengertian Keluarga.....	19
2. Tujuan Keluarga	19
3. Fungsi Keluarga	20
4. Stres Dan Koping Keluarga	22
BAB III METODE PENELITIAN	26
A. Rancangan Penelitian	26
B. Tempat Dan Waktu Penelitian	27
C. Partisipan	27
D. Instrumen Penelitian Dan Teknik Pengumpulan Data	28
1. Instrumen Penelitian	28
2. Teknik Pengumpulan Data.....	29
E. Analisa Data	30
F. Keabsahan Data	33
G. Etika Penelitian	35
H. Alur Penelitian	36

BAB IV HASIL PENELITIAN	38
A. Hasil Penelitian.....	38
1. Pengantar	38
2. Partisipan	38
B. Penentuan Tema	39
C. Keterbatasan Penelitian	43
BAB V PEMBAHASAN	44
A. Pembahasan Tema	44
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	49
A. Kesimpulan.....	49
B. Saran.....	49
LAMPIRAN AKHIR	
DAFTAR PUSTAKA	

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Dionisius Yosi Seba (CX1514201108)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih media / formatkan, merawat dan mempublikasikan skripsi ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan. Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar – benarnya.

Makassar, April
2017

Yang menyatakan

Dionisius Yosi Seba
CX1514201108

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Dionisius Yosi Seba (CX1514201108)

Menyatakan dengan sungguh – sungguh bahwa skripsi ini merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan duplikat atau plagiat (jiplakan) dari hasil penelitian orang lain.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar – benarnya.

Makassar, April 2017

Yang menyatakan

Dionisius Yosi Seba
CX1514201108

ABSTRAK
DAMPAK PSIKOLOGIS, SOSIAL DAN SPIRITUAL HIV AIDS PADA
KELUARGA
DI WILAYAH KOTA MADYA
MAKASSAR

(Dibimbing oleh , Fr. Fransiskus Uweubun, CMM.)

Dlonisius Yosi Seba

Viii + 50 Halaman + 26 Daftar Pustaka + 8 Daftar Lampiran

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) dan AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*) merupakan suatu penyakit yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia. Di Indonesia angka kasus HIV AIDS dari 2009 tercatat 23.632 kasus dan meningkat di tahun 2014 menjadi 24.745 kasus (Kemenkes, 2014) di kota Makassar juga mengalami peningkatan dari tahun 2010 terdapat 458 kasus meningkat menjadi 1.000 kasus pada tahun 2013 (Profil Kesehatan Kota Makassar, 2013). Banyak dampak yang ditimbulkan pada keluarga dengan HIV AIDS diantaranya dampak psikologis, sosial dan spiritual. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi secara mendalam tentang dampak psikologis, sosial dan spiritual HIV AIDS pada keluarga di wilayah Kota Madya Makassar. Penelitian ini menggunakan analisa content dengan jumlah partisipan sebanyak 4 orang. Data dikumpulkan dengan teknik wawancara mendalam dengan menggunakan panduan wawancara. Hasil penelitian diperoleh dari 3 tema yang menjawab tujuan khusus dari penelitian ini, yaitu : mengetahui pandangan keluarga mengenai dampak psikologis, sosial dan spiritual HIV AIDS, mengetahui masalah - masalah yang dihadapi keluarga mengenai dampak psikologis, sosial dan spiritual HIV AIDS dan mengetahui cara yang akan ditempuh keluarga dalam mengatasi masalah - masalah terkait dampak psikologis, sosial dan spiritual.

Simpulan Terjadi perubahan pada kehidupan psikologis keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita HIV AIDS tetapi dapat diatasi dengan strategi koping yang tepat oleh keluarga. Pada saat merawat anggota keluarga yang menderita penyakit HIV AIDS tidak berdampak pada kehidupan spiritual dan sosial keluarga karena keluarga mempunyai waktu untuk berinteraksi dengan tetangga dan masih bisa menjalankan kegiatan agama mereka.

Kata kunci : HIV, AIDS, Dampak, Psikologis, Sosial, Spiritual.

Kepustakaan : 2008 – 2016

ABSTRACT**IMPACT OF PSYCHOLOGICAL, SOCIAL AND SPIRITUAL HIV-AIDS IN THE FAMILY
IN THE CITY MADYA
MAKASSAR****(Supervised by. Fr. Fransiskus Uweubun, CMM.)****Dlonisius Yosi Seba****Viii + 50 Pages + 26 Bibliography + 8 List of Attachments**

HIV (Human Immunodeficiency Virus) and AIDS (Acquired Immuno Deficiency Syndrome) is a disease that attacks the human immune system. In Indonesia the number of HIV AIDS cases from 2009 was recorded 23,632 cases and increased in 2014 to 24,745 cases (Kemenkes, 2014) in the city of Makassar also increased from the year 2010 there were 458 cases increased to 1,000 cases in 2013 (Health Profile Makassar City, 2013). Many of the impacts inflicted on families with HIV AIDS include psychological, social and spiritual impacts. This study aims to explore in depth about the psychological, social and spiritual impact of HIV AIDS on families in the area of Makassar Municipality. This study uses content analysis with the number of participants as many as 4 people. Data were collected by in-depth interview techniques using interview guides. The results of the study were obtained from three themes that address the specific objectives of the study: knowing the family's view of the psychological, social and spiritual impacts of HIV AIDS, identifying issues facing families about the psychological, social and spiritual impacts of HIV AIDS and knowing how to Taken by the family in overcoming the problems related to psychological, social and spiritual impact.

Conclusions There has been a change in the family's psychological life in caring for family members who have HIV AIDS but can be coped with appropriate coping strategies by the family. While caring for family members suffering from HIV AIDS does not impact the family's spiritual and social life as families have time to interact with their neighbors and still be able to practice their religion.

Keywords: HIV, AIDS, Impact, Psychological, Social, Spiritual.

Literature: 2008 - 2016

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembangunan kesehatan di Indonesia merupakan bagian integral dari pembangunan nasional. Tujuan diselenggarakannya pembangunan kesehatan adalah untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi kesehatan setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Namun tidak mudah untuk mencapai tujuan ini, karena seiring dengan perkembangan zaman banyak muncul berbagai penyakit yang menghambat pembangunan kesehatan. Kemajuan teknologi tidak serta diikuti dengan kemajuan kesehatan karena ada beberapa penyakit yang tidak bisa disembuhkan karena belum ditemukan obatnya salah satunya adalah panyakit HIV AIDS.

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) dan AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*) merupakan masalah global, termasuk di Indonesia. Menurut laporan WHO (World Health Organization) pada akhir 2012 sekitar 33.3 juta orang hidup dengan HIV. Pada tahun yang sama, sekitar 2,6 juta orang dengan kasus infeksi baru HIV, dan 1,8 juta meninggal karena AIDS.

Di Indonesia angka kasus HIV AIDS dari 2009 tercatat 23.632 kasus dan meningkat di tahun 2014 menjadi 24.745 kasus (Kemenkes, 2014) . Pada tahun 2009 angka kasus HIV AIDS di Sulawesi Selatan sebanyak 528 dan meningkat di tahun 2014 menjadi 1.561 kasus (Profil kesehatan Sulawesi Selatan, 2015). Kasus HIV AIDS di kota Makassar juga mengalami peningkatan dari

tahun 2010 terdapat 458 kasus meningkat menjadi 1.000 kasus pada tahun 2013 (Profil Kesehatan Kota Makassar, 2013) .

Berbagai upaya telah dilakukan oleh pemerintah dalam menanggulangi penyakit HIV AIDS seperti sosialisasi bahaya penyakit HIV AIDS, melakukan pendidikan dan pelatihan kepada tenaga kesehatan dalam penanggulangan HIV AIDS dan upaya lainnya yang tentunya bertujuan untuk menurunkan angka kasus HIV AIDS di Indonesia. Tetapi pada kenyataannya angka kasus HIV AIDS setiap tahun terus meningkat hal ini dapat menimbulkan dampak yang cukup luas di masyarakat khususnya keluarga.(Nursalam, 2014)

Banyak dampak yang ditimbulkan pada keluarga dengan HIV AIDS diantaranya dampak psikologis, sosial dan spiritual. Menurut Joerban, hampir 99% pada saat divonis, awalnya penderita dan keluarga mengalami syok dan tidak percaya bahwa anggota keluarganya terkena penyakit HIV AIDS. Hal dapat berakibat pada kondisi psikologis anggota keluarga karena stigma yang berkembang di masyarakat tentang penyakit ini masih negatif dan karena penyakit ini belum mempunyai obat untuk penyembuhannya.

Pada segi spiritual atau agama adanya stigma bahwa penyakit HIV AIDS adalah penyakit terkutuk dan orang yang mengidap penyakit tersebut adalah pendosa membuat penderita dan keluarga dengan HIV AIDS merasa malu dan sulit membuka diri di masyarakat terlebih untuk berkumpul dalam kegiatan keagamaan di lingkungan sekitar (Sudarma, 2012).

Penyakit HIV AIDS juga menimbulkan stigma tersendiri bagi penderita dan keluarga. Dampak sosial, ekonomi, dan psikologis dirasakan sangat mendalam seperti yang diungkapkan oleh Kemensos (2011) bahwa, keluarga dengan HIV AIDS mendapatkan dampak yang luas dalam hubungan sosial dengan keluarga lain, relasi

dan jaringan kerja. Keluarga dengan HIV AIDS secara alamiah hubungan sosialnya akan berubah.

Dampak sosial bagi keluarga yang hidup dengan HIV juga bisa terjadi karena sikap / perlakuan yang tidak adil di masyarakat Banyak keluarga dengan HIV AIDS memiliki anggota keluarga yang sedikit atau hanya tinggal dengan pasangannya saja karena alasan malu dan alasan lainnya (Sutrisna, 2012).

Hasil penelitian dari Sheung Tak Cheng dan Benjamin Siankam tahun 2009 di Tiongkok Cina menjelaskan bahwa 13.5 persen dari orang tua berusia 60 tahun atau lebih hidup dengan cucu yang belum dewasa serta daerah yang mempunyai penderita HIV AIDS tinggi memiliki rumah tangga dengan sedikit orang didalamnya, atau dengan kata lain hanya hidup dengan pasangannya saja tanpa mengajak keluarga lain atau kerabat karena takut tertular atau mendapat stigma negatif di masyarakat.

Penelitian dari Ambarwati tentang dampak psikologis sosial dan spiritual tahun 2015 di Yayasan Orbit Surabaya, didapatkan bahwa (31%) pasien memiliki dampak psikologis positif dan sebagian besar (69%) memiliki dampak psikologis negatif terhadap penyakit HIV/AIDS. Untuk dampak sosial didapatkan bahwa (44,7%) pasien HIV/AIDS memiliki dampak sosial positif terhadap penyakit HIV/AIDS dan sebagian besar (55,2%) memiliki dampak sosial negatif terhadap penyakit HIV/AIDS. Sedangkan dari dampak spiritual didapatkan bahwa sebagian besar (63,1%) memiliki dampak spiritual positif terhadap penyakit HIV AIDS dan (36,8%) memiliki dampak spiritual negatif terhadap penyakit HIV AIDS.

Penelitian dari Sutrisna tahun 2012 menemukan bahwa dari hasil survey yang dilakukan pada 996 rumah tangga yang tersebar di 13 kota dan 7 provinsi ditemukan masalah stigma sosial juga didapati

sebagai masalah serius yang perlu segera ditindaklanjuti karena menyebabkan sebagian besar keluarga dengan HIV AIDS tidak membuka status anggota keluarganya pada lingkungan sekitar bahkan pada keluarga dekat. Hasil penelitian ini juga menemukan bahwa HIV lebih banyak terjadi pada responden laki-laki usia produktif, sehingga menyebabkan mereka menjadi kurang atau tidak produktif lagi sebagai kepala keluarga dan menyebabkan tingginya proporsi anak yang bekerja dan putus sekolah serta perempuan yang menjadi kepala rumah tangga dan pencari nafkah utama.

Hasil penelitian dari Pardita tentang analisis dampak sosial, ekonomi dan psikologi penderita HIV AIDS tahun 2014 di Denpasar menemukan bahwa terdapat perbedaan kunjungan ke rumah keluarga atau kerabat sebelum dan sesudah terkena HIV AIDS. Hasil penelitian ini juga menemukan bahwa terdapat perbedaan kecemasan dan rasa terbuka keluarga sebelum dan sesudah terkena HIV AIDS.

Semua hasil penelitian diatas menunjukkan bahwa dampak penyakit HIV AIDS pada penderita dan keluarga namun belum ada yang mengungkapkan secara detail dan mendalam mengenai dampak psikologi, sosial dan spiritual HIV AIDS pada keluarga dan bagaimana keluarga mengatasi masalah tersebut. Oleh karena itu peneliti ingin lebih banyak mendapatkan penjelasan mengenai dampak HIV AIDS yang dirasakan oleh keluarga dengan mempelajari secara mendalam dan memberikan penjelasan tentang Dampak Psikologis, Sosial dan Spiritual HIV AIDS pada keluarga.

B. Rumusan Masalah

Penyakit HIV AIDS yang belum ditemukan obatnya serta angka prevalensi penyakit HIV AIDS terus meningkat dan mempunyai dampak yang luas khususnya pada keluarga.

Dampak HIV AIDS pada keluarga merupakan fenomena yang penting karena merupakan persepsi subjektif keluarga. Hal ini dikarenakan bahwa persepsi keluarga tentang dampak psikologis, sosial dan spiritual HIV AIDS sangat beraneka ragam dan berhubungan dengan kondisi keluarga itu sendiri.

Banyak dampak yang terjadi pada keluarga dengan HIV AIDS khususnya dampak psikologis, sosial dan spiritual. Hal ini menjadi sangat penting untuk digali karena dapat memberikan gambaran tentang dampak HIV AIDS yang terjadi pada keluarga. Dengan demikian, peneliti akan melakukan penelitian yang mengungkapkan dampak HIV AIDS dari cerita yang secara langsung diceritakan oleh keluarga dengan HIV AIDS. Berdasarkan permasalahan tersebut, pertanyaan penelitian dapat dirumuskan sebagai berikut :

1. Bagaimana pandangan keluarga terhadap dampak psikologis, sosial dan spiritual HIV AIDS ?
2. Masalah - masalah apa yang dialami keluarga terkait dampak psikologis, sosial dan spiritual HIV AIDS ?
3. Bagaimana cara mengatasi masalah-masalah yang dihadapi keluarga terkait dampak psikologis, sosial dan spiritual HIV AIDS ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan mengeksplorasi secara mendalam dampak HIV AIDS pada keluarga.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dalam pembuatan penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Mengetahui pandangan keluarga mengenai dampak psikologis, sosial dan spiritual HIV AIDS.

- b. Mengetahui masalah - masalah yang sedang dihadapi keluarga mengenai dampak psikologis, sosial dan spiritual HIV AIDS.
- c. Mengetahui cara yang akan ditempuh keluarga dalam mengatasi masalah-masalah terkait dampak psikologis, sosial dan spiritual HIV AIDS.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Pelayanan Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan masukan dalam rangka meningkatkan profesionalisme keperawatan pada keluarga dengan HIV AIDS.

2. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat meningkatkan pengetahuan serta menambah wawasan peneliti dalam rangka penerapan ilmu di masyarakat.

3. Bagi Penelitian Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat dijadikan data dasar untuk penelitian selanjutnya, terutama untuk membuat atau mengembangkan dampak lain terkait HIV AIDS.

BAB II

KONSEP DASAR TEORI

A. Tinjauan Umum Dampak

1. Dampak HIV AIDS

a. Pengertian dampak

Dampak menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia adalah benturan, pengaruh yang mendatangkan akibat baik positif maupun negatif. Pengaruh adalah daya yang ada dan timbul dari sesuatu (orang, benda) yang ikut membentuk watak, kepercayaan atau perbuatan seseorang. Pengaruh adalah suatu keadaan dimana ada hubungan timbal balik atau hubungan sebab akibat antara apa yang mempengaruhi dengan apa yang dipengaruhi (KBBI Online, 2010).

Dampak secara sederhana bisa diartikan sebagai pengaruh atau akibat. Dalam setiap keputusan yang diambil oleh seorang atasan biasanya mempunyai dampak tersendiri, baik itu dampak positif maupun dampak negatif. Dampak juga bisa merupakan proses lanjutan dari sebuah pelaksanaan pengawasan internal. Seorang pemimpin yang handal sudah selayaknya bisa memprediksi jenis dampak yang akan terjadi atas sebuah keputusan yang akan diambil.

Dari penjelasan diatas maka kita dapat membagi dampak ke dalam dua pengertian yaitu

1) Pengertian Dampak Positif

Dampak adalah keinginan untuk membujuk, meyakinkan, mempengaruhi atau memberi kesan kepada orang lain, dengan tujuan agar mereka mengikuti atau mendukung

keinginannya. Sedangkan positif adalah pasti atau tegas dan nyata dari suatu pikiran terutama memperhatikan hal-hal yang baik. positif adalah suasana jiwa yang mengutamakan kegiatan kreatif dari pada kegiatan yang menjemukan, kegembiraan daripada kesedihan, optimisme dari pada pesimisme.

2) Pengertian dampak negatif

Dalam kamus besar Bahasa Indonesia dampak negatif adalah pengaruh kuat yang mendatangkan akibat negatif. Dampak adalah keinginan untuk membujuk, meyakinkan, mempengaruhi atau memberi kesan kepada orang lain, dengan tujuan agar mereka mengikuti atau mendukung keinginannya. berdasarkan beberapa penelitian ilmiah disimpulkan bahwa negatif adalah pengaruh buruk yang lebih besar dibandingkan dengan dampak positifnya.

Jadi dapat disimpulkan pengertian dampak negatif adalah keinginan untuk membujuk, meyakinkan, mempengaruhi atau memberi kesan kepada orang lain, dengan tujuan agar mereka mengikuti atau mendukung keinginannya yang buruk dan menimbulkan akibat tertentu.

b. Dampak HIV pada keluarga

1) Dampak psikologis

Timbulnya kecemasan dan depresi, karena banyak hal yaitu: sudah terinfeksi penyakit mengerikan, ditolak lingkungan, tidak mampu memiliki jalan keluar, tidak yakin akan kesembuhan anggota keluarganya, akibat buruk HIV AIDS termasuk karena stigma dan diskriminasi oleh mitra, teman, dan masyarakat. Kebahagiaan dan ketahanan keluarga menjadi berkurang.

Kubler Ross (1974) menguraikan lima tahap reaksi emosi seseorang terhadap penyakit, yaitu :

a) Peningkaran (*denial*)

Pada tahap pertama orang menunjukkan karakteristik perilaku peningkaran, mereka gagal memahami dan mengalami makna rasional dan dampak emosional dari diagnosa. Peningkaran ini dapat disebabkan karena ketidaktahuan terhadap sakitnya atau sudah mengetahuinya dan mengancam dirinya. Peningkaran dapat berlalu sesuai dengan kemungkinan memproyeksikan pada apa yang diterima sebagai alat yang berfungsi sakit, kesalahan laporan laboratorium, atau lebih mungkin perkiraan dokter dan perawat yang tidak kompeten. Peningkaran diri yang mencolok tampak menimbulkan kecemasan, peningkaran ini merupakan *buffer* untuk menerima kenyataan yang sebenarnya. Peningkaran biasanya bersifat sementara dan segera berubah menjadi fase lain dalam menghadapi kenyataan (Yani, 1999) yang dikutip oleh Nursalam & Kurniawati, 2008.

b) Kemarahan (*anger*)

Apabila peningkaran tidak dapat dipertahankan lagi, maka fase pertama berubah menjadi kemarahan. Perilaku ini secara karakteristik dihubungkan dengan marah dan rasa bersalah. Manusia akan mengalihkan kemarahan pada segala sesuatu yang ada disekitarnya. Biasanya kemarahan diarahkan pada dirinya sendiri dan timbul penyesalan. Yang menjadi sasaran utama atas kemarahan adalah perawat, semua tindakan perawat

serba salah, pasien banyak menuntut, cerewet, cemberut, tidak bersahabat, kasar, menantang, tidak mau bekerja sama, sangat marah, mudah tersinggung, minta banyak perhatian dan iri hati. Jika keluarga mengunjungi maka menunjukkan sikap menolak, yang mengakibatkan keluarga segan untuk datang, hal ini akan menyebabkan bentuk keagresipan (Hudak & Gallo, 1996) yang dikutip oleh Nursalam & Kurniawati, 2008.

c) Sikap tawar menawar (*bargaining*)

Setelah marah-marah berlalu, manusia akan berfikir dan merasakan bahwa protesnya tidak ada artinya. Mulai timbul rasa bersalahnya dan mulai membina hubungan dengan Tuhan, meminta dan berjanji merupakan ciri yang jelas yaitu manusia menyanggupi akan menjadi lebih baik bila terjadi sesuatu yang menimpanya atau berjanji lain jika dia dapat sembuh (Yani, 1999) yang dikutip oleh Nursalam & Kurniawati, 2008.

d) Depresi

Selama fase ini manusia sedih / berkabung mengesampingkan marah dan pertahanannya serta mulai mengatasi kehilangan secara konstruktif. Manusia mencoba perilaku baru yang konsisten dengan keterbatasan baru. Tingkat emosional adalah kesedihan, tidak berdaya, tidak ada harapan, bersalah, penyesalan yang dalam, kesepian dan waktu untuk menangis berguna pada saat ini. Perilaku fase ini termasuk mengatakan ketakutan akan masa depan, bertanya peran baru dalam keluarga intensitas depresi tergantung pada makna dan

beratnya penyakit (Netty, 1999) yang dikutip oleh Nursalam & Kurniawati, 2008.

e) Penerimaan dan partisipasi

Sesuai dengan berlalunya waktu dan manusia beradaptasi, kepedihan dari kesabaran yang menyakitkan berkurang dan bergerak menuju identifikasi sebagai seseorang yang keterbatasan karena penyakitnya dan sebagai seorang cacat. Manusia mampu bergantung pada orang lain jika perlu dan tidak membutuhkan dorongan melebihi daya tahannya atau terlalu memaksakan keterbatasan atau ketidakadekuatan (Hudak & Gallo, 1996) yang dikutip oleh Nursalam & Kurniawati, 2008. Proses ingatan jangka panjang yang terjadi pada keadaan stres yang kronis akan menimbulkan perubahan adaptasi dari jaringan atau sel. Adaptasi dari jaringan atau sel imun yang memiliki hormon kortisol dapat terbentuk bila dalam waktu lain menderita stres, dalam teori adaptasi dari Roy dikenal dengan mekanisme regulator.

Berdasarkan hasil penelitian dari Nursalam dkk. (2014) menjelaskan bahwa sebagian keluarga penderita HIV TKI berada pada tahap *bargaining*, sedangkan keluarga penderita HIV non TKI pada tahap *acceptance* (menerima). Adanya anggota keluarga yang terinfeksi HIV & AIDS dipandang sebagai sumber stresor bagi keluarga, sehingga respons psikologis atau tingkat penerimaan responden terhadap anggota keluarga yang terinfeksi HIV & AIDS berbeda tergantung dari bagaimana respon psikologis keluarga.

2) Dampak sosial.

Salah satu konsekuensi terburuk dari dampak HIV dan AIDS adalah stigma dan diskriminasi yang dihadapi para penderita tetapi juga keluarga. Stigma dan diskriminasi bukan hanya berbahaya bagi para penderita HIV dan AIDS, tetapi keluarga. Diskriminasi terhadap hal yang berkaitan dengan HIV dan AIDS mengakibatkan keluarga yang telah sadar dengan kondisi anggota keluarganya akan merahasiakan keadaan tersebut, menarik diri dan terisolasi. Orang cenderung takut kepada hal yang belum diketahuinya. Stigma ini juga hasil dari ketakutan yang tidak masuk akal tentang HIV.

Banyak stigma tentang HIV dan AIDS berasal dari kenyataan bahwa virus HIV seringkali ditularkan oleh kelompok orang yang berperilaku negatif yang ditolak oleh masyarakat umum, seperti penyalahgunaan narkoba dengan jarum suntik, dan pekerja seks. Wanita pengidap HIV juga menderita stigma karena orang pada umumnya menganggap bahwa wanita tersebut mendapat HIV akibat melakukan hubungan seks dengan banyak pasangan sehingga tertular virus HIV. Namun demikian banyak juga wanita penderita HIV justru setia kepada pasangannya atau suaminya dan kemungkinan pasangan prianya menularkan virus tersebut. Nyatanya memang perilaku berisiko pada suami atau pasangan prianya telah menyebabkan penularan virus HIV tersebut. Riset tentang diskriminasi berkaitan dengan HIV dan AIDS di Asia yang dilakukan oleh Jejaring Orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) se-Asia Pasifik menemukan bahwa penyebab utama diskriminasi terletak di

sektor pelayanan kesehatan, di mana pengobatan ditolak, kerahasiaan dilanggar serta penundaan pelayanan kesehatan. Dalam keluarga dan masyarakat ditemukan bahwa penderita wanita secara signifikan lebih menderita akibat diskriminasi dibandingkan pria. Mereka sering menjadi obyek cemoohan, pelecehan, kekerasan fisik dan beberapa di antaranya dipaksa untuk pindah tempat tinggal.

Hasil penelitian dari Nursalam dkk (2014) menyatakan bahwa sebagian anggota keluarga mulai jarang berinteraksi dengan lingkungan karena merasa malu setelah diketahui penyakit anggota keluarga mereka di masyarakat. Hasil survey dari komunitas AIDS Indonesia tahun 2010 menyatakan bahwa terdapat diskriminasi dari tetangga, isolasi sosial, dan kekerasan verbal terhadap keluarga atau rumah tangga dengan HIV AIDS.

3) Dampak spiritual.

Respons Adaptif Spiritual dikembangkan dari konsep Ronaldson (2000) dan Kauman & Nipan (2003). Respons adaptif Spiritual, meliputi :

a) Harapan yang realistis

Harapan merupakan salah satu unsur yang penting dalam dukungan sosial. Menguatkan harapan yang realistis kepada keluarga terhadap kesembuhan anggota keluarga merupakan hal yang amat penting. Orang bijak mengatakan “hidup tanpa harapan, akan membuat orang putus asa dan bunuh diri”. Keluarga harus meyakinkan kepada pasien bahwa sekecil apapun kesembuhan yang didapat itu merupakan suatu yang berharga.

b) Tabah dan sabar

Ketabahan hati Karakteristik seseorang didasarkan pada keteguhan dan ketabahan hati dalam menghadapi cobaan. Individu yang mempunyai kepribadian yang kuat, akan tabah dalam menghadapi setiap cobaan.

c) Pandai mengambil hikmah

Dalam hal ini adalah mengingatkan dan mengajarkan kepada manusia untuk selalu berfikir positif terhadap semua cobaan yang dialaminya. Dibalik semua cobaan yang dialami manusia pasti ada maksud dari Sang Pencipta. Manusia harus lebih mendekatkan diri kepada Sang Pencipta dengan jalan melakukan ibadah secara terus menerus. Sehingga manusia diharapkan memperoleh suatu ketenangan selama sakit.

Berdasarkan hasil penelitian dari Nursalam dkk. (2014) sebagian besar anggota keluarga memiliki respon adaptif spiritual yaitu tabah dan menerima penyakit anggota keluarganya dan bersikap seperti tidak ada yang terjadi dalam arti dapat melupakan diagnosa penyakit yang diterima anggota keluarganya.

B. Tinjauan Umum HIV AIDS

1. Pengertian HIV AIDS

HIV adalah singkatan dari *Human Immunodeficiency Virus* yang dapat menyebabkan AIDS dengan cara menyerang sel darah putih yang bernama sel CD4 sehingga dapat merusak sistem kekebalan tubuh manusia yang pada akhirnya tidak dapat bertahan

dari gangguan penyakit yang sangat ringan sekalipun.(DepKes RI, 2010).

AIDS (*Acquired immunodeficiency syndrome*) diartikan sebagai bentuk paling berat dari keadaan sakit terus menerus yang berkaitan dengan infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Manifestasi infeksi HIV berkisar mulai dari kelainan ringan dalam respons imun tanpa tanda dan gejala yang nyata hingga keadaan immunosupresi yang berat yang berkaitan dengan berbagai infeksi yang dapat membawa kematian dan kelainan malignitas yang jarang terjadi (Nursalam dan Kurniawati, 2008).

AIDS adalah suatu gejala berkurangnya kemampuan pertahanan diri yang disebabkan oleh masuknya virus HIV ke dalam tubuh seseorang (Kemenkes, 2011).

2. Etiologi

- a) Human Immunodefisiensi Virus (HIV)
- b) Virus RNA
- c) RNA REVERSE TRANS – DNA

3. Patofisiologi

HIV tergolong sebagai kelompok virus yang dikenal sebagai *retrovirus* yang menunjukkan bahwa virus tersebut membawa materi genetiknya dalam *asam Ribonukleat (RNA)* dan bukan dalam *asam Dioksiribonukleat (DNA)*. Virus ini ditransmisikan melalui kontak seksual, darah dan produk darah yang terinfeksi, serta melalui perinatal. Virus ini memasuki tubuh dan terutama menginfeksi sel yang mempunyai molekul CD₄. Kelompok sel terbesar yang mempunyai molekul CD₄ adalah limfosit T₄. sel-sel target yang lain adalah monosit, makrofag, sel dendrit, sel langerhans, dan sel mikroglia. Setelah mengikat molekul CD₄ virus

memasuki sel target dan melepaskan selubung luarnya (*virion virus*).

RNA retrovirus di transkripsi menjadi DNA melalui transkripsi terbalik dengan menggunakan *enzim reverse transkriptase* untuk melakukan pemrograman ulang materi genetik dan sel T₄ yang terinfeksi untuk membuat *double-stranded DNA* (DNA lintas ganda). DNA akan disatukan ke dalam nukleus sel T₄ (sel targe) dan membentuk *pro virus*. *Pro virus* dapat menghasilkan protein viru baru, yang bekerja hampir menyerypai pabrik untuk virus-virus baru. Infeksi monosit dan makrofag tampaknya berlangsung secara persisten dan tidak mengakibatkan kematian sel yang bermakna, tetapi sel-sel ini menjadi *reservoir* bagi HIV sehingga virus tersebut dapat tersembunyi dari sistem imun dan terangkut keseluruh tubuh lewat sistem ini untuk menginfeksi pelbagai jaringan tubuh.

Dalam respons imun, limfosit T₄ memainkan beberapa peran yang penting yaitu:

- a) Mengenali anti gen yang asing
- b) Mengaktifkan limfosit B yang memproduksi anti bodi
- c) Menstimulasi sel T sitotoksik
- d) Memproduksi limfokin dan mempertahankan tubuh terhadap infeksi parasit. Namun justru sel inilah yang diinfeksi dan kemudian di rusak oleh HIV. Karena proses infeksi dan pengambil alihan sel T₄ mengakibatkan kelainan dari kekebalan, maka ini memungkinkan perkembangan neoplasma dan infeksi *oportunistik* (infeksi yang terjadi sebagai akibat dari gangguan sistem imun).

4. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis penyakit AIDS menyebar luas dan pada dasarnya dapat mengenai setiap sistem organ. Penyakit yang

berkaitan dengan infeksi HIV dan penyakit AIDS terjadi akibat infeksi, malignasi dan atau efek langsung HIV pada jaringan tubuh. Pembahasan berikut ini dibatasi pada manifestasi klinis dan akibat dari infeksi HIV yang paling sering ditemukan.

a) Respiratorius

Gejala napas yang pendek, sesak napas (dispneu) batuk-batuk, nyeri dada, dan demam akan menyertai berbagai infeksi oportunistik (infeksi yang disebabkan oleh kerusakan kekebalan tubuh).

b) Gastrointestinal

Kandidiasis oral ditandai oleh bercak-bercak putih seperti krim dalam rongga mulut. Kalau tidak diobati, kandidiasis oral akan berlanjut dengan mengenai esofagus dan lambung. Tanda-tanda dan gejala yang menyertai mencakup keluhan menelan yang sulit serta nyeri dan rasa sakit di balik sternum.

Sindrom pelisutan (Wasting Sindrom) kriteria diagnostiknya mencakup penurunan berat badan yang tidak dikehendaki yang melampaui 10 % dari berat badan dasar, diare yang kronis, selama lebih dari 30 hari atau kelemahan yang kronis, dan demam yang kambuhan atau menetap tanpa adanya penyakit lain yang dapat menjelaskan gejala ini.

c) Neurologik

Encefalopati HIV disebut pula sebagai kompleks dimensia AIDS. Infeksi ini akan menyebabkan kerusakan neurotransmitter. Manifestasi dini mencakup gangguan daya ingat, sakit kepala, kesulitan konsentrasi, konfusi progresif, perlambatan psikomotorik, apatis dan ataksia, stadium lanjut mencakup gangguan kognitif global, kelambatan dalam respons verbal, gangguan afektif seperti pandangan yang kosong, hiperefleksi

paraparesis spastik, halusinasi, tremor, inkontinensia, serangan kejang dan kematian.

Cryptococcus neofarmans

ditandai gejala seperti demam/panas, sakit kepala, keadaan tidak enak badan (malaise), kaku kuduk, mual, vomitus, perubahan status mental, dan kejang-kejang. Dignosis ditegakkan dengan analisis cairan cerebrospinal.

5. Pemeriksaan diagnostik

- a) Serologis : skrining HIV dengan ELISA, tes Western Blot, limfosit T
- b) Pemeriksaan darah rutin
- c) Pemeriksaan neurologis

6. Penularan

Ada tiga jalur utama penularan HIV; yaitu melalui selaput lendir, darah *dan* produk darah, serta in utero. pada kaum homoseks praktik anal intercourse atau anal manipulation akan meningkatkan kemungkinan trauma pada mukosa rektum dan selanjutnya memperbesar peluang untuk tertular HIV. Hubungan heteroseksual pada seseorang dengan frekuensi berganti pasangan tinggi merupakan faktor penularan yang tinggi.

Penularan dapat pula terjadi pada pemakai obat bius intravena yang menggunakan spoit yang terkontaminasi secara bergantian. Pemberian transfusi darah dapat pula menularkan HIV, namun demikian risiko yang berkaitan dengan transfusi kini sudah banyak berkurang, sebagai hasil pemeriksaan serologi yang secara sukarela diminta sendiri, konsentrat faktor pembekuan dengan pemanasan, dan cara-cara inaktivasi virus secara yang semakin efektif (Donegan dalam C. Smeltzer S.). Petugas (perawat) dapat pula menjadi sasaran penularan HIV melalui tusukan jarum suntik

yang secara tidak sengaja. Penularan dari ibu ke janin dapat terjadi melalui in utero, dan melalui air susu ibu.

C. Tinjauan Umum Keluarga

1. Pengertian Keluarga

Keluarga adalah satu atau lebih individu yang tinggal bersama, sehingga mempunyai ikatan emosional, dan mengembangkan dalam interelasi sosial, peran dan tugas(Allender & Spradley, 2001) yang dikutip oleh Sutanto (2012).

Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan, atau adopsi, hidup dalam satu rumah tangga, saling berinteraksi satu sama lainnya dalam perannya dan menciptakan dan mempertahankan suatu budaya (Bailon & Maglaya, 1997) yang dikutip oleh Sutanto (2012).

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang berasal dari kelompok keluarga yang sama atau yang berbeda dan saling mengikutsertakan dalam kehidupan yang terus menerus, biasanya bertempat tinggal dalam satu rumah, mempunyai ikatan emosional dan adanya pembagian tugas antara satu dengan yang lainnya (Stanhope & Lancaster 1996) yang dikutip oleh Sutanto (2012).

Keluarga adalah suatu sitem sosial dan merupakan sebuah kelompok kecil yang terdiri dari individu yang memiliki hubungan erat satu sama lain, saling tergantung yang terorganisir dalam satu unit tunggal dalam rangka mencapai tujuan tertentu (Friedman 1998) yang dikutip oleh Sutanto (2012).

2. Tujuan keluarga

Karena keluarga merupakan unit dasar masyarakat. Unit dasar ini memiliki pengaruh begitu kuat terhadap perkembangan individu yang dapat menentukan keberhasilan kehidupan individu

tersebut. Keluarga berfungsi sebagai buffer atau sebagai perantara antar masyarakat dan individu, yakni mewujudkan semua harapan dan kewajiban masyarakat dengan memenuhi kebutuhan setiap anggota keluarga serta menyiapkan peran anggotanya menerima pesan di masyarakat.

Keluarga juga merupakan sistem terbuka sehingga dipengaruhi oleh supra sistemnya yaitu lingkungan, lingkungan disini adalah masyarakat. Oleh karena itu betapa pentingnya peran dan fungsi keluarga membentuk manusia sebagai anggota masyarakat yang sehat biopsikososial spiritual.

Hal itu tak terlepas bahwa setiap anggota keluarga memiliki kebutuhan dasar yang menyangkut kebutuhan fisik, psikologis maupun sosial. Sebuah keluarga diharapkan dapat bertanggung jawab untuk memenuhi kebutuhan anggotanya yang beraneka ragam, pada saat yang bersamaan masyarakat mengharapkan setiap anggota memenuhi kewajiban-kewajiban sebagai anggota masyarakat (Padila, 2012).

3. Fungsi Keluarga

Menurut Friedman, 1998 yang dikutip oleh Padila, 2012 mengidentifikasi lima dasar fungsi keluarga yakni

a. Fungsi afektif

Fungsi afektif berhubungan dengan fungsi internal keluarga yang merupakan basis kekuatan keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial.

Komponen yang perlu dipenuhi oleh keluarga untuk memenuhi fungsi afektif adalah

- 1) Saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan, saling menerima dan mendukung. Setiap anggota keluarga yang mendapat kasih sayang dan dukungan maka kemampuannya memberi

akan meningkat sehingga tercipta hubungan yang hangat dan saling mendukung.

2) Saling menghargai, dengan mempertahankan iklim yang positif dimana setiap anggota keluarga baik orang tua maupun anak diakui dan dihargai keberadaan dan haknya.

3) Ikatan dan identifikasi, ikatan ini dimulai sejak pasangan hidup baru. Kemudian dikembangkan dan disesuaikan dengan berbagai aspek kehidupan dan keinginan tidak dapat dicapai sendiri, misalnya mempunyai anak. Hubungan selanjutnya menjadi orang tua dan anak melalui proses identifikasi. Proses identifikasi merupakan inti dari ikatan kasih sayang.

b. Fungsi sosialisasi

Fungsi sosialisasi adalah proses perkembangan dan perubahan yang dialami individu yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosial (Gegas, 1979 dan Friedman, 1998), sedangkan Soekanto (2000) mengemukakan bahwa sosialisasi adalah suatu proses dimana anggota keluarga masyarakat yang baru mempelajari norma-norma masyarakat dimana dia menjadi anggota. Keluarga merupakan tempat dimana individu melakukan sosialisasi. Tahap perkembangan individu dan keluarga akan dicapai melalui interaksi atau hubungan yang diwujudkan dalam sosialisasi.

c. Fungsi reproduksi

Keluarga mempunyai fungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan meningkatkan sumberdaya manusia. Dengan adanya program keluarga berencana, maka fungsi ini sedikit dapat terkontrol. Namun disisi lain banyak kelahiran yang tidak

diharapkan atau diluar ikatan perkawinan sehingga lahirnya keluarga baru dengan satu orang tua.

d. Fungsi ekonomi

Untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti makanan, pakaian dan rumah, maka keluarga memerlukan sumber keuangan. Fungsi ini sulit dipenuhi oleh keluarga dibawa garis kemiskinan. Perawat berkontribusi untuk mencari sumber-sumber di masyarakat yang dapat digunakan keluarga untuk meningkatkan status kesehatan mereka.

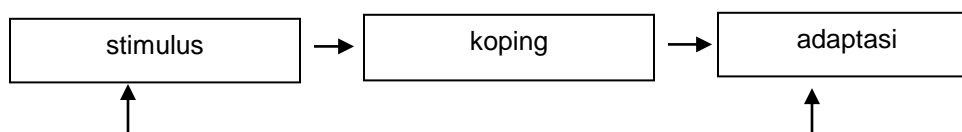
e. Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi lain keluarga adalah fungsi perawatan kesehatan. Selain keluarga menyediakan makanan, pakaian dan rumah, keluarga juga berfungsi melakukan asuhan kesehatan terhadap anggota keluarganya baik untuk mencegah terjadinya gangguan maupun merawat anggota yang sakit. Keluarga juga menentukan kapan anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan memerlukan bantuan atau pertolongan tenaga profesional. Kemampuan ini sangat mempengaruhi status kesehatan individu dan keluarga. Kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan kesehatan terhadap anggotanya dapat dilihat dari tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan. Tugas kesehatan tersebut adalah (Friedman, 1998) yang dikutip oleh Padila 2012 :

- 1) Mengenal masalah kesehatan
- 2) Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat
- 3) Memberi perawatan pada anggota yang sakit
- 4) Mempertahankan suasana rumah yang sehat
- 5) Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat

4. Stress dan koping keluarga

Keluarga secara terus menerus dihadapkan perubahan-perubahan. Stumulus untuk perubahan ini datang dari luar dan dalam. Supaya dapat berlangsung hidup dan terus berkembang, maka strategi dan proses koping keluarga sangat penting bagi keluarga dalam menghadapi tuntutan yang ada.



Gambar stimulus adaptasi (Roy ,1991 yang dikutip oleh Padilla, 2012).

a. Sumber stressor keluarga

Stressor merupakan agen-agen pencetus atau penyebab stress. Dalam keluarga stressor biasanya berkaitan dengan kejadian-kejadian dalam hidup yang cukup serius yang menimbulkan perubahan dalam sistem keluarga, dapat berupa kejdian atau pengalaman antar pribadi (dalam atau luar keluarga), lingkungan, ekonomi serta sosial budaya dan presepsi keluarga terhadap kejadian.

Sedangkan stress adalah keadaan tegang akibat stressor atau oleh tuntutan yang belum tertangani. Stress dalam keluarga sulit diukur. Adaptasi adalah proses penyesuaian terhadap perubahan adaptasi bisa positif bisa negative yang dapat meningkatkan peningkatan atau menurunkan kesehatan keluarga.

b. Koping keluarga

Koping keluarga menunjukan pada analisa kelompok keluarga (analisa interaksi). Koping keluarga didefenisikan sebagai respon positif yang digunakan keluarga untuk

memecahkan masalah (mengendali stress). Berkembang dan berubah sesuai dengan tuntutan /stressor yang dialami. Sumber koping keluarga bisa internal yaitu dari anggota keluarga sendiri dan eksternal yaitu dari luar keluarga.

Demikian halnya dengan koping keluarga dapat berupa koping internal berupa kemampuan keluarga yang kohesif dan terintegrasi yang dicirikan dimana anggota keluarga memiliki tanggung jawab kuat terhadap keluarga, maupun memodifikasi peran keluarga bila dibutuhkan (fleksibel) dan pola komunikasi dalam keluarga yang baik mengandalkan kelompok keluarga, penggunaan humor, pengungkapan bersama yang semakin meningkat, mengontrol arti atau makna masalah dan pemecahan masalah bersama. Sedangkan koping eksternal berhubungan dengan penggunaan *sosial suport sistem* oleh keluarga dapat berupa mencari informasi, memelihara hubungan aktif dengan komunitas, mencari dukungan sosial dan mencari dukungan spiritual.

c. Sumber dasar stress keluarga

Begitu banyak perubahan dan stressor yang dihadapi oleh keluarga dari waktu ke waktu. Minuchin,1979 yang dikutip oleh Padila, 2012 melihat sumber dasar stress dalam dua sumber yaitu:

- 1) Kontak penuh stress dari anggota keluarga dengan kekuatan diluar keluarga.
- 2) Kontak penuh stress seluruh anggota keluarga dengan kekuatan diluar keluarga.

Dampak stressor pada keluarga dapat berupa rusaknya keluarga pencarian atau kematian.

d. Krisis keluarga

Sebuah krisis timbul karena sumber - sumber dan strategi adaptif tidak secara efektif mengatasi stressor. Krisis keluarga diartikan sebagai suatu keadaan atau kekacauan dalam keluarga yang penuh dengan stres tanpa ada penyelesaian masalah. Ada dua tipe krisis yang terdapat dalam keluarga yaitu krisis perkembangan dan krisis situasi. Krisis perkembangan (maturasional) merupakan perkembangan psikososial anggota keluarga. Sedangkan krisis situasi adalah kejadian atau stres yang tidak bisa (tidak diharapkan) seperti, sakit dan kematian.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Penelitian yang dilakukan bertujuan melihat dampak HIV AIDS yang terjadi pada keluarga yang memiliki anggota HIV AIDS. Penelitian ini menggunakan desain penelitian metode kualitatif yaitu menggali dan mengeksplorasi lebih mendalam tentang dampak psikologis, sosial dan spiritual HIV AIDS yang terjadi pada keluarga sehingga data yang diperoleh lebih lengkap dan lebih bermakna.

Penelitian ini menggunakan pendekatan fenomenologi. Pendekatan fenomenologi merupakan suatu pendekatan dalam mempelajari makna dari pengalaman manusia menjalani suatu fase dalam kehidupannya. Tujuan penelitian fenomenologi adalah mendeskripsikan, menginterpretasikan dan menganalisis data secara mendalam, lengkap, dan terstruktur untuk memperoleh intisari dari pengalaman hidup individu membentuk kesatuan makna atau arti dari pengalaman hidup tersebut dalam bentuk cerita, narasi, dan bahasa atau perkataan dari masing-masing individu.

Pendekatan ini dipilih agar pengalaman partisipan dapat digali lebih mendalam sehingga gambaran keluarga yang memiliki anggota HIV AIDS mengenai dampak HIV AIDS pada keluarga dapat tergambar secara nyata.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat

Penelitian ini dilakukan di wilayah Kota Makassar. Alasan pemilihan tempat ini adalah bahwa cukup banyak terjadi kasus HIV AIDS di wilayah Kota Makassar yang dibuktikan dari profil kesehatan kota Makassar oleh Dinas Kesehatan Kota Makassar tahun 2014 bahwa terdapat peningkatan kasus dari tahun 2010 sebanyak 458 menjadi 1000 kasus pada tahun 2013.

2. Waktu

Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Februari 2017, dengan waktu wawancara setiap responden kurang lebih selama 30-45 menit atau dapat disesuaikan dengan kondisi saat dilakukannya wawancara.

C. Partisipan

Dalam penelitian kualitatif tidak menggunakan istilah populasi, tetapi oleh Spradley dinamakan "*social situation*" atau situasi sosial. Proses pemilihan partisipan juga tidak berfungsi untuk mewakili populasi, tetapi mewakili informasi. Oleh karena itu, penentuan subjek penelitian (partisipan) bukan pada besarnya orang yang diperlukan untuk memberikan informasi (data), melainkan siapa saja diantara mereka yang lebih banyak terlibat dalam peristiwa dan memiliki informasi penting yang diperlukan dalam penelitian.

Subjek dalam penelitian ini adalah keluarga yang memiliki anggota HIV AIDS yang berada di wilayah kota Makassar. Pemilihan partisipan dalam penelitian ini dengan menggunakan teknik *nonprobability sampling* dengan sampel partisipan dipilih secara *purposive sampling*. Teknik *purposive sampling* merupakan pemilihan individu sebagai partisipan dalam penelitian berdasarkan pengalaman

individu tentang fenomena yang akan diteliti sehingga memudahkan peneliti dalam menjelajahi objek atau situasi sosial yang akan diteliti.

Semua partisipan yang dipilih pada penelitian ini harus memiliki kriteria - kriteria yakni bersedia menjadi partisipan dan memiliki anggota keluarga yang menderita penyakit HIV AIDS. Pada identifikasi awal pada saat melakukan kontrak, dilakukan wawancara singkat untuk menilai kemampuan pasien dalam menyampaikan pengalamannya dengan bahasa yang dapat dimengerti oleh peneliti dan telah bersedia menjadi partisipan dengan menandatangani surat persetujuan (*informed consent*) yang diberikan.

D. Instrumen Penelitian dan Teknik Pengumpulan Data

1. Instrumen Penelitian

Pada penelitian ini, terdapat beberapa instrumen penelitian yang akan digunakan dalam memperoleh informasi dari partisipan. Instrumen tersebut terdiri dari :

a. *Human instrument*

Yang dimaksud dari *Human instrument* adalah peneliti itu sendiri. Hal ini dikarenakan peneliti sekaligus sebagai perencana, pelaksana pengumpulan data, analisis, dan pelapor hasil penelitian.

b. Buku catatan dan alat tulis (*field note*)

Peneliti melakukan pencatatan pada buku catatan yang berupa coretan seperlunya yang sangat dipersingkat, berisi kata-kata kunci, frasa, pokok-pokok isi pembicaraan atau pengamatan. Catatan tersebut kemudian akan diubah kedalam bentuk catatan yang lengkap yang disebut catatan lapangan. Catatan lapangan adalah catatan tertulis tentang apa yang didengar, dilihat, dialami dan dipikirkan dalam rangka

pengumpulan data refleksi terhadap data dalam penelitian kualitatif.

c. *Tape record/Handycam*

Tape record / Handycam berfungsi merekam suara atau video proses wawancara dari subjek (partisipan) yang akan diteliti. Fungsi alat perekam ini adalah untuk mempermudah peneliti dalam membuat transkrip wawancara, sehingga peneliti dapat mencatat pengalaman para partisipan dan memudahkan dalam pembuatan catatan lapangan. Dengan menggunakan *Tape record/Handycam* dapat meningkatkan keabsahan penelitian dan dapat menjadi salah satu bukti telah dilakukannya proses pengumpulan data. Penggunaan *Tape record/Handycam* dalam proses pengumpulan data nantinya harus terlebih dahulu meminta izin dari partisipan sehingga tidak menjadi suatu halangan dalam melakukan proses pengumpulan data nantinya.

2. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data dilakukan pada penelitian ini adalah dengan teknik triangulasi yang diartikan sebagai teknik pengumpulan data yang bersifat penggabungan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. Dalam penelitian ini, peneliti akan melakukan pengumpulan data menggunakan teknik wawancara mendalam (*indepth interview*) dan teknik observasi yang akan ditunjang dengan dokumentasi untuk melengkapi data yang dikumpulkan lewat wawancara.

a. Wawancara

Teknik wawancara yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan teknik wawancara semi standar atau semi struktur kepada partisipan untuk memperoleh

informasi tentang dampak HIV AIDS yang terjadi pada keluarga mereka. Pendekatan menggunakan petunjuk umum wawancara yang merupakan kombinasi wawancara terpimpin dan tak terpimpin yang menggunakan beberapa inti pokok pertanyaan yang diajukan, yaitu peneliti membuat garis besar pokok-pokok pembicaraan, namun dalam pelaksanaannya peneliti mengajukan pertanyaan secara bebas, pokok-pokok pertanyaan yang dirumuskan tidak perlu dipertanyakan secara berurutan dan pemilihan kata-katanya juga tidak baku tetapi dimodifikasi pada saat wawancara berdasarkan situasinya.

b. Observasi

Teknik observasi akan digunakan oleh peneliti dalam penelitian ini akan berjalan secara bersamaan dengan wawancara. Hal ini bertujuan untuk melihat keadaan umum partisipan, ekspresi partisipan saat dilakukannya wawancara, serta melihat bagaimana cara partisipan dalam menjawab pertanyaan-pertanyaan yang diberikan oleh peneliti nantinya.

E. Analisa Data

Teknik analisa data yang dilakukan adalah teknik analisis dengan menggunakan metode analisis konten (*content analysis*). Analisis konten merupakan salah satu metode yang sering digunakan dalam penelitian kualitatif terutama dalam bidang keperawatan dimana dalam rangkaian mengurangi unsur subyektifitas maka analisis dilakukan secara cermat dengan membaca, memahami, menelaah dan menganalisis makna yang terkandung dalam data yang diperoleh. Langkah dalam membuat analisis konten yaitu: membuat transkrip data, menentukan *meaning unit*, meringkas dan

mengorganisir data, melakukan abstraksi data, mengidentifikasi variable, menarik kesimpulan.

1. Membuat Transkrip Data

Data yang telah diperoleh peneliti dilapangan ditranskrip menjadi sebuah teks narasi berisi pernyataan informan atau partisipan.

2. Menentukan *Meaning Unit*

Meaning Unit yaitu kata, kalimat atau paragraf yang saling berhubungan melalui isinya dan membentuk suatu makna, dalam tahap ini peneliti akan memilih beberapa kata, kalimat atau paragraf yang bermakna dari data yang sudah ditranskrip atau dinarasikan, dimana peneliti dapat menghilangkan data yang tidak relevan namun tidak mengurangi makna dari data secara keseluruhan.

3. Meringkas dan Mengorganisir Data

Dalam tahap ini peneliti akan mengatur, mengelompokkan data dari hasil *meaning Unit* atau data yang mengandung makna sesuai dengan topik dan pertanyaan yang diajukan.

4. Melakukan Abstraksi Data

Abtraksi data yaitu mengelompokkan data yang memiliki makna kemudian membuat label terhadap data tersebut, dalam tahap ini peneliti membuat makna atau mengartikan adata desuai dengan isi dari data tersebut, dengan membuat label dari suatu unit data, mengelompokkan beberapa label serupa menjadi suatu kategori tertentu serta membuat suatu tema dari beberapa kategori yang berhubungan. Langkah dalam abtraksi data dibagi menjadi tiga tahap yaitu:

a. *Coding*

Coding adalah membuat label dari data yang memiliki makna tertentu, setiap *meaning unit* diberi label dengan kode berupa kata atau frase yang dibuat oleh peneliti berdasarkan apa yang disampaikan oleh partisipan.

b. Membuat kategori

Peneliti kemudian membuat kategori dari beberapa label, beberapa kode atau label yang sama di kelompokkan menjadi suatu kategori, sedangkan beberapa kode lainnya membentuk suatu kategori yang lain pula. Satu data tidak boleh masuk ke dalam dua kategori yang berbeda. Satu data yang telah dilabel hanya dapat membentuk suatu kategori yang artinya suatu data hanya sesuai untuk satu kategori, sedangkan satu kategori dapat dibentuk oleh lebih dari satu data.

c. Menyusun tema

Tema merupakan ekspresi dari hasil isi laten sebuah teks yang telah dibuat dalam bentuk kategori. Satu tema disusun dalam beberapa kategori-kategori dalam kelompok yang sama.

5. Mengidentifikasi variabel

Tema-tema yang teridentifikasi dari kumpulan data dirumuskan dan dikelompokkan menjadi suatu variabel. Variabel-variabel yang telah teridentifikasi dari kumpulan tema kemudian dilihat kecenderungannya. Pada tahap ini peneliti melakukan verifikasi dari data secara keseluruhan untuk mendukung adanya hubungan sebab akibat.

6. Menarik kesimpulan

Pada tahap ini peneliti memahami kembali seluruh isi data dan mengidentifikasi isi data dan mengidentifikasi benang merah dari kesimpulan kategori, tema, hubungan antar tema dan variabel.

Dari hasil identifikasi tersebut maka peneliti akan menarik kesimpulan dari masalah atau fenomena yang diteliti.

F. Keabsahan Data

Untuk mendapat keabsahan data dalam penelitian ini, maka dilakukan pengujian. Dalam penelitian ini, uji keabsahan data yang akan digunakan adalah:

1. Uji Kredibilitas Data

Uji kredibilitas dilaksanakan untuk memenuhi nilai kebenaran dari data dan informasi yang dikumpulkan. Artinya, hasil penelitian harus dapat dipercaya oleh semua pembaca secara kritis dan dari partisipan sebagai informan. Kriteria ini berfungsi melakukan *inquiry* sedemikian rupa sehingga kepercayaan penemuannya dapat dicapai. Untuk hasil penelitian yang kredibel, terdapat enam teknik yang diajukan yaitu:

a. Perpanjangan pengamatan

Dalam penelitian kualitatif, keikutsertaan peneliti sangat menentukan dalam pengumpulan data. Keberadaan peneliti dalam waktu yang cukup panjang, dimaksudkan untuk mendeteksi dan memperhitungkan distorsi yang mungkin mengotori data.

b. Meningkatkan ketekunan.

Meningkatkan ketekunan berarti peneliti akan melakukan pengamatan secara cermat dan berkesinambungan.

c. Triangulasi

Triangulasi dalam pengujian kredibilitas adalah pengecekan data dari berbagai sumber, berbagai cara dan berbagai waktu.

d. Analisis kasus negatif

Jika peneliti menemukan data yang bertentangan dengan data yang sudah ditemukan, maka peneliti akan merubah temuannya.

e. Menggunakan bahan referensi

Peneliti menggunakan pendukung rekaman wawancara untuk membuktikan data penelitian.

f. Mengadakan *member check*

Data yang ditemukan peneliti akan diklarifikasikan kepada pemberi data agar data benar-benar valid.

2. Pengujian *transferability*

Uji *transferability* dilaksanakan apakah hasil penelitian yang dilakukan dalam konteks (*setting*) tertentu dapat ditransfer ke subyek lain yang memiliki tipologi yang sama. Validitas eksternal sebagai persoalan empiris bergantung kepada kebersamaan antara konteks pengiring dan penerima.

3. Pengujian *dependability*

Uji *dependability* dilaksanakan untuk menilai apakah proses penelitian kualitatif bermutu atau tidak, dengan mengecek apakah si peneliti sudah cukup hati-hati, apakah membuat kesalahan dalam mengkonseptualisasikan rencana penelitiannya, pengumpulan data dan pengintepretasiannya.

4. Pengujian *confirmability*

Uji *confirmability* dilaksanakan dengan menganalisa apakah hasil penelitian disepakati banyak orang atau tidak. Penelitian dikatakan obyektif jika disepakati banyak orang.

G. Etika Penelitian

Etika penelitian yang akan diterapkan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Sewaktu tiba dan berhadapan dengan orang-orang pada latar penelitian, peneliti akan memberitahukan secara jujur dan secara terbuka maksud dan tujuan kedatangan peneliti. Perizinan akan diajukan kepada pemerintah setempat, kepada subjek yang akan diamati atau diwawancarai. Kepada pejabat pemerintahan setempat, peneliti akan memberitahukan rencana untuk melakukan penelitian, apa yang akan dilakukan atau kerjakan, kepada siapa akan dilakukan wawancara, berapa lama waktu akan dilakukan penelitian dan hal-hal lain yang berhubungan dengan rencana penelitian.
2. Memandang dan menghargai orang-orang yang akan diteliti sebagai orang yang sama derajatnya dengan peneliti. Hal ini bertujuan agar memperoleh dampak sosial yang positif dalam pekerjaan penelitian, sehingga jika suasananya dapat terbina secara demikian, akan terbukalah kesempatan bagi peneliti untuk berkomunikasi secara lancar dan mengusahakannya agar menjadi akrab.
3. Menghargai, menghormati, dan mematuhi semua peraturan, norma, nilai masyarakat, kepercayaan, adat-istiadat, kebiasaan kebudayaan, dalam masyarakat tempat penelitian akan dilakukan.
4. Memegang kerahasiaan segala sesuatu yang berkenaan dengan informasi yang akan diberikan oleh partisipan. Jika informasi yang akan diberikan oleh partisipan tidak disetujui untuk dipublikasikan, maka peneliti akan menghormati kehendak partisipan yang akan diteliti. Peneliti juga tidak akan menuliskan nama asli partisipan pada laporan penelitian dan menggantinya dengan nama inisial.

5. Peneliti akan menulis segala kejadian, peristiwa, hasil wawancara, dan ekspresi partisipan saat dilakukan wawancara secara jujur, benar dan tidak ditambah-tambahkan atau dikurangi serta menyatakan sesuai dengan keadaan aslinya.

H. Alur Penelitian

Alur penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti adalah sebagai berikut :

1. Meminta rekomendasi dari pihak institusi kampus STIK Stella Maris Makassar untuk melakukan penelitian di wilayah Kota Makassar
2. Mengajukan surat permohonan izin kepada pemerintah Kota Makassar
3. Mengambil surat permohonan izin yang sudah disetujui
4. Melakukan kunjungan langsung ke berbagai rumah sakit untuk memperoleh alamat tempat tinggal pasien dengan HIV AIDS
5. Peneliti menemui setiap partisipan dan melakukan wawancara singkat dan meminta persetujuan untuk melakukan penelitian.
6. Apabila disetujui untuk menjadi partisipan peneliti akan meminta waktu kepada partisipan untuk dilakukan wawancara sesuai dengan yang telah ditulis dalam instrumen dan pedoman wawancara.
7. Peneliti akan kembali ke rumah partisipan sesuai dengan waktu yang telah disetujui bersama dan melakukan wawancara. Waktu yang dibutuhkan dalam wawancara berdurasi kurang lebih selama 30 sampai 45 menit. Selanjutnya peneliti melakukan perekaman dengan *Tape record/Handycam* sesuai kesepakatan dengan partisipan dan pencatatan data pada buku catatan (catatan lapangan) yang telah disiapkan oleh peneliti. Pencatatan data dilakukan pada saat wawancara berlangsung ataupun setelah

wawancara dilakukan. Wawancara dilakukan tidak sekaligus tapi disertai jeda untuk memberikan kesempatan partisipan relaksasi agar mengurangi kejenuhan begitu juga sebaliknya dengan peneliti.

8. Setelah melakukan wawancara peneliti kembali kerumah dan melakukan proses pengolahan dan analisa data.

9. Setelah melakukan proses pengolahan dan analisa data, peneliti kembali ke rumah partisipan untuk melakukan konfirmasi tentang tema-tema yang dihasilkan dan meminta pendapat partisipan apakah tema-tema tersebut sesuai dengan apa yang mereka alami.

10. Peneliti melanjutkan penelitian kepada partisipan berikutnya

11. Setelah data yang diperoleh sudah jenuh, peneliti berhenti melakukan pengumpulan data dan melanjutkan proses analisis data komponensial dan analisa tema.

BAB IV HASIL PENELITIAN

1. Hasil Penelitian

1. Pengantar

Penelitian ini dilaksanakan di Kelurahan Maccini Sombala dan di Kelurahan Jongaya, Kecamatan Tamalate Kota Madya Makassar yang dilakukan pada tanggal 6 Februari 2017 sampai dengan 10 Maret 2017. Pengambilan partisipan penelitian dengan menggunakan teknik nonprobability sampling yaitu purposive sampling dengan jumlah partisipan sebanyak 4 orang. Pengumpulan data menggunakan wawancara mendalam (indepth interview) yang dilakukan secara semi terstruktur (semi structure interview) dan observasi menggunakan catatan lapangan dan merekam hasil wawancara setiap partisipan, selanjutnya data akan diolah dan dianalisis dengan menggunakan metode *analisis content*.

2. Partisipan

Subjek dalam penelitian ini adalah keluarga yang memiliki salah satu anggota keluarga yang menderita penyakit HIV AIDS. Jumlah partisipan dalam penelitian ini berjumlah 4 orang yang terdiri dari 2 orang perempuan dan 2 orang laki-laki.

Tabel 4.1 Karakteristik Partisipan

Kode Partisipan	Umur Partisipan (Tahun)	Pendidikan Partisipan	Hubungan dengan pasien	Pekerjaan Partisipan
P1	35	SMA	Saudari	Karyawan Swasta
P2	38	SMA	Ibu	Ibu Rumah Tangga
P3	40	SMA	Ibu	Ibu Rumah Tangga
P4	45	SMA	Ayah	Karyawan Swasta

Berdasarkan tabel di atas proporsi umur dari ke 4 partisipan berkisar antara 35-45 tahun sedangkan tingkat pendidikan dari ke 4 partisipan rata-rata tamatan SLTA dari ke 4 partisipan 3 diantaranya merupakan orang tua dari pasien HIV AIDS dan 1 merupakan saudara kandung dari pasien HIV AIDS. Pekerjaan sehari hari dari ke 4 partisipan ini adalah ada yang bekerja sebagai Ibu rumah tangga dan ada yang bekerja sebagai karyawan swasta. Partisipan dalam penelitian ini adalah yang mempunyai salah satu anggota keluarga yang menderita HIV AIDS pernah di rawat di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar dan tinggal serumah dengan anggota keluarga tersebut.

2. Penentuan Tema

Peneliti akan menggambarkan keseluruhan tema yang terbentuk berdasarkan jawaban partisipan terhadap pertanyaan-pertanyaan yang mengacu pada tujuan khusus penelitian. Tiga tujuan khusus penelitian terjawab dengan 3 tema mengenai dampak psikologis, sosial dan spiritual HIV AIDS terhadap keluarga

Tema I : Dampak HIV AIDS terhadap kehidupan psikologis keluarga pada saat merawat anggota keluarga yang menderita HIV AIDS

Selama keluarga merawat anggota keluarga yang menderita HIV AIDS keluarga merasakan adanya perubahan yang dipandang dari segi psikologis seperti ada keluarga yang mengatakan stress, sedih dan pasrah pada saat merawat anggota keluarga yang sakit. Stress yang dialami oleh keluarga diakibatkan karena susah membagi waktu untuk mengurus anggota keluarga yang sakit apalagi bila anggota keluarga masuk di rumah sakit.

sedih yang dirasakan keluarga karena harus menerima bahwa penyakit yang diderita oleh anggota keluarga mereka adalah penyakit yang sulit untuk disembuhkan dan membutuhkan waktu yang lama ada yang mengatakan kaget dan tidak percaya dengan apa yang dialami oleh anggota keluarganya ini dibuktikan dengan pernyataan dari partisipan :

sedih juga dirasa bisa kena penyakit ituki, tapi mau diapa kalo sakit, namanya juga penyakit ndak ditahu kapan datangnya, biasa saya rasa stress apalagi kalo masuk ki rumah sakit banyak mau diurus apalagi saya orang kerja juga jadi banyak memang diurus, mau bagaimana dijalani jhe saja, biasa cerita – cerita jhe sama teman dekat dan keluarga dekat tentang ini sakitnya, kalo ada yang datang di rumah na bantu jha juga keluargaku kasi masukan tentang penyakitnya sama uang supaya tambah – tambah. (P1)

Pertama kagetka apalagi tidak percayaka karena tidak ada bedo obatnya ini penyakit, baru lama baru bisa sembuh tapi tidak sembuh total. Biasa sedih ku rasa apalagi masih muda ini anakku, tapi mau bagaimana lagi toh sudah terjadi me juga mau diapa jalani me saja. Biasa jhe jalan sama suamiku hibur - hibur diri, biasa juga cerita-cerita ka sama keluarga ku tentang ini sakitnya anakku.(P2)

Awalnya masuk rumah sakit, stress ka karena banyak mau dikerja baru mesti bolak balik rumah sakit mesti jaga, belum lagi adenya mau diurus, sempat ka juga sakit kepala sampe turun badanku, tapi kujalani jhe sama bapak, sekarang dijalani jhe saja bisa mhe dihadapi apalagi mudah-mudahan bagus terus jhe kondisinya anakku. (P3)

Sedih kurasa baru ini sampe lama masuk rumah sakit anakku kodong terus lama baru sembuh. Kadang juga mamanya

streski ka banyak mau diurus, yah sabar saja, untung ada jhe biasa keluarga yang lain bantu – bantuki biasa jagai kalo masuk ki rumah sakit, biasa ada jhe kasi makanan kalo ndak sempat mamanya masak, selebihnya dijalani saja mau bagaimana lagi na anakku ini, kalo sakit ki juga ndk ada yang minta mau sakit.(P4)

Tema II : Dampak HIV AIDS terhadap kehidupan sosial keluarga pada saat merawat anggota keluarga yang menderita HIV AIDS.

Selama merawat anggota keluarga yang menderita HIV AIDS keluarga mengatakan masih mempunyai waktu luang untuk bisa berkomunikasi ke tetangga atau berkumpul dengan keluarga yang lain dan keluarga mengatakan tidak ada keluarga atau tetangga yang menjauhi mereka. Apabila mereka sibuk mengurus anggota keluarga mereka yang sakit di rumah sakit biasanya tetangga dan keluarga datang mengunjungi mereka di rumah sakit, ini dibuktikan dengan informasi dari partisipan :

Waktu awal-awal sakit jarang ka bergaul lagi sama tetangga karena sibuk ki urus di rumah sakit apalagi lama ki baru keluar dari rumah sakit waktu itu, tapi ada jhe juga biasa datang kunjungi di rumah sakit, biasa kalo ndak sibukki kalo ada waktu ya cerita-cerita jhe sama tetangga.(P1)

Ya kalo pertama sakit ki jarang ki kumpul atau cerita sama tetangga karena susah apalagi sibuk ki urus ini anakku tapi kalo ada waktu biasa jhe cerita, komunikasi sama keluarga sering jhe lewat telepon, biasa jhe ndak ada jhe yang menjauh malahan saling mendukung jhe kasi masukan atau saran.(P2)

Begitu mhe biasa susah ka kumpul - kumpul lagi sama keluarga yang lain apalagi kalo sakit ki anakku sibuk ka urus ki di rumah sakit jadi jarang ka juga ketemu sama tetangga tapi kalo ada

waktu biasa jhe cerita – cerita sama tetangga, biasa ada jhe keluarga datang jenguk di rumah sakit sama tetangga jhe juga.(P3)

Biasa jhe keluarga sama tetangga, kalo masuk rumah sakit ada jhe juga biasa datang, kalo ada acara ngumpul diajak juga, kalo ndk masuk rumah sakit jhe anakku ikut jhe seperti biasa ndak ada jhe sampe menjauh, kalo ada kesempatan ketemu jhe sama keluarga yang lain, biasa keluarga datang jhe jenguk di rumah sakit, kalo tetangga biasa jhe cerita – cerita. (P4)

Tema III : Dampak HIV AIDS terhadap kehidupan spiritual keluarga pada saat merawat anggota keluarga yang menderita HIV AIDS.

Selama merawat anggota keluarga yang menderita HIV AIDS keluarga mengatakan kegiatan ibadah mereka tetap dijalankan seperti biasa dan tidak ada hambatan dalam menjalankan kegiatan ibadah mereka karena menurut keluarga ibadah bisa membantu keluarga untuk kuat dalam menghadapi tantangan yang sedang dihadapi oleh keluarga yang dibuktikan dengan pernyataan dari partisipan :

Biasa jhe tetap jhe sembahyang, supaya bisa ki jalani toh ini juga mungkin ujian dari Allah, biasa kalo di rumah sakit disempatkan pergi sholat juga.(P1)

Berdoa biasa jhe tetap jhe sholat, mau sibuk bagaimana tetap jhe disempatkan sholat. (P2),(P4)

Kalau berdoa biasa jhe tetap sholat apalagi kalo dapat musibah begini mesti banyak ki berdoa supaya bisa kuat ki jalani juga, ndk ada jhe hambatan kalo mau berdoa tetap jhe ada waktu untuk berdoa.(P3)

3. Keterbatasan Penelitian.

- a. Peneliti sebagai instrumen utama dalam melakukan pengumpulan data. Oleh karena itu, hasil yang diperoleh sesuai dengan wawasan dan kemampuan peneliti dalam menggali data secara mendalam, karena penelitian ini merupakan pengalaman pertama peneliti dalam melakukan penelitian.
- b. Partisipan masih ada yang kesulitan memahami pertanyaan peneliti sehingga peneliti harus menjelaskan pertanyaan dengan bahasa yang bisa dimengerti oleh partisipan.
- c. Peneliti mendapatkan kesulitan saat mencari partisipan karena beberapa partisipan yang peneliti datangi ada yang menolak dengan alasan mereka sibuk. Semua partisipan termasuk dalam kriteria sampel sehingga dijadikan partisipan dalam penelitian. Dalam penelitian ini peneliti melakukan kunjungan sore hari dengan mendatangi dari rumah ke rumah yang peneliti sudah melakukan kontrak waktu dan merekapun bersedia meluangkan waktunya untuk menjadi partisipan dalam penelitian ini.
- d. Dalam pengujian keabsahan data, peneliti tidak melakukan pengujian *dependability*. Hal ini disebabkan karena peneliti tidak melakukan konsultasi hasil penelitian kepada orang yang memahami dan menguasai mengenai penelitian kualitatif ini.

BAB V

PEMBAHASAN

A. Pembahasan Tema

Tema I : Dampak HIV AIDS terhadap kehidupan psikologis keluarga pada saat merawat anggota keluarga yang menderita HIV AIDS

Fungsi psikologis adalah fungsi untuk menyediakan lingkungan yang dapat meningkatkan perkembangan kepribadian secara alami, guna memberi perlindungan psikologis yang optimum. Persyaratan yang harus dipenuhi dalam fungsi ini yaitu emosi stabil, perasaan antara anggota keluarga baik, kemampuan untuk mengatasi stress dan krisis (Andarmoyo, 2012).

Dari hasil penelitian terhadap keluarga mengenai dampak HIV AIDS yang dilihat dari aspek psikologis, keluarga mengalami masalah dalam aspek psikologis pada saat merawat salah satu anggota keluarga yang menderita HIV AIDS, dimana keluarga mengalami stress, sedih dan pasrah untuk menghadapi masalah yang sedang terjadi didalam keluarga. Stress yang dihadapi keluarga akibat dari sulitnya membagi waktu untuk merawat anggota keluarga yang sakit dalam waktu yang lama. Hal ini dapat dijelaskan bahwa Model stress keluarga berdasarkan (Boss, 1998, yang dikutip oleh Susanto 2012) mengemukakan bahwa stressor situasional biasanya karena adanya anggota keluarga yang ada di rumah sakit sehingga adanya pergantian peran dalam keluarga.

Berdasarkan hasil penelitian peneliti juga menemukan bahwa strategi koping keluarga dalam menghadapi masalah yang dihadapi dengan bercerita tentang masalah yang dihadapi kepada teman dekat dan keluarga dekat yang lain. Keluarga juga mendapat bantuan dalam

bentuk saran, makanan maupun materi dari teman dekat dan keluarga dekat. Hal ini dapat dijelaskan bahwa strategi koping keluarga menurut (Mac Elveen 1978 yang dikutip oleh Andarmoyo 2012) salah satunya adalah mencari sistem pendukung sosial yang artinya bahwa setiap keluarga memiliki jaringan kerja sosial yang unik dan sangat penting bagi peningkatan citra diri, perasaan memiliki dan perasaan puas terhadap kelompok atau keluarga. Oleh karena itu sistem ini akan bekerja untuk menjaga dan memberi motivasi positif serta mendorong anggota keluarga untuk mengkomunikasikan kesulitan – kesulitan secara bebas.

Peneliti berasumsi bahwa dampak psikologis HIV AIDS pada keluarga dapat ditangani oleh keluarga karena keluarga sudah menerima dan dalam waktu yang sudah lama merawat anggota keluarga mereka yang menderita HIV AIDS sehingga mampu menemukan strategi koping yang tepat yaitu dengan membagi cerita tentang masalah yang dihadapi keluarga kepada teman dekat dan keluarga dekat. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian oleh Nursalam dkk. (2014) yang menjelaskan bahwa sebagian keluarga penderita HIV non TKI berada pada tahap menerima penyakit yang diderita oleh anggota keluarganya.

Tema II : Dampak HIV AIDS terhadap kehidupan sosial keluarga pada saat merawat anggota keluarga yang menderita HIV AIDS.

Fungsi sosial keluarga yaitu bagaimana keluarga membina sosialisasi pada semua anggota keluarga, membentuk norma - norma sesuai tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan dalam keluarga dan meneruskan nilai- nilai budaya keluarga (Jhonson & Leny 2010).

Fungsi sosial adalah fungsi untuk melaksanakan transfer nilai-nilai yang berhubungan dengan perilaku, tradisi adat dan bahasa. Persyaratan yang harus dipenuhi oleh keluarga dalam fungsi ini adalah keluarga harus mengetahui standar perilaku yang dibutuhkan dan member contoh norma-norma perilaku serta mempertahankan (Andarmoyo, 2012).

Dari pemaparan pengalaman keluarga mengenai dampak HIV AIDS terhadap kehidupan sosial pada saat keluarga sedang merawat anggota keluarga yang menderita HIV AIDS ditemukan bahwa sebagian besar partisipan yang mengatakan masih ada waktu untuk berinteraksi dengan tetangga dan keluarga yang lain.

Hal ini dapat dijelaskan bahwa anggota keluarga adalah partisipan aktif dalam kelompok komunitas karena keluarga tidak mampu melayani semua kebutuhan – kebutuhan anggota keluarga tanpa bantuan sumber- sumber yang lain maka tindakan untuk meningkatkan hubungan dengan komunitas yang lebih luas sangat penting (Friedman, 1998 yang dikutip oleh Andarmoyo, 2012).

Dari pengalaman yang telah keluarga berikan diatas maka peneliti menganggap tidak ada hambatan dalam kehidupan sosial keluarga pada saat merawat anggota keluarga yang menderita HIV AIDS karena keluarga masih mempunyai waktu untuk berinteraksi dengan tetangga dan tidak ada diskriminasi atau isolasi sosial yang dialami oleh keluarga.

Peneliti berpendapat bahwa keluarga mungkin mengalami masalah sosial terkait dampak sosial HIV AIDS pada keluarga karena keluarga dapat bersosialisasi dengan baik dan menghasilkan interaksi sosial yang positif di lingkungan tempat tinggalnya sehingga dapat terjalin hubungan yang baik antara keluarga dengan lingkungan di sekitarnya.

Tema III : Dampak HIV AIDS terhadap kehidupan spiritual keluarga pada saat merawat anggota keluarga yang menderita HIV AIDS.

Fungsi spiritual (PP No. 21 Th. 1994 dan UU No. 10 Tahun 1992, yang dikutip oleh Andarmoyo, 2012). Mengatakan bahwa keluarga merupakan wahana utama dan pertama menciptakan seluruh anggota keluarga menjadi insan yang taqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa. Tugas dari fungsi keagamaan adalah membina norma / ajaran agama sebagai dasar dan tujuan hidup seluruh anggota keluarga, menerjemahkan ajaran / norma agama kedalam tingkah laku hidup sehari-hari seluruh anggota keluarga, memberi contoh konkrit pengalaman ajaran agama dalam hidup sehari-hari dan membina rasa, sikap dan praktek kehidupan keluarga beragama sebagai fondasi menuju keluarga kecil bahagia dan sejahtera.

Berdasarkan hasil wawancara pengalaman keluarga mengenai dampak HIV AIDS pada keluarga yang dilihat berdasarkan kebutuhan spiritual semua partisipan mengatakan tidak ada hambatan dalam menjalankan kegiatan agama mereka pada saat keluarga sedang merawat anggota keluarga yang menderita HIV AIDS karena menurut keluarga menjalankan kegiatan agama bisa menguatkan keluarga untuk menghadapi masalah atau ujian yang sedang dihadapi oleh keluarga.

Menurut (Friedman 1985 yang dikutip oleh Andarmoyo 2012) meskipun banyak orang memikirkan upaya mencari dan mengandalkan dukungan spiritual sebagai suatu respon koping, beberapa studi mengatakan bahwa anggota keluarga menemukan dukungan spiritual sebagai cara keluarga untuk mengatasi masalahnya. Karena sesungguhnya kepercayaan terhadap Tuhan dan berdoa diidentifikasi oleh anggota keluarga sebagai cara yang paling

penting bagi keluarga untuk mengatasi stresor yang berkaitan dengan kesehatan. Dukungan spiritual membantu keluarga mentoleransi ketegangan dan membantu keutuhan keluarga.

Dari informasi yang didapat dari setiap partisipan yang sudah diuraikan maka peneliti menganggap keluarga tidak memiliki hambatan spiritual pada saat keluarga merawat anggota keluarga yang menderita HIV AIDS.

Peneliti berpendapat bahwa dampak spiritual HIV AIDS pada keluarga tidak terjadi karena keluarga mampu menanamkan nilai dan norma ajaran agama di dalam keluarga serta memahami bahwa dengan berdoa dapat membuat keluarga menjadi lebih kuat dalam menghadapi hambatan atau masalah yang dihadapi.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan.

Berdasarkan data yang diperoleh dari partisipan mengenai dampak psikologi, sosial dan spiritual HIV AIDS yang terjadi pada keluarga di Kelurahan Maccini Sombala dan Kelurahan Jongaya Kecamatan Tamalate Kota Makassar maka peneliti menarik kesimpulan bahwa pengalaman keluarga pada saat merawat anggota keluarga yang menderita HIV AIDS mengenai dampak psikologis dapat ditangani oleh keluarga dengan strategi koping yang tepat yaitu dengan menceritakan masalah yang dihadapi oleh keluarga kepada keluarga dan teman dekatnya. Mengenai dampak sosial pengalaman keluarga pada saat merawat anggota keluarga yang menderita HIV AIDS keluarga masih mampu berkomunikasi dan berinteraksi dengan tetangga dan keluarganya yang lain. Mengenai dampak spiritual pengalaman keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita HIV AIDS, keluarga masih bisa dan tidak mendapatkan hambatan dalam menjalankan kegiatan agamanya.

B. Saran

1. Bagi pelayanan keperawatan medikal bedah

Diperlukan peningkatan pengetahuan yang lebih baik lagi bagi tenaga kesehatan terutama dalam hal pemberian informasi dan komunikasi, serta pendidikan kesehatan terhadap pasien dan keluarga. Terutama terhadap keluarga yang merawat anggota keluarga yang menderita HIV AIDS.

2. Bagi institusi pendidikan keperawatan

Penelitian kualitatif merupakan penelitian yang menarik untuk dilakukan sehingga diharapkan kepada institusi untuk memberikan perhatian dalam pengembangan pendidikan terutama dibidang metodologi dan riset khususnya pada penelitian kualitatif agar dapat memberikan pemahaman yang lebih mendalam kepada peneliti mengenai metode kualitatif sehingga mahasiswa lebih terarah dalam melakukan penelitian nantinya. Peneliti juga berharap semoga hasil penelitian ini dapat menjadi bahan masukan bagi institusi STIK Stella Maris dalam rangka pengembangan ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan medikal bedah dan dapat dijadikan sebagai bahan bacaan.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Perlu diadakan penelitian lebih lanjut mengenai dampak HIV AIDS terhadap kehidupan seksual dan biologis keluarga agar dapat memberikan gambaran yang lebih luas dan secara rinci mengenai dampak HIV AIDS terhadap keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

Afiyanti, Y., & Rachmawati, I, N. (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan*. Jakarta : Rajawali Pers.

Andarmoyo, S. (2012). *Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta : Graha Ilmu.

Dharma, K, K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan (Pedoman Melaksanakan Dan Menerapkan Hasil Penelitian)*. Jakarta Timur : TIM

Jhonson, L., & Leny, R. (2010). *Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta : Nuha Medika.

Moleong, L, J. (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung : PT Remaja Rosdakarya.

Murtiastutik, D. (2009). *HIV AIDS Dengan Kelainan Kulit*. Surabaya : Airlangga University Press

Nursalam. (2008). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Terinfeksi*. Jakarta : Salemba Medika.

Padila. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta : Nuha Medika.

Rendi, C, M., & TH, M. (2012). *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Dan Penyakit Dalam*. Yogyakarta : Nuha Medika

Soedarto. (2009). *Penyakit Menular Di Indonesia*. Jakarta : Sagung Seto.

Sugiyono. (2013). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif Dan R & D*. Bandung : Alfabeta.

Susanto, T. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga : Aplikasi Pada Praktik Keperawatan Keluarga*. Jakarta : TIM

Sunaryo & Anggraeni, M. D. (2013). *Metodologi Penelitian Kualitatif Dan Kuantitatif Dalam Bidang Kesehatan*. Yogyakarta : Nuha Medika.

Sumber Dari Internet :

Collein, I., (2010). *Makna Spiritual Pada Pasien HIV AIDS Dalam Konteks Asuhan Keperawatan Di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo Jakarta*.

<http://ejournal.rsupn.ac.id>

Diakses Juli 2010.

Dinkes Provinsi Sulawesi Selatan (2015). *Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2015*.

<http://www.depkes.go.id>

diakses Juli 2015.

Dinkes Kota Makassar (2014). *Profil Kesehatan Kota Makassar Tahun 2013*.

<http://www.dinkespemkotmakassar.go.id>

diakses Juli 2014.

Fabanjo, I., (2012). *Pengalaman Keluarga Merawat Anak Dengan HIV AIDS Di RSUD Manokwari Provinsi Papua Barat*.

<http://ejournaluniversitasindonesia.go.id>

diakses November 2012

Hasanah, N., dkk. (2012). *Konsep Diri Orang Dengan HIV AIDS Yang Menerima Label Negatif Dan Diskriminasi Dari Lingkungan Sosial*.

<http://ojs.dinamikakesehatan.stikessarimulia.ac.id>

diakses Juli 2012.

Kamus Besar Bahasa Indonesia. (2010). *Pengertian Dampak*.

<http://repository.usu.ac.id>

diakses pada Oktober 2010.

Komunitas AIDS Indonesia. (2010). *Survey Dampak Sosial Ekonomi Rumah Tangga HIV Di Tujuh Provinsi Di Indonesia*.

<http://surveydampakhivindonesia.org.uk.id>

diakses pada Oktober 2010.

Marnihasan. (2014). *Aspek Psikososial HIV AIDS*.

<http://www.marnihasan.blogspot.co.id>

diakses tanggal 12 November 2011

Najoan, T, K., dkk. (2016). *Hubungan Dukungan Sosial Dengan Penetimaan Diri Pasien HIV AIDS.*

<http://ejournalunsrat.ac.id>

diakses pada tanggal 2 Agustus 2016.

Pardita., dkk. (2015). *Analisis Dampak Sosial Ekonomi Dan Psikologi Penderita HIV AIDS Di Kota Denpasar.*

<http://ejournal.almaata.ac.id>.

diakses pada tanggal 7 Oktober 2015

Sudarman, W., (2012). *HIV AIDS Diantara Stigma Dosa Dan Kesehatan Seksual.*

<http://dampakhivaidis.books.google.co.id>

diakses pada Januari 2012.

Sunaryo. (2014). *Psikologi Untuk Keperawatan.*

<http://books.google.co.id>

Diakses pada November 2014.

Waluyo, A., dkk. (2006). *Persepsi Pasien Dengan HIV AIDS Dan Keluarga Tentang HIV AIDS Dan Stigma Masyarakat Terhadap Pasien HIV AIDS.*

<http://www.waluyo.blogspot.co.id>

