

SKRIPSI

PENGARUH LATIHAN ASERTIF TERHADAP DINAMIKA PENYESUAIAN EMOSIONAL PASIEN SETELAH DIDIAGNOSA HIV DI UNIT PERAWATAN INTERMEDIATE PENYAKIT INFEKSI RSU DR. SOETOMO SURABAYA

PENELITIAN *QUAST EXPERIMENTAL*

Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga



Oleh :

HENI RIYAHMAWATI

NIM : 010630373 B

PROGRAM STUDI SI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

2008

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun.

Surabaya, Februari 2008

Yang menyatakan

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Heni Riyahmawati', with a stylized flourish at the end.

Heni Riyahmawati
NIM 010630373 B

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL, 8 FEBRUARI 2008

Oleh

Pembimbing Ketua



Joni Haryanto SKp., Msi.
NIP. 140 271 745

Pembimbing I



Misutarno SKep., Ns.
NIP. 140 234 532

Mengetahui

A/n Ketua Program Studi SI Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya

Wakil Ketua II



Dr. Nursiam, M.Nurs (Hons)
NIP. 140 238 226

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI

Telah Dipertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Sidang Skripsi
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran
Universitas Airlangga

Pada Tanggal, 13 Februari 2008

Ketua : Purwaningsih, S.Kp, MARS

()

Anggota : 1. Joni Haryanto, S.Kp, M.Si

()

2. Misutarno, S.Kep, Ns

()

Mengetahui
A/n Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran UNAIR
Wakil Ketua II




Dr. Nursalam, M. Nurs (Hons)
NIP. 140 238 226

MOTTO

*Saat Setiap Langkah Diiringi Istighfar, Ikhtiar, Ikhlas dan
Tawakkal pada Allah Yang Maha Pengasih lagi Maha
Penyayang Pasti Akan Ada Akhir Yang Indah
Untuk Semua Ujian Dalam Kehidupan*

UCAPAN TERIMA KASIH

Syukur Alhamdulillah penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas petunjuk dan hidayahNya sehingga dapat menyelesaikan penyusunan skripsi dengan judul **“PENGARUH LATIHAN ASERTIF TERHADAP DINAMIKA PENYESUAIAN EMOSIONAL PASIEN SETELAH DIDIAGNOSA HIV DI UNIT PERAWATAN INTERMEDIATE PENYAKIT INFeksi (UPIPI) RSUD DR SOETOMO SURABAYA”** sebagai salah satu persyaratan tugas akhir dalam rangka menyelesaikan pendidikan sarjana keperawatan di Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.

Bersama ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih atas bantuan dan dukungan dari semua pihak dalam penyelesaian skripsi ini. Terima kasih yang tulus saya sampaikan kepada :

1. Prof. Dr. H. Fasich, Apt. selaku Rektor Universitas Airlangga Surabaya.
2. Prof. Dr. Muhammad Amin, dr., Sp.P(K) selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas dalam rangka pendidikan Program S1 Keperawatan
3. H. Slamet Riyadi Yuwono, dr., DTM&H., MARS selaku direktur RSUD Dr Soetomo Surabaya yang telah memberikan ijin tempat pelaksanaan penelitian
4. Prof. H. Eddy Soewandojo, dr., Sp. PD., KTI selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas dalam rangka pendidikan Program S1 Keperawatan.
5. Joni Haryanto SKp., MSi, selaku pembimbing ketua yang telah memberikan sumbangsih ilmu dan bimbingan dalam persiapan proposal sampai dengan akhir penulisan skripsi ini
6. Misutarno Skep., Ns, selaku pembimbing I atas sumbangsih ilmu dan bimbingan dalam persiapan proposal sampai akhir penulisan skripsi

7. Semua staf dosen dan tata usaha Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga yang turut membantu dalam penyelesaian skripsi
8. *My most important people* mami, bapak, kak asih dan kak rubi atas limpahan doa yang tulus serta kasih sayang yang telah mendukung ananda dalam setiap langkah untuk mencapai cita-cita.
9. *My soulmate* Wendy Sukarno atas senyum yang indah dan inspirasi yang tiada lelah mengalir untuk membantu dalam penyelesaian skripsi ini.
10. Sahabat-sahabat setia Rizka, Hepta, Tyas, dan semua teman seperjuangan di PSIK program BIX yang memberikan dorongan dan semangat.
11. Seluruh responden pasien rawat jalan di UPIPI RSUD Dr Soetomo Surabaya yang telah memberi kami banyak pelajaran berharga.

Penulis menyadari penyusunan proposal skripsi ini masih jauh dari sempurna untuk itu kritik dan saran dari pembaca sangat penulis harapkan demi perbaikan penulisan berikutnya. Semoga penelitian ini sangat bermanfaat bagi kita semua. Amien.

Surabaya, Februari 2008

Penulis

ABSTRACT

Influence of Asertif therapy to Dinamic of Emotional Adjustment Patients after The Diagnosis HIV

A Quasy –Experimental Research At Intermediate Care Unit for Infectious Diseases Of Dr Soetomo General Hospital Surabaya

By Heni Riyahmawati

After the diagnosis of HIV, some patient will given emotional reaction cause great catastrophe event. Patient need emotional adjustment to fight virus proliferation and continue the threatment. Therefore, they extremely need psychological support, one of which is called asertif therapy. The asertif therapy is modality therapy of nursing to facilitated patient explore their feeling and emotion exactly in group therapy. The relations between patient in group represent terapeutik media and for increasing pshyholgical support also comprehensif threatment.

The purpose of this research is to analyse influence of asertif therapy to dinamic of emotional adjustment patients after the diagnosis HIV.

The research is the quasy-experimental used pre-post test control group design. The population consisted of outpatient HIV admitted at UPIPI. Samples were recruited using purposive sampling, and there were 18 samples who met the inclusion criteria. The observed variables were the application of asertif therapy and the change of fysical responses (blood pressure and pulse) also psychological responses. The data were collected through observation and questionnaire in which they were then analize making use of Wilcoxon Sign Rank Test, Man-Whitney test, Paired T-test and Independent T-Test with significance level at 0,05

The result showed that asertif therapy influence to dynamic of emotional adjustment pasien after the diagnosis HIV especially psychologically responses between group without asertif therapy. The statistical test indicated signifikan level for crisis at $p=0,000$, isolation at $p=0,002$, anger at $p=0,006$, reconstruction at $p=0,041$, depression at $p=0,002$ and renewal at $p=0,002$. It is suggested to promote the application of asertif therapy to patient after the diagnosis HIV so that their increase psychological support and their quality of life can be better.

Keyword : *After the Diagnosis HIV, Asertif Therapy, Dinamic of Emotional Adjustment*

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul dan Prasyarat Gelar.....	i
Halaman Pernyataan	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Penetapan Panitia Penguji.....	iv
Ucapan Terima Kasih	vi
<i>Abstract</i>	viii
Daftar Isi	ix
Daftar Tabel	xii
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Lampiran	xiv
Daftar Singkatan.....	xv
 BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
 BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep HIV & AIDS	6
2.1.1 Pengertian Terinfeksi HIV & AIDS.....	6
2.1.2 Etiologi AIDS	6
2.1.3 Replikasi HIV	7
2.1.4 Stadium Klinis HIV.....	10
2.1.5 Perjalanan Infeksi HIV.....	11
2.1.6 Cara Penularan HIV.....	12
2.1.7 <i>Voluntary Counseling and Testing</i>	13
2.1.8 Tatalaksana Klinis.....	18
2.1.9 Komponen Perawatan Komprehensif & Berkesinambungan	21
2.2 Konsep Kelompok Dukungan (<i>Support Group</i>).....	23
2.2.1 Pengertian Kelompok Dukungan (<i>Support Group</i>)	23
2.2.2 Jenis Dukungan Sosial.....	23
2.2.3 Hubungan Dukungan Sosial dengan Kesehatan	24
2.2.4 Intervensi Yang diberikan Dalam <i>Support Group</i>	25
2.2.5 Kelompok Sosial.....	25
2.2.6 Pengertian Latihan Asertif.....	26
2.2.7 Tujuan Latihan Asertif	26
2.2.8 Kebijakan.....	27
2.2.9 Persiapan dan langkah pelaksanaan	27
2.3 Konsep Dinamika Penyesuaian Emosional	31
2.3.1 Pengertian	31
2.3.2 Elemen Emosi.....	32
2.3.3 Tahapan Penyesuaian Emosi	33

2.3.4 Faktor yang Mempengaruhi Emosi.....	36
2.3.5 Fungsi Emosi	38
2.3.6 Efek Emosi	39
2.4 Pengaruh Latihan Asertif Terhadap Penyesuaian Emosional.....	40
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	
3.1 Kerangka Konseptual	42
3.2 Hipotesis penelitian	43
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Desain dan Kerangka Kerja Penelitian.....	44
4.1.1 Desain Penelitian.....	44
4.1.2 Kerangka Operasional	45
4.2 Populasi, Sampel, Tehnik sampling	46
4.2.1 Populasi	46
4.2.2 Sampel	46
4.2.3 Tehnik Sampling	47
4.3 Identifikasi Variabel.....	47
4.3.1 Variabel Independen	48
4.3.2 Variabel Dependen.....	48
4.4 Definisi Operasional.....	48
4.5 Pengumpulan data	50
4.5.1 Instrumen	50
4.5.2 Lokasi dan Waktu	50
4.5.3 Prosedur pengumpulan data.....	50
4.5.4 Analisa data	51
4.6 Etika dan Keterbatasan.....	53
4.6.1 Etika penelitian	53
4.6.2 Keterbatasan	54
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN	
5.1 Hasil Penelitian	55
5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	55
5.1.2 Data Umum	57
5.1.3 Data Khusus	61
5.2 Pembahasan	66
5.2.1 Dinamika penyesuaian emosional : respon fisik pasien HIV sebelum latihan asertif.....	67
5.2.2 Dinamika penyesuaian emosional : respon mental pasien HIV sebelum latihan asertif.....	67
5.2.3 Dinamika penyesuaian emosional : respon fisik pasien HIV setelah latihan asertif.....	72
5.2.4 Dinamika penyesuaian emosional : respon mental pasien HIV setelah latihan asertif.....	73
5.2.5 Pengaruh latihan asertif terhadap dinamika penyesuaian emosional pasien respon fisik setelah didiagnosa HIV	78
5.2.6 Pengaruh latihan asertif terhadap dinamika penyesuaian emosional pasien respon mental setelah didiagnosa HIV....	79

BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan	81
6.2 Saran.....	82

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Stadium Klinis HIV berdasar WHO (2005)	10
Tabel 2.2 Strategi Pemeriksaan HIV	15
Tabel 4.1 Model Rancangan Penelitian <i>Quasy Experimental</i>	44
Tabel 4.2 Definisi Operasional Variabel.....	49
Tabel 5.1 Distribusi frekuensi respon tekanan darah dan nadi pada pasien HIV sebelum latihan asertif di UPIPI RSU dr Soetomo Surabaya tanggal 1 Januari sampai dengan 21 Januari 2008	62
Tabel 5.2 Distribusi frekuensi respon tekanan darah dan nadi pada pasien HIV sebelum latihan asertif di UPIPI RSU dr Soetomo Surabaya tanggal 1 Januari sampai dengan 21 Januari 2008.....	62
Tabel 5.3 Tabel pengaruh latihan asertif perubahan respon fisik (tekanan darah dan nadi) pada pasien HIV dengan dan tanpa latihan asertif di UPIPI RSU dr Soetomo Surabaya tanggal 1 Januari sampai dengan 21 Januari 2008.....	63
Tabel 5.4 Tabel respon mental pada pasien HIV sebelum latihan asertif di UPIPI RSU dr Soetomo Surabaya tanggal 1 Januari sampai dengan 21 Januari 2008	64
Tabel 5.5 Tabel respon mental pada pasien HIV setelah latihan asertif di UPIPI RSU dr Soetomo Surabaya tanggal 1 Januari sampai dengan 21 Januari 2008.....	64
Tabel 5.6 Tabel pengaruh latihan asertif terhadap perubahan respon mental pada pasien HIV dengan dan tanpa latihan asertif di UPIPI RSU dr Soetomo Surabaya tanggal 1 Januari sampai dengan 21 Januari 2008.....	65

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Struktur HIV.....	7
Gambar 2.2 Siklus Replikasi HIV.....	9
Gambar 2.3 Alur strategi pemeriksaan HIV sesuai UNAIDS-WHO.....	16
Gambar 2.4 Skema perawatan berkesinambungan bagi ODHA.....	21
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual	42
Gambar 4.1 Kerangka Operasional	45
Gambar 5.1 Diagram Batang Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Kelompok dengan dan tanpa Latihan Asertif di UPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya tgl 1- 21 Januari 2008	57
Gambar 5.2 Diagram Batang Distribusi Responden Berdasarkan Umur Pada Kelompok dengan dan tanpa Latihan Asertif di UPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya tanggal 1 - 21 Januari 2008	58
Gambar 5.3 Diagram Batang Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan Pada Kelompok dengan dan tanpa Latihan Asertif di UPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya tanggal 1 Januari sampai 21 Januari 2008	58
Gambar 5.4 Diagram Batang Distribusi Responden Berdasarkan Status Perkawinan Pada Kelompok dengan dan tanpa Latihan Asertif di UPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya tanggal 1 Januari sampai 21 Januari 2008	59
Gambar 5.5 Diagram Batang Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan Pada Kelompok dengan dan tanpa Latihan Asertif di UPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya tanggal 1 Januari sampai 21 Januari 2008	59
Gambar 5.6 Diagram Batang Distribusi Responden Berdasarkan Agama Pada Kelompok dengan dan tanpa Latihan Asertif di UPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya tanggal 1 Januari sampai 21 Januari 2008	60
Gambar 5.7 Diagram Batang Distribusi Responden Berdasarkan Sumber Penularan Pada Kelompok dengan dan tanpa Latihan Asertif di UPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya tanggal 1 Januari sampai 21 Januari 2008	60
Gambar 5.8 Diagram Batang Distribusi Responden Berdasarkan Waktu Terdiagnosis Pada Kelompok dengan dan tanpa Latihan Asertif di UPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya tanggal 1 Januari sampai 21 Januari 2008	61

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Surat Ijin Penelitian.....	83
Lampiran 2 Surat Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian.....	84
Lampiran 3 Permohonan Menjadi Responden.....	85
Lampiran 4 Persetujuan Menjadi Responden.....	86
Lampiran 5 Lembar Kuesioner.....	87
Lampiran 6 Satuan Acara Pelaksanaan Latihan Asertif.....	90
Lampiran 7 Jadwal Penelitian.....	96
Lampiran 8 Lembar observasi pelaksanaan latihan asertif.....	97
Lampiran 9 Tabulasi data Demografi.....	98
Lampiran 10 Tabulasi Data Khusus.....	100
Lampiran 11 Hasil Uji validitas dan reliabilitas instrumen.....	103
Lampiran 12 Hasil Uji Statistik.....	105

DAFTAR FAFLET

DAFTAR SINGKATAN

AIDS	<i>Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i>
ARV	<i>Anti Retro Viral</i>
CD4	<i>Cluster Difference 4</i>
CCCR5	<i>CC Chemokine Reseptor 5</i>
CXCR4	<i>CX Chemokine Reseptor 4</i>
DNA	<i>Deoksiribo Nuklead Acid</i>
gp 40/ gp 120	<i>Gluko Protein 40/ Gluko Protein 120</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPA-axis	<i>Hipotalamus Pituitari Adrenal Axis</i>
IMS	<i>Infeksi Menular Seksual</i>
LTR	<i>Long Terminal Repeat</i>
mRNA	<i>messenger Ribo Nukleo Acid</i>
NF-kB	<i>Nuklear Factor kB</i>
ODHA	<i>Orang Dengan HIV dan AIDS</i>
RNA	<i>Ribo Nukleo Acid</i>
SDF	<i>Sel Dendritik Folikuler</i>
SSP	<i>Sistem Syaraf Pusat</i>
ssRNA	<i>single strand Ribo Nukleo Acid</i>
UPIPI	<i>Unit Perawatan Intermediate Penyakit Infeksi</i>
VCT	<i>Voluntary Counseling and Testing</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>



BAB 1

PENDAHULUAN



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Individu yang dinyatakan terinfeksi HiV (*Human Immunodeficiency Virus*) menunjukkan berbagai reaksi emosional. Ketakutan akan prognosis penyakit yang berujung pada kondisi terminal memunculkan perasaan syok, penyangkalan, depresi, duka, marah, dan takut (Atkinson & Grant, 1994). Syok kejiwaan saat pertama kali mendengar terinfeksi HIV, menimbulkan gejala ketegangan jiwa dan kondisi depresi berat (Depkes, 1989). Setiadji dan Wirawan (2001) melakukan penelitian tentang dinamika penyesuaian emosional setelah didiagnosa HIV dengan pendekatan teori LeMaistre, hasilnya berbagai reaksi emosional dari tahap krisis, isolasi, kemarahan, rekonstruksi, depresi dan renewal ditunjukkan pasien. Dinamika penyesuaian emosional ODHA (Orang dengan HIV & AIDS) ditentukan oleh karakter pribadi, cara coping dan dukungan sosial kelompok (Juniwati, 2003). Latihan asertif adalah terapi kelompok yang merupakan terapi modalitas keperawatan, dimana memfasilitasi pasien mengungkapkan perasaan dan emosi secara tepat (Susana dkk, 2007). Terapi kelompok dikembangkan karena interaksi dalam kelompok memiliki pengaruh positif dalam kehidupan emosional individu, dan kelompok merupakan media terapeutik (Latipun, 2005). Dukungan psikologis dan emosional merupakan komponen dalam perawatan komprehensif berkesinambungan bagi pasien HIV & AIDS (Hariati, 2007). Namun latihan asertif belum diteliti sebagai terapi modalitas keperawatan dalam rangka memfasilitasi penyesuaian emosional pasien setelah didiagnosa HIV.

Di Indonesia sampai dengan Agustus 2006 terdapat 10.859 orang terinfeksi HIV (Depkes, 2006). Jumlah pengidap HIV & AIDS di Indonesia ibarat gunung es, diproyeksikan tahun 2010 terdapat 400.000 ODHA dan 100.000 meninggal akibat AIDS. Di Unit Perawatan Intermediate Penyakit Infeksi (UPIPI) RSU Dr Soetomo sejak berdiri 13 Februari 2004 sampai sekarang telah merawat 900 pasien HIV & AIDS (Nasronudin, 2007). Berdasar wawancara dengan petugas *Voluntary Counseling Test* (VCT) Chory menyatakan rerata 70 pasien melakukan VCT setiap bulan dan 10%-20% diantaranya terdiagnosa HIV. Data awal yang diperoleh peneliti, di UPIPI RSU Dr Soetomo dari bulan Januari sampai Oktober 2007 terdapat 559 kasus baru yang dilakukan VCT dan 202 diantaranya dinyatakan terinfeksi HIV. Berdasar uji instrumen pada 10 Desember 2007 di UPIPI RSU Dr Soetomo dari 7 pasien HIV, 14 % mengalami penyesuaian emosi kurang, 57 % penyesuaian emosi cukup dan 28 % diantaranya penyesuaian emosi baik. Hasil ini dipengaruhi waktu pasien terdiagnosa, dukungan keluarga, dan kemampuan pasien adaptasi terhadap penyakit kronis tersebut. Kenyataan bahwa HIV berpotensi menjadi kondisi tahap terminal, membuat kematian sebagai pengalaman ketakutan bagi ODHA (Setiadji dan Wirawan, 2003). Prinsip dasar perawatan kronik yang baik, pasien diajarkan untuk memahami keadaan dan mengatasi masalah kronisnya. Infeksi HIV & AIDS membutuhkan edukasi dan dukungan agar pasien bisa mandiri karena hasil yang diperoleh penting bagi pasien (Depkes, 2006).

Diagnosis HIV merupakan faktor psikologis bagi pasien, penelitian menunjukkan hubungan respon psikologis dan HIV, dengan indikator klinis dan respon imunologis yang mendorong progresivitas HIV (Liang, 1992 ; Cole, 2001).

Menurut dr Choirul (2004) penolakan terhadap diagnosa HIV akan membuat pasien jatuh pada keadaan stres berkepanjangan dan berdampak pada penurunan sistem imun, sehingga mempercepat progresivitas HIV ke AIDS. Berdasarkan pendekatan ilmu *Psychoneuroimmunologi* dapat dijelaskan, kondisi emosional berupa penolakan dan stres yang dialami pasien terinfeksi HIV akan memodulasi sistem imun melalui jalur HPA (*Hypothalamic-Pituitary-Adenocortical*) axis dan sistem limbik (kontrol emosi dan *learning process*), melepaskan neuroleptik *Cortico-tropin Releasing Factor* (CRF). CRF ini merupakan *counter regulasi* neuroendokrin dan kardiovaskuler. *Counter regulasi* ini meningkatkan produksi dari katekolamin, kortisol dan *argininvasopresin* (AVP) (Nasronudin, 2007). Respon fisik akibat gangguan penyesuaian emosi secara biologis yang ditimbulkan adalah peningkatan tekanan darah dan nadi. Reaksi intrapsikis akan menimbulkan suatu interpretasi kognitif atau pemaknaan terhadap situasi yang menyebabkan reaksi emosional. Hal ini bersifat subyektif *feeling* (tidak disadari dan tidak dipelajari) melibatkan aspek kognitif (kesadaran, dari pengalaman subyektif). Menurut Lazarus dalam McConnell (1992) persepsi pada satu situasi akan mempengaruhi kesadaran fisik sehingga akan memunculkan respon mental (tahap emosi). Berdasar teori LeMaistre tahap emosi yaitu krisis, isolasi, kemarahan, rekonstruksi, depresi dan renewal. Respon fisik dan mental membentuk dinamika penyesuaian emosional pasien dan mempengaruhi proses penerimaan diagnosa sehingga bisa meningkatkan kualitas hidup pasien (LeMaistre, 1999).

Latihan asertif merupakan terapi modalitas keperawatan yang diharapkan dapat membantu pasien meningkatkan keberanian mengungkapkan perasaan dan

emosi secara tepat atau asertif dihadapan orang lain (Susana dkk, 2007). Keberanian ODHA dalam mengungkapkan perasaan dihadapan kelompok dukungannya menumbuhkan rasa percaya diri, dan pengakuan eksistensi oleh orang-orang disekitarnya. Dalam *support group* dukungan oleh lingkungan sosial yang terbentuk memberikan keuntungan emosional dengan adanya kesempatan untuk mengungkapkan perasaan secara asertif dan umpan balik untuk menumbuhkan perilaku penyesuaian terhadap penyakitnya (Gotlieb, 1983). Oleh karena itu latihan asertif diperlukan oleh pasien yang terdiagnosa HIV karena pengaruh emosional dan psikososial yang terbentuk dapat membantu pasien menerima diagnosa HIV dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana pengaruh Latihan Asertif terhadap dinamika penyesuaian emosional pasien setelah didiagnosa HIV ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Membuktikan pengaruh Latihan Asertif terhadap dinamika penyesuaian emosional pasien setelah didiagnosa HIV.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi dinamika penyesuaian emosional: respon fisik pasien HIV sebelum dilakukan latihan asertif (perlakuan dan kontrol).
2. Mengidentifikasi dinamika penyesuaian emosional: respon mental pasien HIV sebelum dilakukan latihan asertif (perlakuan dan kontrol).

3. Mengidentifikasi dinamika penyesuaian emosional: respon fisik pasien HIV setelah dilakukan latihan asertif (perlakuan dan kontrol).
4. Mengidentifikasi dinamika penyesuaian emosional: respon mental pasien HIV setelah dilakukan latihan asertif (perlakuan dan kontrol).
5. Menganalisis pengaruh latihan asertif terhadap dinamika penyesuaian emosional: respon fisik pasien setelah didiagnosa HIV
6. Menganalisis pengaruh latihan asertif terhadap dinamika penyesuaian emosional: respon mental pasien setelah didiagnosa HIV

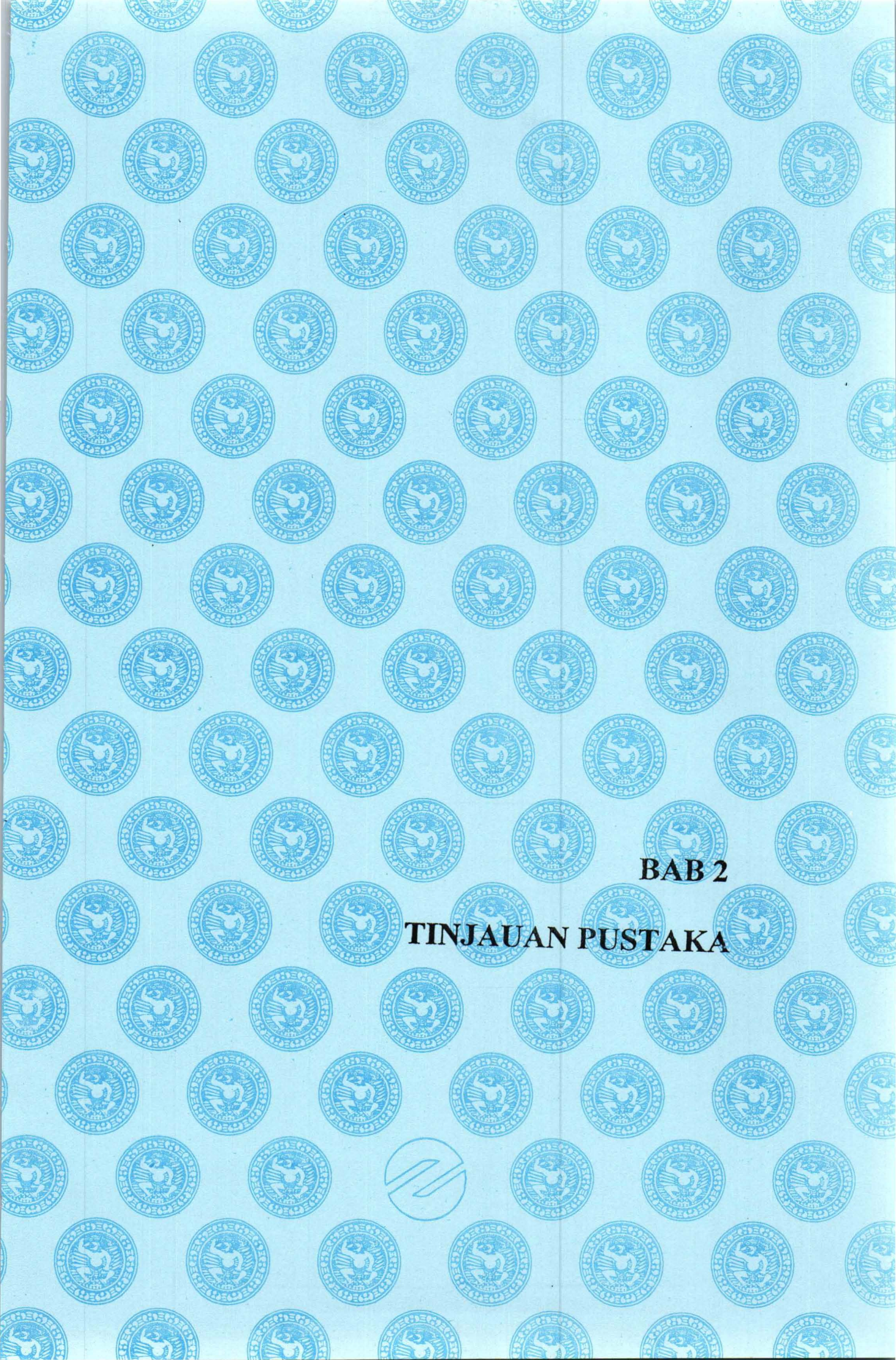
1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

1. Dalam pengembangan ilmu, diharapkan menjelaskan pengaruh latihan asertif terhadap dinamika penyesuaian emosional pasien setelah didiagnosa HIV
2. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah khasanah ilmu keperawatan dalam mengaplikasikan terapi kelompok dibidang ilmu keperawatan HIV & AIDS

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai alternatif intervensi dalam memberikan dukungan psikososial pasien HIV pada tahap penyesuaian emosional setelah didiagnosa HIV sehingga untuk ditrapkan di klinik
2. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai data dasar dalam melaksanakan penelitian lebih lanjut yang berkaitan dengan topik masalah yang sama.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep HIV & AIDS

2.1.1 Pengertian Terinfeksi HIV & AIDS

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia dan kemudian menimbulkan AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*). AIDS adalah sindrom atau kumpulan gejala penyakit akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh. Pada infeksi HIV, limfosit T yang berfungsi mengatur sistem kekebalan tubuh manusia, mengenali dan memusnahkan berbagai mikroorganisme dan virus dirusak, sehingga jumlahnya cenderung terus menurun (Nasronudin, 2007).

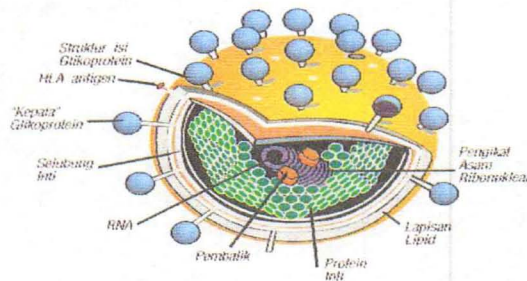
Seseorang yang terinfeksi HIV tidak memperlihatkan gejala selama bertahun-tahun dimana jumlah sel CD4 dapat terus berkurang dari 1000 sel per ml darah menjadi sekitar 200-300 sel per ml darah selama 2-10 tahun setelah infeksi. Jumlah CD4 menurun akibat virus yang terus berpoliferasi dan menimbulkan berbagai infeksi yang parah, apabila sel CD4 jatuh dibawah 200 sel per ml darah maka dia jatuh pada kondisi AIDS yang disertai infeksi oportunistik, kanker atau dimensia AIDS (Corwin, 2001)

2.1.2 Etiologi AIDS

Acquired Immuno Deficiency Syndrome disebabkan oleh virus HIV yang tergolong retrovirus mempunyai materi genetik RNA. Bila virus masuk ke dalam tubuh penderita (sel hospes) maka RNA virus diubah menjadi DNA oleh enzim *reverse transcriptase* yang dimiliki oleh HIV. DNA pro-virus tersebut kemudian

diintegrasikan ke dalam sel hospes dan selanjutnya diprogramkan untuk membentuk gen virus (Fauci & Lane, 2001 dalam Tandiono, 2001). HIV cenderung menyerang jenis sel tertentu, yaitu sel-sel yang mempunyai antigen permukaan CD4, terutama limfosit T4 yang berperan penting dalam mengatur dan mempertahankan sistem kekebalan tubuh. Selain limfosit T4, virus juga menginfeksi sel monosit dan makrofag, sel Langerhans pada kulit, sel dendrit pada kelenjar limfe, makrofag pada alveoli paru, sel retina, sel serviks uteri, dan sel-sel mikroglia otak. Virus masuk ke dalam limfosit T4 mengadakan replikasi dan akhirnya menghancurkan sel limfosit. Kelumpuhan sistem kekebalan tubuh mengakibatkan timbulnya berbagai infeksi oportunistik dan keganasan sebagai gejala klinis AIDS (Kaplan & Sadock, 2000).

HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS (HIV)



Gambar 2.1 Struktur HIV (Sumber: Fauci AS, 2005)

2.1.3 Replikasi HIV

1. Internalisasi infeksi HIV ke sel target

Perjalanan infeksi HIV dalam tubuh manusia diawali dengan interaksi gp 120 pada selubung HIV berikatan dengan reseptor spesifik CD4 yang terdapat pada permukaan membran sel target (kebanyakan limfosit T-CD4). Interaksi gp120

HIV dengan CD4 mengakibatkan terjadi ikatan antara HIV dan sel target. Ikatan diperkuat dengan ko-reseptor gp41 yang memperantarai masuknya virus ke dalam sel target, maka terjadilah fusi membran HIV dengan membran sel target. Bertindak sebagai ko-reseptor lini kedua adalah tujuh reseptor transmembran, yang terpenting yaitu *CC chemokine reseptor 5 (CCR5)* dan *CX chemokine reseptor 4 (CXCR4)* dengan melibatkan lebih 100 protein terkait. Kekuatan ikatan HIV dan sel target ditentukan afinitas ko-reseptor yang satu sama lain tidak sama.

2. Kompleks Pre-Integrasi

Setelah gp120 HIV terikat pada reseptor CD4 dan ko-reseptor CCR5 dan CXCR4, diiringi terjadinya perubahan konformasi gp41 sehingga memungkinkan terjadi insersi pada regio *N-terminal hydrophobic fusion-peptide* ke dalam membran sel target. Akibat insersi menghasilkan fusi kedua membran sel target. Genom RNA disertai peran enzim *reverse transcriptase* membentuk DNA untai tunggal (*single-stranded DNA*) dan terjadi transkripsi membentuk DNA untai ganda (*double-stranded DNA*) untuk berintegrasi ke dalam genom sel host.

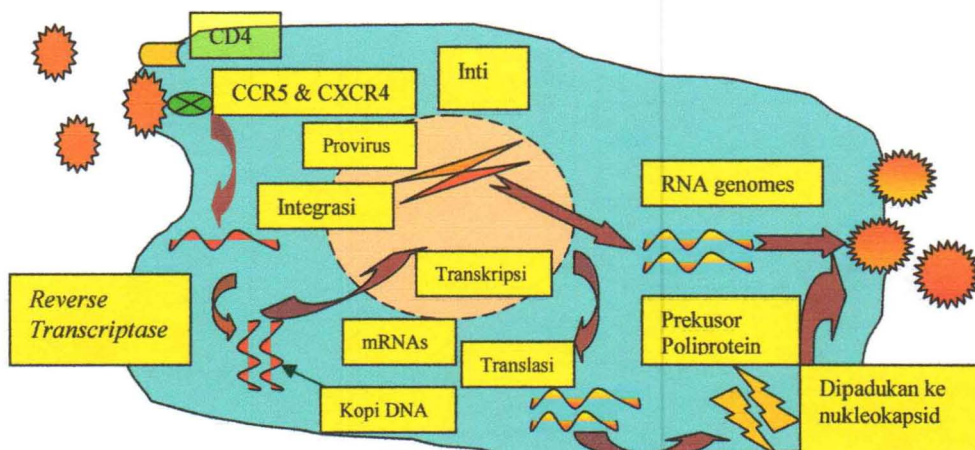
3. Integrasi dan Transkripsi

Genom HIV untai ganda secara acak berintegrasi ke dalam genom sel *host*. Peran *integrase* terjadi perubahan DNA menjadi lebih stabil. DNA dibentuk oleh dua untai molekul fosfat dan deoksiribosa secara bergantian dengan satu basa pirimidin (timin dan sitosin). RNA memainkan peran sebagai perantara dalam penyampaian sandi genetik dari nukleus ke sitoplasma oleh mRNA, kemudian membantu pembentukan rantai peptida. Transfer informasi genetik dari DNA ke

mRNA disebut transkripsi. Hasil transkrip dipergunakan untuk menyusun asam amino menjadi peptida, dan proses ini disebut translasi. Genom HIV yang berhasil berintegrasi ke dalam genom sel host, maka bentuk integrasi ini disebut provirus.

4. Replikasi HIV

Replikasi berlangsung dalam sel *host*, setelah masuk dan berada di dalam sel target, HIV melepaskan *single strand* RNA (ssRNA). Sementara enzim *reverse transcriptase* yang telah disiapkan berperan dalam sintesis DNA. Sel target terpapar HIV mengalami perubahan aktifitas, menjadi aktif memproduksi sitokin yang memicu *nuklear factor kB* (NF- κ B) yang akan berikatan pada 5LTR (*Long Terminal Repeat*) dan menginduksi terjadinya replikasi DNA. Enzim *polimerase* mentranskrip DNA menjadi RNA yang secara struktur berfungsi sebagai RNA genomik dan mRNA. RNA keluar dari nukleus kemudian mRNA mengalami translasi menghasilkan polipeptida. Polipeptida yang terbentuk bergabung dengan RNA menjadi inti virus baru. Virus baru yang lengkap dan matur keluar dari sel target untuk menyerang sel target lain. Dalam satu hari replikasi HIV dapat menghasilkan virus baru, jumlahnya dapat mencapai 10 miliar.



Gambar 2.2 Siklus replikasi HIV (Sumber: Lavinson, 2003)

2.1.4 Stadium Klinis HIV

Menurut WHO (2005) manifestasi klinis penderita HIV/AIDS dewasa dibagi menjadi empat stadium yaitu :

Tabel 2.1 Stadium klinik HIV berdasar WHO tahun 2005

	Berat badan	Gejala	Prophylaxis	Terapi ARV
Stadium 1 Asimtomatik	Tidak ada penurunan berat badan	Tidak ada gejala / Lymphadenopathy Generalisata Persistent	Prophylaxis INH, jika memenuhi syarat	Hanya jika CD4 <200
Stadium 2 Sakit ringan	Penurunan berat badan 5-10 %	1. luka sekitar bibir (angular cheylitis) 2. Ruam kulit yang gatal (seborrhoe atau prurigo) 3. Herpes zoster dalam 5 tahun terakhir 4. ISPA berulang, sinusitis atau otitis 5. Sariawan berulang	1. Prophylaxis INH, jika memenuhi syarat 2. Prophylaxis Cotrimoxazole	Jika hanya CD4 <200 atau limfosit total <1200/mm ³
Stadium 3 Sakit sedang	Penurunan berat badan >10%	1. Bercak putih dimulut (Oral hairy leukoplakia) 2. Diare, candidiasis vaginal, panas yang tidak diketahui penyebabnya lebih dari satu bulan 3. Infeksi bakterial yang berat (pneumonia pneumocistis) dll 4. TB paru dalam 1 tahun terakhir	1. Prophylaxis INH, Jika memenuhi syarat dan mampu menghilangkan TB 2. Prophylaxis Cotrimoxazole 3. Prophylaxis lain yang termasuk didalam rencana pengobatan	1. Jika tidak tersedia pemeriksaan CD4 obati semua pada stadium 3 2. Jika CD4 diukur obat diberikan pada CD4 <350
Stadium 4 Sakit berat (AIDS)	HIV wasting syndrome	1. Candidiasis esofagus 2. herpes simplex lebih dari 1 bulan 3. Lymphoma 4. Sarkoma kaposi 5. Ca Cervix 6. PCP 7. TB Extrapulmo 8. Meningitis Cryptococcus 9. HIV Encephalopati	1. Prophylaxis INH, Jika memenuhi syarat dan mampu menghilangkan TB 2. Prophylaxis Cotrimoxazol 3. Prophylaxis lain yang termasuk didalam rencana pengobatan	1. Indikasi pengobatan ARV 2. Evaluasi untuk ART 3. Menyiapkan untuk konseling kepatuhan (membutuhkan kunjungan rumah)

2.1.5 Perjalanan Infeksi HIV

Perjalanan infeksi HIV dan gejala klinis melalui 3 fase, sebagai berikut :

1. Fase Infeksi Akut

Setelah HIV menginfeksi sel target terjadi proses replikasi yang menghasilkan berjuta-juta virus baru (virion). Viremia yang disebabkan jutaan virion ini memicu munculnya sindrom infeksi akut. Pada fase akut terjadi penurunan limfosit T yang dramatis, jumlah limfosit T pada fase ini masih diatas 500 sel/mm^3 dan kemudian mengalami penurunan setelah 6 minggu terinfeksi HIV. Pada sindrom infeksi akut gejala umum yang muncul yaitu demam, faringitis, limfadenopati, aralgia, mialgia, letargi, malaise, nyeri kepala, mual, muntah, diare, anoreksia, penurunan berat badan.

2. Fase Infeksi Laten

Pembentukan respon imun spesifik HIV dan terperangkapnya virus dalam sel dendritik folikuler (SDF) di pusat germinativum kelenjar limfe menyebabkan virion dapat dikendalikan, gejala hilang dan mulai memasuki fase laten. Pada fase ini sebagian besar virus terakumulasi di kelenjar limfe dan terjadi replikasi di kelenjar limfe. Jumlah limfosit T-CD4 menurun hingga sekitar $500-200 \text{ sel/mm}^3$, meskipun serokonversi positif individu umumnya belum menunjukkan gejala klinis (asymtomatis). Fase ini berlangsung rerata sekitar 8-10 tahun (dapat 3-13 tahun) setelah terinfeksi HIV. Beberapa pasien terdapat gejala sarkoma Kaposi's, herpes simpleks, dan sinusitis bakterial.

3. Fase Infeksi Kronis

Dalam kelenjar limfe terus terjadi replikasi virus yang diikuti kerusakan dan kematian SDF. Respon imun tidak mampu meredam jumlah virion yang

berlebihan sehingga limfosit semakin tertekan dan jumlah limfosit T-CD4 menurun hingga dibawah $200\text{sel}/\text{mm}^3$. Perjalanan penyakit semakin progresif yang mendorong ke arah AIDS. Timbul infeksi oportunistik yang sering menyertai adalah pneumonia yang disebabkan *pneumocystis carinii*, tuberculosis, sepsis, toksoplasmosis encefalitis, diare akibat kriptosporidiasis, infeksi virus citomegalo, infeksi virus herpes, kandidiasis esofagus, kandidiasis trakhea, infeksi jamur histoplasmosis dan koksidiodomikosis (Nasronudin, 2007)

2.1.6 Cara Penularan HIV

Transmisi HIV ke dalam tubuh manusia melalui 3 cara :

1. Secara transeksual (homoseksual dan heteroseksual)

Cara penularan HIV melalui transmisi seksual prosentase sekitar 70%-80%. HIV dapat ditularkan dari seseorang yang terinfeksi ke patnert seksualnya (pria ke wanita, atau wanita ke pria). Pada hubungan homoseksual terjadi deposisi semen ke dalam rektum, sehingga terjadi luka-luka kecil pada selaput lendir rektum sehingga virus bisa masuk ke dalam aliran darah. Pada hubungan heteroseksual resiko infeksi lebih tinggi pada wanita penerima semen. Resiko penularan dari wanita ke pria meningkat bila di vagina terdapat darah, seperti saat menstruasi, ada luka atau radang di servik vagina.

2. Secara vertikal (dari ibu ke anak)

Penularan dari ibu yang terinfeksi ke bayi yang dikandungnya mempunyai presentase sekitar 5%-10%. Penularan dapat terjadi selama dalam kandungan maupun waktu persalinan. Resiko penularan melalui air susu ibu persentasenya lebih kecil.

3. Secara horizontal.

Kontak antara darah (pemakai jarum suntik secara bersama-sama secara bergantian sekarang menempati urutan pertama dalam prosentase penularan HIV sekitar 62%. Transmisi melalui alat yang tidak steril dan produk darah yang tercemar virus seperti tatto, tindik, transfusi darah, transplantasi organ dan perawatan gigi terjadi sekitar 3%-5%.

2.1.7 *Voluntary Counseling and Testing (VCT)*

Voluntary Counseling and Testing (VCT) adalah pintu masuk yang vital, mencakup keseluruhan dalam pengembangan penciptaan lingkungan dimana pencegahan, dukungan sosial dan perawatan dapat berkembang (UNAIDS,2002).

Tujuan umum dari VCT adalah mempromosikan perubahan perilaku penderita sehingga mengurangi resiko mendapat infeksi dan penyebaran infeksi HIV. Adapun tujuan khusus dari VCT adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan jumlah ODHA yang mengetahui bahwa dirinya terinfeksi HIV
2. Mempercepat diagnosis ODHA, dengan diagnosis dini ODHA mendapat kesempatan melindungi diri dan pasangan serta melibatkan diri dalam upaya penanggulangan HIV & AIDS.
3. Meningkatkan penggunaan layanan kesehatan mencegah terjadinya infeksi lain pada ODHA
4. Meningkatkan kepatuhan pada terapi antiretroviral
5. Meningkatkan jumlah ODHA yang berperilaku hidup sehat dan melanjutkan perilaku yang kurang beresiko terhadap penularan HIV dan IMS

Pelayanan VCT meliputi pencegahan HIV dan merupakan pintu masuk menuju terapi dan perawatan yaitu sebagai berikut:

1. Pencegahan HIV

Konseling dan tes sukarela HIV berkualitas tinggi merupakan komponen efektif (juga efektif dari sudut biaya) pendekatan prevensi, yang mempromosikan perubahan perilaku seksual dalam menurunkan penularan HIV. Konseling dapat membantu menurunkan penularan HIV diantara pasangan.

2. Pintu masuk menuju terapi dan perawatan

Voluntary counseling and testing telah terbukti menjadi pintu gerbang menuju pelayanan medik dan dukungan sesuai yang dibutuhkan. Dengan perkembangan intervensi yang aman dan efektif untuk prevensi penularan HIV ibu-anak, penerapan layanan VCT menjadi lebih utama di banyak negara.

Protap atau tahap VCT yang ada di RSUD Dr. Soetomo Surabaya meliputi :

1. *Voluntary Counseling and Testing Pre-Test*

- a. Tujuan datang
- b. Informasi tentang biaya VCT
- c. Perencanaan *Confidentialitas*
- d. Informasi tentang HIV & AIDS : penularan, jalan masuk virus, perjalanan penyakit, timbulnya antibody (*windows period*), tes dan arti tes, pencegahan.
- e. Perilaku beresiko terakhir
- f. Hambatan pengurangan perilaku beresiko, termasuk "*risk reduction*" "*harm reduction*"
- g. Kesiapan melakukan test
- h. Apa yang akan terjadi bila hasil test positif atau negatif
- i. Kemungkinan potensi bunuh diri

- j. Dukungan sebaya, keluarga, pasangan.
- k. Hasil melakukan tes atau menunda tes monitor

2. Tes diagnostik untuk deteksi infeksi HIV

1) Pemeriksaan Antibodi

Antibodi yang diperiksa umumnya adalah imunoglobulin G (Ig G). Antibodi umumnya terbentuk 3-6 minggu setelah terinfeksi, bahkan bila pembentukan antibodi lambat baru terbentuk sekitar 3-6 bulan

Macam pemeriksaan antibodi :

- a. ELISA (*Enzyme-Linked Immunosorbant Assay*) yang memerlukan peralatan canggih dan waktu pemeriksaan cukup lama.
- b. *Rapid test*, tes yang cepat ini mudah penggunaannya dan tidak memerlukan peralatan canggih. Waktu yang dibutuhkan untuk pemeriksaan relatif cepat sekitar 10-20 menit (misal: aglutinasi, imunodot, imunokromatografi)

2) Pemeriksaan Antigen

Pemeriksaan ini dapat mendeteksi virus HIV secara langsung dengan:

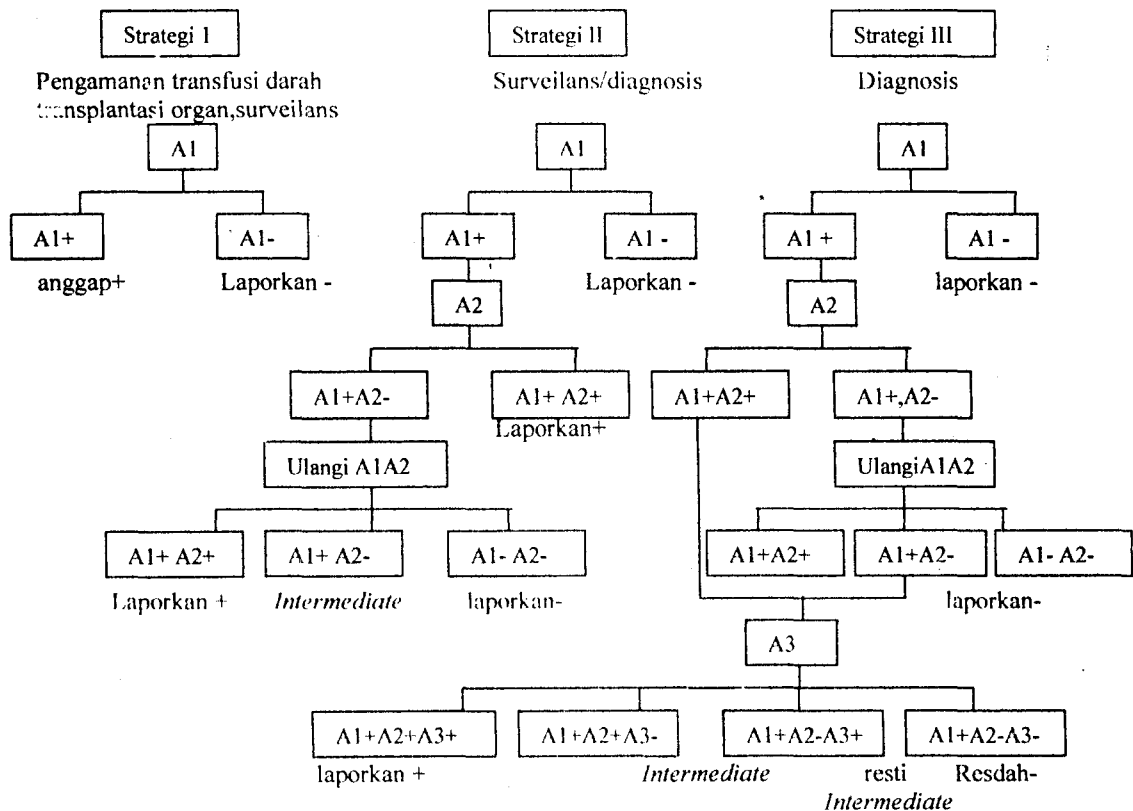
- a. Deteksi protein virus (p24 *antigen capture assay*)
- b. Deteksi asam nukleat virus secara langsung (PCR)

Pemeriksaan laboratorium mengikuti alur strategi pemeriksaan HIV yaitu:

Tabel 2.2 strategi pemeriksaan HIV (Dirjen P2mdan PL, 2003)

Tujuan Pemeriksaan	Prevalensi infeksi	Faktor resiko	Strategi pemeriksaan	
Keamanan transfusi / transplantasi	Semua prevalensi		I	
Surveilans	>10%		I	
	<10%		II	
Diagnosis	* Terdapat gejala klinik infeksi HIV	>30%	+	I
		<30%	-	II
	* Tanpa gejala klinik infeksi HIV	>10%	+	II
		<10%	-	III

Pada penderita yang pertama kali terdiagnosis HIV, terutama pada keadaan tanpa gejala harus dikonfirmasi dengan pemeriksaan yaitu menggunakan sampel darah baru. Dilaporkan hasil HIV positif setelah konfirmasi hasil positif pada sampel yang kedua.



gambar 2.4 Bagan alur strategi pemeriksaan HIV sesuai rekomendasi UNAIDS-WHO

3. *Voluntary Counseling and Testing Post-Test*

- Cek kebenaran inisial tes
- Tanya keadaan klien terutama psikologis klien selama menunggu hasil tes
- Tanya lagi kemungkinan bila hasil tes positif atau negatif
- Pastikan kesiapan klien untuk pembacaan hasil
- Pembacaan hasil kalau perlu menunjukkan pada klien sambil melihat reaksi klien

Hasil negatif :

- a. Jelaskan kembali arti hasil negatif
- b. Observasi reaksi/ekspresi klien setelah hasil dibacakan
- c. Tekankan bila info yang diberikan pada pre tes benar, maka *window period* terlewati, klien aman
- d. Penekanan untuk selalu menjaga perilaku beresiko
- e. Tawarkan bila masih sewaktu-waktu membutuhkan konseling/VCT boleh datang atau ada keluarga/teman lain yang membutuhkan.

Hasil positif :

- a. Jelaskan kembali arti hasil positif
- b. Observasi reaksi/ekspresi setelah hasil dibacakan, tanyakan perasaan klien
- c. Tanyakan bentuk dukungan yang diperlukan
- d. Terlintaskah pikiran untuk bunuh diri
- e. Rencana setelah pulang
- f. Beri contoh orang-orang yang masih dapat bertahan hidup dan mengatur hidupnya setelah menderita HIV&AIDS
- g. Tekankan pentingnya perilaku tidak beresiko
- h. Tekankan tentang pengaturan pola hidup sehat : fisik, psikis, sosial
- i. Tanyakan pembukaan status kepada orang tua, keluarga, teman, orang yang dipercaya dan pasangan sehubungan dengan seks aman dan lain-lai
- j. Tegaskan bantuan psikologis yang setiap saat diperlukan dapat dihubungi
- k. Tekankan perlunya pemeriksaan lebih lanjut untuk penentuan terapi.
- l. Perawatan ke manager kasus.

2.1.8 Tatalaksana klinis

Tujuan tatalaksana klinis adalah terlaksananya program pengobatan HIV & AIDS secara memadai dengan hasil maksimal (Dirjen P2M & PL, 2003). Pada prinsipnya terdapat 5 hal yang terkait tatalaksana penderita HIV & AIDS meliputi:

1. Terapi Antiretroviral

Sementara ini di Indonesia menggunakan terapi ARV pada lini pertama yang memiliki empat regimen yaitu:

- 1) Zidovudine (ZDV) 300mg, Lamivudine (3TC) 150mg, Nevirapine (NVP) 200mg
- 2) Zidovudine (ZDV) 300mg, Lamivudine (3TC) 150mg, Efavirenz (EFV) 600mg
- 3) Stavudine (d4T) 40mg dan 30mg, Lamivudine (3TC) 150mg, Nevirapine (NVP) 200mg
- 4) Stavudine (d4T) 40mg dan 30mg, Lamivudine (3TC) 150mg, Efavirenz (EFV) 600mg (IMAI, WHO, 2003)

Banyak pasien yang pada akhirnya mengalami kegagalan pengobatan lini pertama dalam hal ini terdapat regimen pengobatan lini kedua sebagai berikut :

- 1) Tenofovir Disoproksil Fumarat (TDF), Didanosin (ddI), Lop/r
- 2) Abacavir (ABC), Didanosin (ddI), Saquinavir (SQV/r)
- 3) Abacavir (ABC), Didanosin (ddI), Lop/r
- 4) Tenofovir Disoproksil Fumarat(TDF), Didanosin(ddI), Saquinavir(SQVr)

ARV diberikan pada pasien dengan ketentuan sebagai berikut:

- 1) Bila tersedia pemeriksaan CD4
 - a. Klinis stadium IV

- b. Klinis stadium III dengan $CD4 < 350/mm^3$
 - c. Klinis stadium I-II dengan $CD4 < 200/mm^3$
- 2) Bila tidak tersedia pemeriksaan CD4
- a. Klinis stadium IV: Mulai terapi ARV
 - b. Klinis stadium III : Mulai terapi ARV
 - c. Klinis stadium I dan II belum direkomendasi

(Sumber: WHO 2006)

2. Terapi Infeksi Oportunistik

Infeksi oportunistik yang sering pada ODHA dan pengobatannya antara lain :

- 1) Tuberkulosa : Isoniazid, Rimfapisin, Pirasinamid, Streptomisin, Etambutol
- 2) Septikemia : Antibiotik
- 3) Pneumonia (*Pneumocystik carinii*) : terapi kompleks obat lini pertama adalah koltrimoxasol (sabagai profilaksis), dan pentamidin, prednisolon.
- 4) Pneumonia biasa : Antibiotik
- 5) Infeksi jamur pada kulit, mulut dan tenggorokan yang sering kambuh : gentian violet, povidone iodine, obat kumur, tablet telan, tablet hisap anti jamur.
- 6) Diare kronis: Loperamide hanya diberikan bila tidak ada perbaikan setelah diberi pengobatan yang sesuai dengan penyebabnya.
- 7) Meningitis : antibiotik tergantung dari penyebab atau jenis meningitis
(Dirjen P2M & PL, 2003)

3. Terapi Simtomatik

Patogenesis HIV & AIDS telah jelas, sehingga tersedia fasilitas deteksi virus dan perkembangan program pengobatan yang cepat. Test jumlah CD4 dan viral

load telah dilakukan untuk memantau dan menentukan tingkat prognosis dan kemajuan pengobatan. Beberapa prinsip penatalaksanaan yang penting terhadap pasien HIV & AIDS adalah test CD4 dan viral load tidak dapat dilaksanakan sebagian wilayah di Indonesia, namun tidak akan menjadi kendala dalam melakukan tatalaksana klinis yang baik karena dapat didasarkan pada gejala klinis dan jumlah limfosit total.

4. Terapi sosial

- 1) Membentuk kelompok dukungan masyarakat untuk memberikan dukungan emosional pada ODHA dan para pendampingnya.
- 2) Mengurangi dan menyingkirkan stigma, membangun sikap positif dari masyarakat terhadap ODHA dan keluarganya termasuk petugas kesehatan baik di jajaran pemerintah maupun swasta dan di tempat kerja.
- 3) Dukungan sosial atau rujukan kepada pelayanan sosial untuk mengatakan permasalahan tempat tinggal, pekerjaan, bantuan hukum, serta memantau dan mencegah diskriminasi.
- 4) Pendidikan dan pelatihan tentang tatalaksana dan pencegahan HIV & AIDS bagi para pendamping ODHA (petugas kesehatan, keluarga, tetangga dan relawan)

5. Terapi suportif yang meliputi asupan gizi dan olahraga

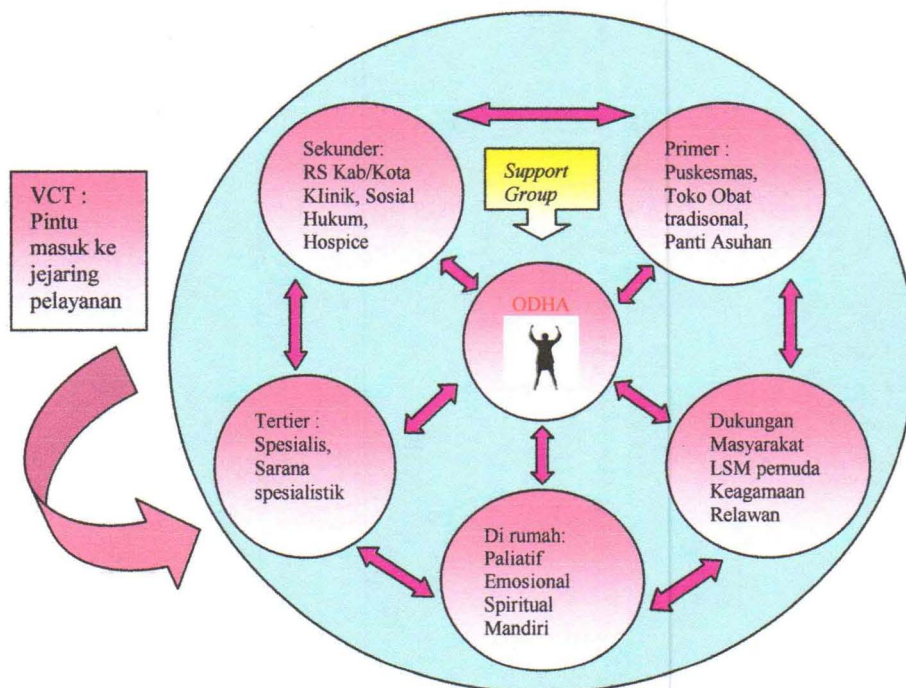
HIV menyebabkan hilangnya nafsu makan dan gangguan penyerapan zat gizi, akibat menurunnya cadangan vitamin dan mineral dalam tubuh. Prinsip gizi pada pasien HIV & AIDS adalah tinggi kalori, tinggi protein, diberikan secara oral, kaya vitamin dan mineral serta cukup air meliputi makro dan mikronutrien. Diet pasien HIV 10%-25% lebih banyak dari kebutuhan minimum yang dianjurkan,

diberikan dalam porsi kecil tapi teratur, serta disesuaikan dengan penyakit infeksi yang menyertai.

Pada prinsipnya penatalaksanaan umum pada pasien HIV adalah istirahat cukup, namun apabila keadaan fisik pasien baik dianjurkan melakukan aktifitas fisik secara teratur dan tidak berlebihan. Bentuk latihan fisik yang dianjurkan adalah olahraga, yang berfungsi meningkatkan kadar endokrin, endorfin, katekolamin, glukokortikoid, kortikosteroid. Aktifitas olahraga diteliti mempunyai keuntungan bagi pasien HIV yaitu meningkatkan ketahanan, meningkatkan kapasitas paru, dan menuju perilaku hidup sehat (Nasronudin, 2007)

2.1.9 Komponen Perawatan Komprehensif dan Berkesinambungan

Perawatan berkesinambungan bagi ODHA mempunyai tujuan memutus mata rantai penularan serta mengurangi dampak sosial dan ekonomi dari penyakit HIV & AIDS, sehingga tidak menjadi masalah kesehatan bagi masyarakat.



Gambar2.3 Skema perawatan berkesinambungan bagi ODHA (WHO, 2005)

Konsep rantai perawatan komprehensif dan berkesinambungan atas dasar pelayanan perawatan HIV & AIDS dalam kerja sama tim, meliputi komponen :

1. Konseling dan Test HIV Sukareja (*Voluntary Counseling and Testing/ VCT*) adalah titik awal pelayanan dan perawatan yang berkelanjutan dan merupakan tempat mereka datang untuk bertanya, belajar, dan menerima status HIV seseorang dengan privasi yang terjaga.
2. Tatalaksana klinis kasus infeksi simtomatis dengan diagnosa dini yang memadai, pengobatan yang rasional, pemulangan yang terencana, dan kemampuan untuk melakukan rujukan ke penyelenggara pelayanan yang lain.
3. Asuhan keperawatan yang memberikan kenyamanan pasien dan higienis, mengendalikan infeksi dengan baik, memberikan perawatan paliatif, mendidik keluarga tentang perawatan di rumah, pencegahan penularan.
4. Perawatan di rumah dan masyarakat yaitu melatih keluarga dan relawan tentang cara perawatan, pengobatan gejala , serta perawatan paliatif.
5. Promosi gizi, dukungan psikologis, emosional, spiritual dan konseling
6. Membentuk kelompok dukungan masyarakat untuk memberikan dukungan emosional kepada ODHA dan para pendampingnya.
7. Mengurangi dan menyingkirkan stigma, membangun sikap positif masyarakat terhadap ODHA dan keluarganya, termasuk para petugas kesehatan.
8. Pendidikan dan pelatihan tentang tatalaksana dan pencegahan HIV & AIDS bagi para pendamping ODHA (petugas kesehatan, keluarga, tetangga, dan relawan)
9. Membangun kerja sama antar penyelenggara layanan (klinis, sosial, kelompok dukungan) agar layanan terjangkau melalui sistem jejaring rujukan

2.2 Konsep Kelompok Dukungan (*Support Group*)

2.2.1 Pengertian Kelompok Dukungan (*Support Group*)

Dukungan sosial sangat diperlukan terutama bagi ODHA karena kondisi kesehatannya membutuhkan perawatan secara komprehensif. *Support group* atau kelompok dukungan mempunyai pengaruh penting dalam respon psikologis pasien terhadap penyakitnya. Dukungan sosial (*social support*) merupakan media informasi verbal dan non verbal, saran, bantuan nyata atau tingkah laku yang menunjukkan dukungan orang-orang dalam lingkungan sosial subyek, dukungan tersebut dapat memberikan keuntungan emosional dan berpengaruh pada tingkah laku penerima dukungan (Gotlieb, 1983)

Dukungan sosial dapat diberikan pasangan (suami/istri), orang tua, anak, sanak keluarga, teman, tim kesehatan maupun konselor. Penderita terinfeksi HIV mencari dukungan sosial dari orang-orang disekitarnya sehingga menumbuhkan rasa dihargai, diperhatikan, dicintai dan keberadaannya dibutuhkan orang lain.

2.2.2 Jenis dukungan sosial

House dalam Depkes (2002) membedakan empat jenis atau dimensi dari dukungan sosial yaitu:

1. Dukungan emosional

Mencakup ungkapan empati, kepedulian, dan perhatian terhadap orang yang bersangkutan

2. Dukungan penghargaan

Terjadi lewat ungkapan hormat penghargaan positif untuk orang lain. Dorongan maju atau persetujuan dengan gagasan atau perasaan individu, dan

perbandingan positif orang itu dengan orang lain, misalnya orang itu kurang mampu atau lebih buruk keadaannya (menambah harga diri)

3. Dukungan Instrumental

Mencakup bantuan langsung misalnya orang memberi bantuan pinjaman uang kepada orang yang membutuhkan atau menolong dengan memberi pekerjaan pada orang yang tidak punya pekerjaan.

4. Dukungan informatif

Mencakup pemberian nasihat, saran, pengetahuan, dan informasi serta petunjuk.

2.2.3 Hubungan dukungan sosial dengan kesehatan

Menurut hipotesis penyangga, dukungan sosial mempengaruhi kesehatan dan melindungi orang itu terhadap efek negatif dari stres berat. Fungsi yang bersifat melindungi ini terutama efektif jika orang itu mengalami stres yang kuat. Dalam stres yang rendah terjadi sedikit penyangga yang bekerja atau dengan dua orang. Orang-orang dengan dukungan sosial tinggi mungkin akan kurang menilai situasi penuh stres (mereka akan tahu bahwa mungkin akan ada seseorang yang membantu mereka). Orang-orang dengan dukungan sosial tinggi akan mengubah respon mereka terhadap sumber stres misalnya pergi ke seorang teman untuk membicarakan masalahnya.

Hipotesis langsung berpendapat dukungan sosial bermanfaat bagi kesehatan dan kesejahteraan seseorang orang, menurut hipotesis ini efek dukungan sosial yang positif sebanding intensitas stres tinggi dan rendah. Orang-orang dengan dukungan sosial tinggi memiliki penghargaan diri lebih tinggi yang membuat mereka tidak mudah diserang stres (Gottlieb dikutip Smet, 1994)

2.2.4 Intervensi yang diberikan dalam *support group*

1. Beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaan.
2. Menegaskan pentingnya keberadaan pasien bagi orang lain
3. Mendorong pasien untuk mengungkapkan perasaan negatif dengan asertif
4. Memberi umpan balik terhadap perilaku pasien
5. Menumbuhkan penyesuaian terhadap penyakit
6. Menumbuhkan rasa percaya dan keyakinan terhadap proses pengobatan
7. Memberikan informasi yang diperlukan
8. Memberi dukungan moral, material, dan spiritual
9. Menghargai penilaian individu dan pengelolaan stres psikologis secara tepat

2.2.5 Kelompok Sosial

Kelompok sosial adalah suatu kesatuan sosial yang terdiri dua orang atau lebih. Mengadakan interaksi sosial yang intensif dan teratur, sudah ada pembagian tugas, struktur dan norma-norma tertentu, yang khas bagi kesatuan sosial.

Menurut Sheriff (2000) ciri utama dari kelompok sosial adalah sebagai berikut :

1. Adanya motif atau dorongan yang sama antara anggota kelompok
2. Akibat interaksi menimbulkan reaksi-reaksi dan kecakapan antar anggota
3. Dalam usaha mencapai tujuan yang sama timbul pembagian peran, kedudukan sehingga terjadi penegasan organisasi atau struktur kelompok.
4. Penegasan norma-norma kelompok mengatur interaksi dan tingkah laku anggota dalam mewujudkan tujuan kelompok dan norma-norma kelompok sebagai pedoman tingkah laku anggotanya.

2.2.6 Pengertian Latihan Asertif

Latihan asertif adalah suatu terapi modalitas keperawatan dalam bentuk terapi kelompok (terapi tingkah laku), klien difasilitasi untuk mengungkapkan perasaan maupun emosi secara tepat atau asertif sehingga pasien mampu untuk berhubungan dengan orang lain. Pasien diharapkan akan mampu untuk menyatakan : apa yang diinginkannya, apa yang disukainya, dan apa yang ingin dia kerjakan serta kemampuan untuk membuat seseorang merasa tidak risih berbicara tentang dirinya sendiri (Susana dkk, 2007).

2.2.7 Tujuan Latihan Asertif

Latihan asertif merupakan terapi kelompok dimana bertujuan membantu anggota kelompok berhubungan dengan orang lain dan mengubah perilaku yang destruktif dan maladaptif. Anggota kelompok merasa dimiliki, diakui, dihargai eksistensinya oleh anggota yang lain (Keliat & Akemat, 2005). Tujuan dari latihan asertif sendiri adalah sebagai berikut:

1. Pasien mampu mengidentifikasi penyebab dan situasi yang menyebabkan gangguan penyesuaian emosi pada saat didiagnosa.
2. Pasien mampu mengenal tanda-tanda fisik dan emosional yang terjadi saat gangguan penyesuaian emosi yang berakibat buruk terhadap penyakitnya.
3. Pasien mampu mengidentifikasi alternatif kegiatan yang bisa dilakukan untuk meningkatkan coping sehingga bisa menerima keadaannya
4. Pasien mampu mengidentifikasi alternatif kegiatan secara spiritual yang dapat dilakukan untuk proses penerimaan penyakitnya.
5. Pasien mampu mengungkapkan perasaan tentang penyakitnya dan memberikan umpan balik pada perubahan dalam kelompok.

2.2.8 Kebijakan

Dilakukan oleh perawat dan mahasiswa yang sudah mendapatkan pembelajaran Standart Operasional Prosedur dari kegiatan latihan asertif

2.2.9 Persiapan dan langkah pelaksanaan

1. Klien : kontrak dengan klien sehari sebelum pelaksanaan dan mengingatkan kembali sebelum pelaksanaan latihan pada hari yang ditentukan
2. Perawat :
 - 1) Lakukan prainteraksi sebelum pelaksanaan
 - 2) Persiapkan topik yang akan dibahas pada setiap pertemuan
 - 3) Pengorganisasian perawat dalam terapi yaitu : *Leader, co-leader, fasilitator,* dan observer
3. Ruangan :
 - 1) Ruangan tersendiri terpisah dari bangsal perawatan
 - 2) Situasi ruangan tenang, bersih, aman dan ruangan tertutup untuk menjaga privasi pasien
 - 3) Pengaturan kursi melingkar antara perawat dengan pasien
4. Fasilitas :
 - 1) Meja kursi
 - 2) Musik player
 - 3) Leaflet an gambar-gambar
5. Langkah – langkah pelaksanaan
 - 1) Pertemuan I
 - a) Adakan kontrak dengan kelompok

- b) Perkenalkan diri dengan menyebutkan nama dan panggilan yang disenangi serta asal tinggalnya
 - c) Jelaskan dan sepakati peraturan: klien hadir tepat waktu, tidak meninggalkan kegiatan sebelum selesai
 - d) Jelaskan tujuan pertemuan
 - e) Pemimpin membantu setiap anggota kelompok untuk mengingatkan dan mengungkapkan perasaan dan persepsi tentang sakitnya
 - f) Fasilitator membantu pasien untuk berani mengungkapkan sebab dari sakitnya dan membantu memfasilitasi koping pasien.
 - g) Berikan reinforcement positif atas ungkapan yang disampaikan oleh setiap anggota kelompok.
 - h) Evaluasi perasaan anggota kelompok setelah pertemuan
 - i) Buat kontrak dan sepakati kegiatan untuk pertemuan berikutnya : topik yang akan dibahas adalah tindakan / hal – hal negatif yang akan memperparah keadaan pasien dan waktu untuk pertemuan berikutnya.
- 2) Pertemuan 2
- a) Mengingatkan kontrak pada pertemuan sebelumnya dan mengingatkan kembali tentang tujuan dan topik yang akan dibahas pada pertemuan kali ini
 - b) Leader dengan dibantu fasilitator memfasilitasi anggota kelompok untuk mengungkapkan cara yang dia lakukan saat mengingkari diagnosa penyakitnya
 - c) Fasilitasi anggota kelompok untuk mengungkapkan mekanisme koping negatif yang dapat memperparah keadaan pasien

- d) Bantu anggota kelompok untuk menggolongkan hal – hal yang disebutka dalam 5 aspek: fisik, emosional, intelektual, sosial, spiritual.
- e) Berikan reinforcement positif atas ungkapan yang disampaikan setiap anggota kelompok
- f) Evaluasi perasaan setiap anggota kelompok setelah pertemuan.
- g) Buat kontrak dan sepakati kegiatan untuk pertemuan berikutnya: topik tentang al'ernatif kegiatan yang dilakukan untuk meningkatkan koping agar bisa menerima keadaannya dan waktu untuk pertemuan berikutnya.

3) Pertemuan 3

- a) Mengingatkan kontrak pada pertemuan sebelumnya dan tujuan serta mengingatkan kembali tentang topik yang akan dibahas kali ini.
- b) Leader memberikan contoh alternatif kegiatan yang bisa dilakukan untuk meningkatkan koping agar bisa menerima keadaan saat sakit
- c) Fasilitator membantu anggota kelompok untuk menyebutkan alternatif kegiatan yang biasa dilakukan anggota untuk menerima sakitnya
- d) Menyimpulkan hasil dari ungkapan yang disampaikan setiap anggota kelompok
- e) Memberikan reinforcement atas ungkapan yang disampaikan setiap anggota kelompok.
- f) Mengevaluasi perasaan setiap anggota kelompok setelah pertemuan
- g) Membuat kontrak dan menyepakati topik yang akan dibahas pada pertemuan berikutnya: alternatif kegiatan secara spiritual yang

digunakan untuk membantu pasien menerima keadaannya dan menentukan kontrak

4) Pertemuan 4

- a) Mengingatkan kontrak pada pertemuan sebelumnya dan tujuan serta mengingatkan kembali tentang topik yang akan dibahas kali ini.
- b) Leader memberikan contoh alternatif kegiatan secara spiritual yang bisa dilakukan untuk meningkatkan coping agar bisa menerima keadaan saat sakit: berdoa, beribadah
- c) Fasilitator membantu anggota kelompok untuk menyebutkan alternatif kegiatan spiritual yang biasa dilakukan anggota untuk menerima sakitnya
- d) Menyimpulkan hasil dari ungkapan yang disampaikan setiap anggota
- e) Memberikan reinforcement atas ungkapan yang disampaikan setiap anggota
- f) Mengevaluasi perasaan setiap anggota kelompok setelah pertemuan
- g) Membuat kontrak dan menyepakati topik yang akan dibahas pada pertemuan berikutnya: mengungkapkan perasaan tentang penyakitnya dan memberikan umpan balik pada perubahan dalam kelompok.

5) Pertemuan 5

- a) Mengingatkan kontrak pada pertemuan sebelumnya dan mengingatkan kembali tujuan serta topik yang akan dibahas pada pertemuan kali ini
- b) Membantu setiap anggota kelompok untuk mengungkapkan pendapatnya tentang proses yang terjadi selama pelaksanaan terapi

- c) Fasilitasi anggota kelompok mengungkapkan proses penerimaan penyakit
- d) Fasilitasi anggota kelompok untuk memberikan umpan balik terhadap perubahan masing – masing anggota kelompok
- e) Simpulkan dan beri reinforcement positif atas kerjasama anggota
- f) Leader mengevaluasi perasaan setiap anggota kelompok selama kegiatan
- g) Fasilitasi anggota kelompok untuk mendiskusikan perpisahan terhadap anggota kelompok dan lakukan terminasi akhir.

2.3 Konsep Dinamika Penyesuaian Emosional

2.3.1 Pengertian

Dinamika diartikan sesuatu yang mempunyai sifat bertenaga, berkekuatan sehingga selalu bergerak dan menyesuaikan diri dengan keadaan (Poerwadarminta, 1984). Emosi merupakan penilaian kognitif dalam proses pemaknaan atas kejadian dan pengalaman yang dialami, sebagai hal positif, negatif atau netral (Lazarus, 1976). Carstensen & Ornstein (1992) menyatakan emosi adalah respon fisiologis dan mental bersifat sementara, relatif spesifik dan otonomik berfungsi mengkomunikasikan, mengarahkan, dan membentuk perilaku.

Menurut LeMaistre (1999) menyatakan *Dinamic of emotional adjustment theory* ;” *the many ways as physiology and psychologically which people creatively adapt and use their individual internal powers of wholeness (the sense of being emotionally intact) to reduce the destructive effects of severe physical limitations and accompanying depression, rage and fear.*”

Teori diatas dapat diartikan sebagai berikut dinamika penyesuaian emosi adalah suatu cara pasien untuk adaptasi baik fisik maupun psikologis dengan pendekatan yang kreatif, menggunakan sumber kekuatan dari dalam individu secara keseluruhan (memahami keadaan emosinya secara utuh) untuk menurunkan efek kerusakan akibat penyakit fisik dan keadaan depresi, ketakutan dan kemarahan yang menyertainya (LeMaistre, 1999).

2.3.2 Elemen Emosi

Menurut McConnell & Phillipchalk (1992) dinyatakan bahwa elemen-elemen emosi adalah :

1. *Physical arousal* (keluhan fisik)
2. *Feelings*, biasanya berupa perasaan yang menyenangkan atau tidak menyenangkan
3. Kesadaran kognitif dan berbagai macam penilaian terhadap pengalaman.
4. Perilaku ekspresif yang bersifat emosional
5. Masukan lingkungan dan konsekuensi – konsekuensi

Berdasarkan elemen emosi diatas dapat dijelaskan prespektif yang dapat timbul yaitu :

1. Reaksi biologis

Emosi disini memiliki dua tujuan, yaitu ;

- 1) Menyadarkan tubuh kita agar bereaksi secara spesifik atas suatu stimulus
- 2) Menekan respon fisik sehingga tubuh kita dapat mengatasinya (Zajonc dalam McConnell, 1992)

Adapun bagian tubuh yang terlibat pada sistem ini adalah :

- 1) Sistem Limbik : sistem dalam otak yang mempengaruhi perilaku emosi.

2) Sistem saraf otonom : terhubung dengan kelenjar dan otot dalam tubuh

2. Reaksi intrapsikis

Bersifat subyektif *feeling* (tidak disadari dan tidak dipelajari) melibatkan aspek kognitif (kesadaran dari pengalaman subyektif). Menurut Lazarus dalam McConnell (1992) persepsi pada satu situasi akan mempengaruhi kesadaran fisik dan *subyektif feeling*. Emosi adalah hasil interaksi aktifitas neural otak, kesadaran fisiologis dalam sistem saraf otonom, dan interpretasi kognitif individu atau pemaknaan terhadap situasi yang ada.

2.3.3 Tahapan penyesuaian emosi

Untuk membentuk suatu penyesuaian emosi yang baik dibutuhkan bantuan dari berbagai pihak. Menurut LeMaistre (1999) hal ini dikarenakan dinamika penyesuaian emosional dibagi atas beberapa tahapan , sebagai berikut :

1. Krisis

Pada tahap krisis pasien dalam keadaan sakit keras dan sangat ketakutan. Kedua aspek psikologis dan fisiknya mengalami penurunan kemampuan dalam merespon berbagai hal. Pasien harus menyalurkan energinya untuk proses penyembuhan dan mengontrol kecemasannya. Keadaan emosi pasien tidak stabil seringkali merasa takut, bingung, kacau, gangguan disorientasi. Pada suatu saat dia merasa terpuruk dan tidak bisa sembuh lagi dari penyakitnya. Krisis yang dialami oleh hampir semua pasien ini membuat pasien harus menyalurkan semua energi dan perhatiannya untuk merespon serangan dari penyakitnya.

2. Isolasi

Pada tahap isolasi secara alami kecemasan terhadap penyakit mereda. Namun penyembuhan total belum dapat terjadi dan penyakit menjadi cenderung

menetap. Keadaan ini merupakan tahap permulaan dari kesadaran pasien bahwa sakitnya menjadi kronis. Pasien menjadi sangat ragu akan masa depannya, mereka akan mengalami gangguan tidur di malam hari, dan tidak bisa istirahat dengan baik di siang hari. Keluhan gangguan tidur disampaikan oleh sekitar 80% dari pasien HIV/AIDS (Prenzlauer et al. 1993 dalam Tandiono, 2001). Gangguan tidur primer dapat diakibatkan infeksi HIV terhadap SSP atau respons imun *host* terhadap infeksi HIV. Gangguan tidur sekunder termasuk gangguan-gangguan psikiatri seperti depresi, delirium, psikosis, gangguan berhubungan dengan zat, dan gangguan nyeri. Kecemasan pasien membuatnya sulit untuk berhubungan dengan orang lain. Mereka beranggapan tidak ada seorangpun yang dapat memahami keadaan sakit atau kerusakan fisiknya. Menarik diri merupakan aktualisasi bahwa dia merasa bisa sendiri dan tidak butuh orang lain.

3. Marah

Pasien yang sakit merasa dia sangat menderita, marah, cemas, takut dan sangat butuh pertolongan. Dia merasa sangat tidak adil, tidak layak mendapat sakit keinginannya untuk lepas dari sakitnya sangat kuat. Perasaan nyaman jika lepas dari sakit membuat timbul keinginan menyakiti diri sendiri bahkan untuk bunuh diri. Umumnya pasien dengan HIV/AIDS mempunyai risiko tinggi untuk bunuh diri. Cote et al. (1992) melaporkan bahwa angka bunuh diri pasien dengan HIV/AIDS 7,4 kali lebih tinggi dibandingkan kelompok kontrol dengan demografi yang sama, tetapi tanpa penyakit ini (Worth & Halman, 2001). Diperkirakan, sepertiga pasien HIV/AIDS pernah mempertimbangkan untuk meminta bantuan tenaga medis mengakhiri hidupnya. Bahkan, di Belanda sebelum ditemukan obat-obat antiretroviral sebanyak 25% pasien HIV/AIDS mati karena euthanasia.

Alasan yang membuatnya sangat marah dan putus asa adalah tidak mungkin mengubah takdir atas apa yang sudah terjadi sangat sulit rasanya menyingkirkan sakit dari tubuhnya. Alasan lain dengan bunuh diri dia bisa lepas dari sakit dan tidak merepotkan orang lain untuk merawat keadaannya. Marah adalah respon emosi yang tidak dapat dikontrol ini terjadi karena pasien tidak dapat lagi menghindar dan membuatnya tidak tahu harus berbuat apa.

4. Rekonstruksi

Pada tahap ini pasien mulai merasa keadaan fisiknya semakin membaik, dia mempunyai cukup waktu untuk memikirkan apa yang akan diperbuatnya untuk kehidupan yang akan datang, dan tidak selamanya dalam kondisi sakit. Keputusan penting yang dibuat akan kehidupan sosial yang dapat menolongnya membuat dia merasa nyaman untuk bangkit dari keterpurukan sakit yang diderita. Dia mulai belajar hal-hal positif yang mungkin dapat dia lakukan untuk bisa menjadi kohesif dan menumbuhkan keadaan emosi yang utuh disatu sisi ada fakta bahwa dia dalam keadaan sakit. Pada tahap rekonstruksi menumbuhkan banyak aspek, seperti mempelajari ketrampilan baru, dan mengontrol emosi

5. Depresi

Pada tahap ini mereka terbiasa terhadap depresi yang berulang. Prevalensi depresi pada pasien dengan HIV/AIDS meningkat dua kali lipat dibandingkan dengan populasi biasa. Pada pasien yang dirawat, angka ini lebih tinggi lagi (sekitar 40%). Faktor yang dapat menyebabkan depresi antara lain: faktor psikososial (tidak memiliki pekerjaan, duka yang belum terselesaikan, riwayat gangguan *mood*, dan gangguan berhubungan dengan zat psikoaktif); efek penyakit HIV sistemik terhadap SSP, termasuk pengobatannya (seperti Vinblastin.

Vinkristin, AZT, dan sebagainya); dan perjalanan penyakit. Kenangan buruk dan rasa ketidakberdayaan membuat emosi menjadi sedih dan kehilangan semangat dalam proses pengobatan. Depresi berulang ini terjadi akibat kesadaran yang timbul karena hilangnya fungsi tubuh dan perasaan tidak berguna. Depresi yang terjadi akibat keputusasaan akan perjuangan untuk sembuh yang dirasa sia-sia. Standar harapan untuk sembuh dirasa sebagai sesuatu yang tidak realistis.

6. Renewal

Rasa kehilangan dan sedih disebabkan penyakit yang tidak bisa hilang sama sekali, keadaan keterbatasan menumbuhkan keinginan untuk bangkit dan mandiri. Mereka mulai menerima diagnosa yang dihadapi, merasa jauh lebih baik dalam kehidupan. Keinginan untuk memperbaiki kehidupan yang akan datang dapat dipelajari dari orang lain yang sudah dapat melampauai penyesuaian emosional sebelumnya dan petugas medis, paramedis dan konselor yang mendampingi.

2.3.4 Faktor yang Mempengaruhi Penyesuaian Emosi

Emosi merupakan perasaan yang mendasar dan dialami oleh individu dan dapat mengarahkan perilaku individu. Emosi dibangkitkan oleh peristiwa eksternal berupa stimuli yang disertai banyak komponen fisiologik, dan berlangsung tidak lama (Maramis dalam Sunaryo, 2004)

Faktor internal yang mempengaruhi :

1. Umur

Menurut Singgih (2003) pada usia 19-30 tahun wanita dan pria pada tahap dewasa muda. Mempunyai karakteristik sifat yang idealis, optimis dan penuh ide baru. Pasien dewasa muda ini memberikana kerjasama yang baik dalam perawatan.

2. Pendidikan

Pendidikan ditujukan untuk menggugah kesadaran, meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pemeliharaan kesehatan bagi pribadi, keluarga maupun masyarakat. Pendidikan memberikan pengertian tentang tradisi kepada masyarakat yang merugikan maupun menguntungkan bagi kesehatan.

3. Karakter Pribadi

Kepribadian merupakan suatu organisasi dinamis dari sistem psikofisik individu yang menentukan tingkah laku dan pemikiran secara khas untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan. (Allport dalam Sunaryo, 2004). Karakter pribadi mempunyai banyak tipologi antara lain menurut Jung yaitu adanya tipe kepribadian *int:overt*, *ekstrovert* dan *ambivert*. Tipe *introvert* bersifat tertutup sehingga apabila ada stressor dipendam dan butuh penyesuaian emosi yang kronis, berbeda dengan *ekstrovert* yang lebih terbuka sehingga ekspresi emosi lebih spontan dan penyesuaian bersifat akut. Tipe *ambivert* memiliki dua tipe dasar sehingga sulit untuk memasukkan ke salah satu tipe kepribadian

4. Cara koping

Koping sebagai upaya seseorang untuk mencegah, menghindari dan mengontrol stres. Strategi koping mempengaruhi proses belajar di berbagai sel otak dan neuron sehingga mempengaruhi sekresi hormon. Menurut Pearlin dan Schooler, 1987 koping mempunyai tujuan dasar:

- 1) Menghilangkan dan memodifikasi stres agar tidak berkepanjangan
- 2) Mengontrol diri dari masalah dan memahami dengan benar penyakitnya
- 3) Mengontrol stres dengan menciptakan lingkungan yang kondusif

Faktor eksternal yang mempengaruhi:

1. Dukungan sosial

Dukungan sosial baik dari keluarga maupun kelompok mempunyai pengaruh besar terhadap penyesuaian pasien pada penyakit (Gotlieb, 1983). Lingkungan internal seseorang tidak luput dalam pemberian dan pengarahan penyesuaian seseorang terhadap lingkungan luar. Dengan demikian tingkah laku seseorang merupakan manifestasi penyesuaian yang dipengaruhi berbagai peranan lingkungan (Gunarsa, 2003) Dukungan sosial bisa diberikan oleh keluarga, kelompok maupun perawat salah satunya dengan kegiatan latihan asertif yang akan diteliti lebih lanjut pada penelitian ini

2. Petugas kesehatan

Perawatan yang efektif hanya mungkin bila mana petugas kesehatan dan perawat menaruh minat terhadap orang lain, tanpa membedakan umur, jenis kelamin, latar belakang dan status sosio-ekonominya. Perawat harus mengerti yang dibutuhkan pasien, menyenangkan dan meyakinkan pasien tujuan utama perawatan untuk kesejahteraan dan kesembuhan pasien (Gunarsa, 2003)

2.3.5 Fungsi-fungsi emosi

Fungsi suatu emosi meliputi perubahan fisiologis, tingkah laku yang nampak, perasaan-perasaan dan tekanan-tekanan. Menurut Scherer dalam Feldman (1996), disebutkan bahwa fungsi-fungsi emosi adalah :

1. Mempersiapkan diri untuk bertindak. Emosi bertindak sebagai penghubung antara peristiwa dalam lingkungan eksternal dan respon perilaku yang dilakukan individu.
2. Membentuk perilaku di masa depan mempelajari pengelolaan emosi

3. Membantu dalam mengatur interaksi sosial. Emosi yang dialami seseorang seringkali tampak jelas bagi orang lain, baik jika emosi itu dikomunikasikan secara verbal maupun nonverbal. Keadaan ini mendorong interaksi sosial

Kenrick, dkk (2002) menyatakan bahwa fungsi emosi yang utama adalah untuk memperingatkan individu ketika ada sesuatu yang tidak normal. Emosi ini mempengaruhi perilaku individu untuk mengambil keputusan dengan cepat mengenai tindakan yang harus diambil.

2.3.6 Efek Emosi

Beberapa penelitian menemukan bahwa seseorang dengan kondisi medis yang menurun, emosi negatif dapat benar-benar mempengaruhi penyakit dan penyembuhan. Kesepian dan rasa khawatir dapat menekan sistem kekebalan tubuh dan memberi kesempatan pada virus untuk berkembang (Kiecolt & Glaser, 1985 dalam Wade & Travis, 2003).

Emosi memiliki komponen mental maupun fisik. Kedua komponen tersebut mengikutsertakan kognisi (kesadaran akan sensasi dan penyebab timbulnya sensasi), afek (perasaan yang menyertai sensasi), konasi (kebutuhan untuk melakukan suatu aksi), serta perubahan-perubahan fisik (hipertensi, takikardi, berkeringat). Hipotalamus dan sistem limbik sangat berhubungan erat dengan ekspresi emosi dan terjadinya emosi (Ganong, 1999)

Respon emosional mempengaruhi reaksi fisiologis, seperti meningkatnya rangsangan terhadap saraf simpatik (Gatchell, 1996). Emosi berpengaruh pada persepsi rasa sakit pasien, dimana emosi negatif cenderung meningkatkan rasa sakit sementara emosi positif cenderung dapat mengurangi rasa sakit (Ulmer, 1997 dalam DiMatteo, 2002).

2.4. Pengaruh latihan Asertif terhadap Penyesuaian Emosional.

Penyesuaian emosi pasien setelah dinyatakan terinfeksi HIV beragam mulai dari respon fisik yang ekspresif sampai dengan tahap penyesuaian mental yang membutuhkan waktu dan dukungan dari berbagai pihak terutama perawat. Berbagai reaksi emosional yang tidak dikontrol bisa mengakibatkan pasien jatuh pada kondisi stres berat dan gangguan kejiwaan (Atkinson & Grant, 1994). Dukungan social (*social support*) merupakan media informasi verbal dan non verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang menunjukkan dukungan dari lingkungan sosial subyek, dukungan tersebut dapat memberikan keuntungan emosional dan mempengaruhi tingkah laku penerima dukungan (Gotlieb, 1983). Latihan asertif merupakan terapi kelompok dikembangkan dalam keperawatan untuk membantu pasien mengendalikan penyesuaian emosi, menerima keadaannya dan dapat berinteraksi dengan lingkungan (Susanna, 2007). Latihan asertif diterapkan dalam *support group* dengan adanya kesempatan untuk mengungkapkan perasaan secara asertif dan umpan balik untuk menumbuhkan perilaku penyesuaian terhadap penyakit hanya saja dalam latihan asertif fasilitator fokus pada perawat. Dengan kegiatan latihan asertif diharapkan pasien bisa beradaptasi terhadap penyakit baik secara biologis maupun psikologis. Penyesuaian emosional melibatkan sistem limbik dan HPA axis. Reaksi secara biologis melalui sistem limbik yang merupakan *learning proces*, memori dan kontrol emosi selanjutnya akan membentuk mekanisme coping. Selain itu respon biologis juga akan menstimuli HPA Axis untuk melepaskan neuroleptik *Corticotropin-Releasing Factor* (CRF) dimana CRF ini merupakan *counter regulasi* neuroendokrin dan kardiovaskuler. *Counter regulasi* ini meningkatkan

produksi dari katekolamin, kortisol dan *argininvasopresin* (AVP). Respon fisik akibat gangguan penyesuaian emosi secara biologis yang ditimbulkan adalah peningkatan tekanan darah dan nadi

Reaksi intrapsikis akan menimbulkan suatu interpretasi kognitif atau pemaknaan terhadap situasi yang menyebabkan reaksi emosional. Hal ini bersifat subyektif *feeling* (tidak disadari dan tidak dipelajari) melibatkan aspek kognitif (kesadaran dari pengalaman subyektif). Menurut Lazarus dalam McConnell (1992) persepsi pada satu situasi akan mempengaruhi kesadaran fisik Sehingga akan memunculkan respon mental (tahapan emosi) berdasar teori LeMaistre yaitu krisis, isolasi, kemarahan, rekonstruksi, depresi dan renewal. Respon fisik dan mental membentuk dinamika penyesuaian emosional pasien dan mempengaruhi proses penerimaan diagnosa sehingga bisa meningkatkan kualitas hidup pasien. Penelitian menunjukkan dengan latihan asertif dapat membantu pasien bersikap asertif atau sesuai dengan apa yang seharusnya dia lakukan baik terhadap penerimaan diagnosa maupun dalam perawatan berkelanjutan dan kepatuhan dalam terapi ART. Penyesuaian emosi pasien yang dikendalikan dalam terapi kelompok membentuk dukungan psikosial dan emosional untuk mengontrol stres psikologis pasien (Hariati dalam Maramis & Nasronudin, 2007). Dengan penyesuaian emosional yang baik pasien beradaptasi terhadap penyakit, menerima sakit bukan berarti menyerah pada penyakit melainkan bangkit untuk mengendalikan sakit (Sharma, 2007)



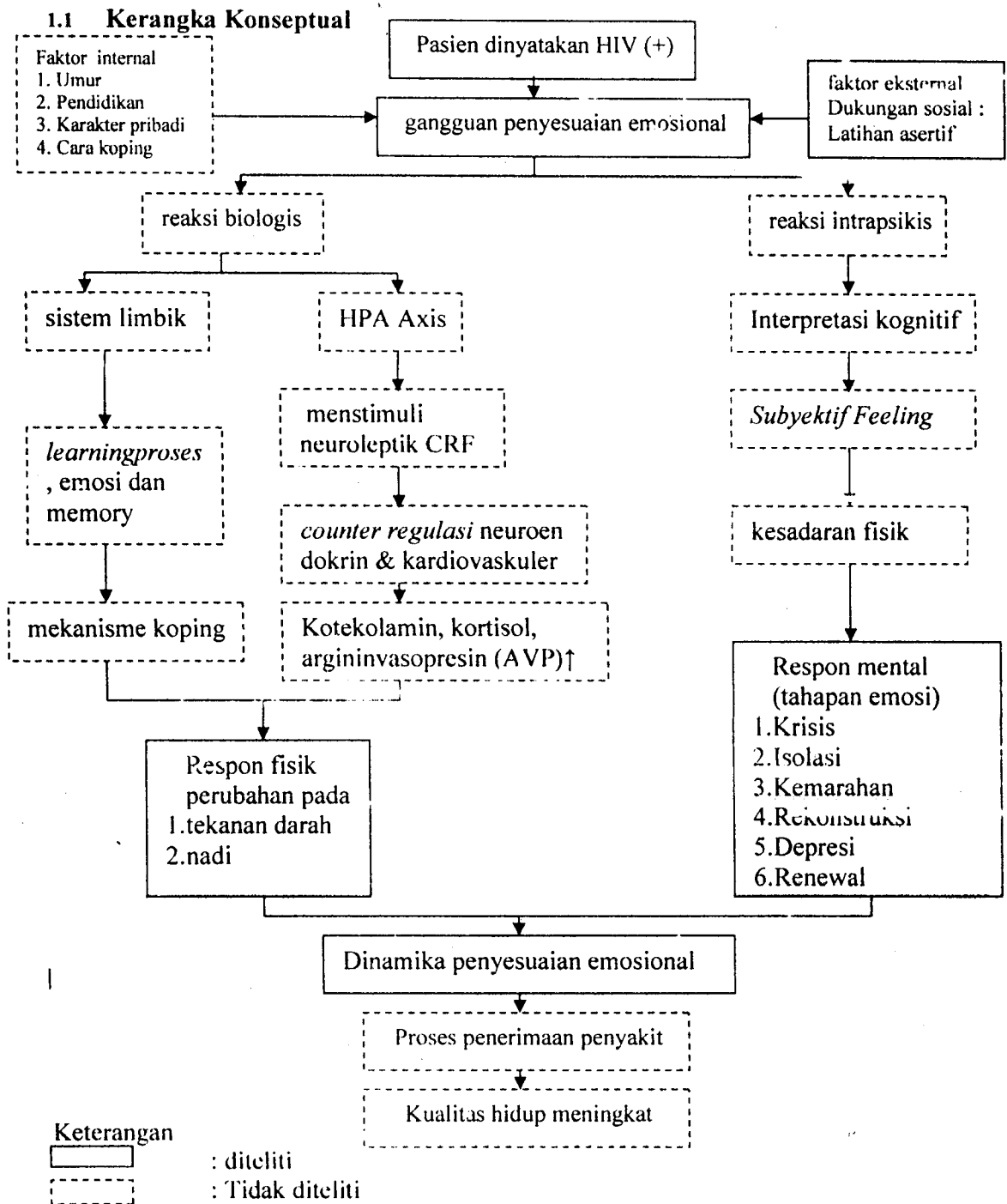
BAB 3

**KERANGKA KONSEPTUAL DAN
HIPOTESIS PENELITIAN**



BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS



Gambar 3.1 : Kerangka konseptual pengaruh latihan asertif terhadap dinamika penyesuaian emosional berdasar teori LeMaistre, 1999.

Penjelasan kerangka konseptual :

Pasien yang dinyatakan positif HIV akan mengalami gangguan penyesuaian emosional diakibatkan ketakutan akan prognosis penyakit yang berujung pada kondisi terminal (Atkinson & Grant, 1994). Dengan mekanisme pengelolaan emosional melalui latihan asertif diharapkan akan terjadi proses penyesuaian baik secara biologis maupun intrapsikis. Reaksi secara biologis melalui sistem limbik yang merupakan *learning proces*, memori dan kontrol emosi selanjutnya akan membentuk mekanisme koping. Selain itu respon biologis juga akan menstimuli HPA Axis untuk melepaskan neuroleptik *Corticotropin-Releasing Factor* (CRF) dimana CRF ini merupakan *counter regulasi* neuroendokrin dan kardiovaskuler. *Counter regulasi* meningkatkan produksi dari katekolamin, kortisol dan *argininvasopresin* (AVP). Respon fisik akibat gangguan penyesuaian emosi secara biologis adalah peningkatan tekanan darah dan nadi

Reaksi intrapsikis menimbulkan suatu interpretasi kognitif atau pemaknaan terhadap situasi yang menyebabkan reaksi emosional. Hal ini bersifat subyektif *feeling* (tidak disadari dan tidak dipelajari) melibatkan aspek kognitif (kesadaran). Menurut Lazarus dalam McConnell (1992) persepsi pada situasi mempengaruhi kesadaran fisik sehingga memunculkan respon mental. Berdasar teori LeMaistre yaitu krisis, isolasi, kemarahan, rekonstruksi, depresi dan renewal. Respon fisik dan mental membentuk dinamika penyesuaian emosional pasien mempengaruhi proses penerimaan diagnosa serta mempengaruhi kualitas hidup ODHA.

3.2 Hipotesis penelitian

Hipotesis penelitian ini adalah ada pengaruh latihan asertif terhadap dinamika penyesuaian emosional pasien setelah didiagnosa HIV



BAB 4

METODE PENELITIAN



BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian dan Kerangka Kerja

4.1.1 Desain Penelitian

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah "*Quasy Exsperimantal*" dengan pre-post test kontrol group desain. Penelitian berupaya mengungkap hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara responden yang diberi latihan asertif dan yang tidak diberi latihan asertif terhadap dinamika penyesuaian emosional setelah didiagnosis HIV. Analisa data menggunakan *Wilcoxon Sign Rank Test* untuk mengetahui dinamika penyesuaian emosional : respon mental (pre dan post test), selanjutnya *Mann-Whitney Test* untuk membandingkan dinamika penyesuaian emosional : respon mental antara kelompok tanpa latihan asertif dan dengan latihan asertif. Analisa lain yang digunakan adalah *Paired T-Test* untuk analisa respon fisik pre dan post serta *Independent T-Test* untuk membandingkan respon fisik antara kelompok dengan latihan saertif dan tanpa latihan asertif. Sebagai subyek penelitian adalah penderita terinfeksi HIV. Penelitian untuk melihat pengaruh latihan asertif terhadap respon fisik dan mental yang merupakan komponen dinamika penyesuaian emosional. *Follow-up* kegiatan dilaksanakan selama 3 minggu.

Tabel 4.1 Model rancangan penelitian *Quasy Experimental*

Subyek	Pra	Perlakuan	Post
K-A	O	I	O1_A
K-B	O	Io	O1-B
	Time 1	Time 2	Time 3

Keterangan :

K-A : Subyek perlakuan (dengan latihan asertif)

K-B : Subyek kontrol (tanpa latihan asertif)

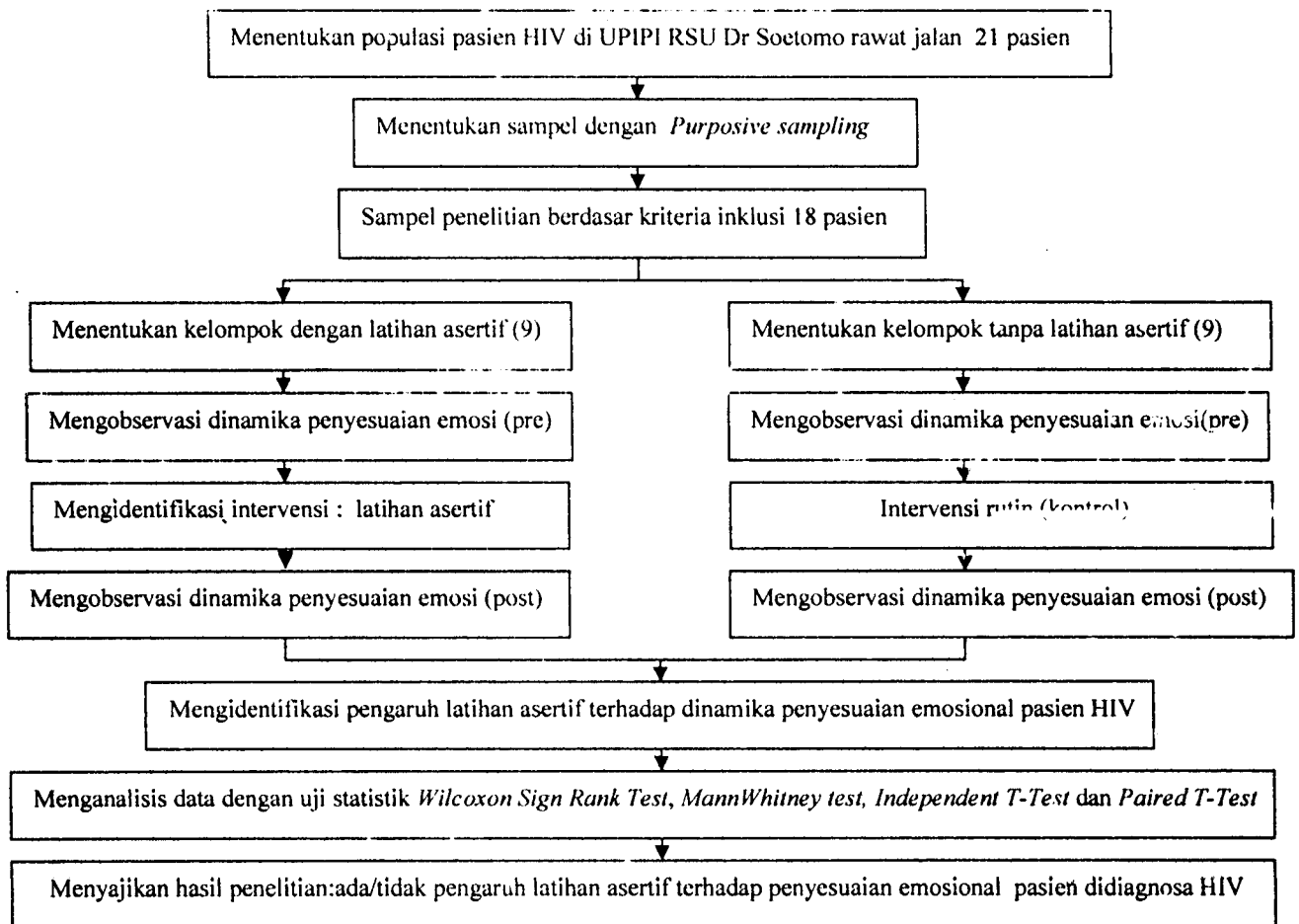
Io : Intervensi rutin (kontrol) selain latihan asertif

O : Observasi dinamika penyesuaian (fisik dan mental) sebelum latihan asertif

I : Intervensi (Latihan Asertif)

O1(A+B) : Observasi dinamika penyesuaian sesudah latihan asertif (kelompok dengan latihan asertif dan tanpa latihan asertif)

4.1.2 Kerangka Operasional



Gambar 4.1: Kerangka kerja penelitian pengaruh latihan asertif terhadap dinamika penyesuaian emosional pasien setelah didiagnosa HIV di UPIPI RSUD Dr Soetomo.

4.2 Populasi, Sampel, tehnik Sampling

4.2.1 Populasi

Penelitian dilakukan pada populasi yaitu pasien terinfeksi HIV yang rawat jalan dengan jumlah populasi 21 pasien baru pada bulan Desember di UPIPI RSU Dr Soetomo Surabaya tahun 2007.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah representasi populasi yang dijadikan sumber informasi bagi semua data yang diperlukan untuk menjawab permasalahan penelitian yang dihadapi (Ahmad: Wank, 2000). Menurut Polit dan Hunger (1993) bahwa semakin besar sampel yang dipergunakan semakin baik dan representative hasil yang diperoleh. Dengan kata lain semakin besar sampel, semakin mengurangi kesalahan. Tapi sehubungan dengan keterbatasan biaya dan waktu yang dimiliki peneliti tidak mungkin mengambil semua populasi target, sehingga peneliti mengambil sampel yang representatif yang dapat mewakili populasi dengan kriteria sebagai berikut:

Kriteria Inklusi :

1. Pasien baru terdiagnosa HIV dengan ketidakmampuan penyesuaian emosi setelah dinyatakan terinfeksi HIV.
2. Pasien sudah mendapat VCT dalam proses diagnosis
3. Pasien sudah mendapat konseling pasca test
4. Pasien belum bergabung dalam *support group*
5. Termasuk dalam regimen pengobatan rawat jalan
6. Pasien belum terdapat gejala infeksi oportunistik
7. Bersedia menjadi objek penelitian

Jumlah besar sampel yang akan digunakan dalam penelitian ini dihitung berdasarkan rumus penentuan besar sampel (n) perkiraan rata-rata menurut Supranto (1998) adalah sebagai berikut :

$$\sigma = \frac{\text{range}}{4} = \frac{21}{4} = 5,25 \qquad \sigma^2 = 27,56$$

$$n = \frac{N\sigma^2}{(N-1)D + \sigma^2} ; \qquad \text{nilai } D = \frac{B^2}{4} = \frac{3^2}{4} = 2,25$$

$$= \frac{(21)(27,56)}{(21-1)(2,25) + 27,56} = \frac{578,76}{72,56} = 8,59 \approx 9$$

Keterangan N: populasi B : batas kesalahan sampling (Bound of error)

n : Besar sampel σ : Heterogenitas populasi / Standard error

Jadi besar sampel untuk kelompok dengan latihan asertif dan kelompok tanpa latihan asertif masing masing adalah 9 orang.

4.2.3 Tehrik sampling

Dalam penelitian ini pemilihan sampel dengan tehnik purposive sampling (*judgmental sampling*) yaitu suatu tehnik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai yang dikehendaki peneliti (tujuan/masalah dalam penelitian), sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya.

4.3 Identifikasi variabel

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu misal benda, manusia dan lain – lain (Soeparto dkk, 2000).

Dalam penelitian ini menggunakan variabel dependen dan independent.

4.3.1 Variabel Independen (bebas)

Dalam penelitian ini yang berperan sebagai variabel independen yaitu latihan asertif

4.3.2 Variabel Dependen (tergantung)

Variabel dependen dalam penelitian ini yaitu dinamika penyesuaian emosional pasien setelah diagnosa HIV meliputi aspek fisik dan mental.

4.4 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah memberikan pengertian suatu variabel dan menggambarkan aktivitas yang diperlukan untuk mengukurnya (Brockopp dan Tolsma, 2000). Dalam definisi operasional diuraikan semua hal tentang pelaksanaan penelitian meliputi identifikasi variabel, parameter, skala dan alat ukur yang akan digunakan dalam penelitian.

Tabel 4.1 : Definisi operasional variabel

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skoring
Variabel independen : Latihan Asertif	Latihan Asertif adalah melaksanakan kegiatan terapi kelompok dimana perawat sebagai fasilitator membantu pasien setelah didiagnosa HIV yang tidak mampu menyesuaikan diri pada diagnosa HIV untuk mengungkapkan emosinya secara tepat sesuai SOP latihan asertif	Standar Operasional Prosedur latihan asertif yang dilaksanakan oleh perawat dan pasien selama 5 kali pertemuan	SAP		
Variabel Dependent: Dinamika penyesuaian emosional	Dinamika penyesuaian emosi adalah kemampuan pasien melakukan penyesuaian diri dalam menerima diagnosa HIV berupa respon fisik maupun mental yang menyertainya.	<p>Respon Fisik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah 2. Nadi <p>Respon mental</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tahap krisis 2. Tahap isolasi 3. Tahap kemarahan 4. Tahap rekonstruksi 5. Tahap depresi 6. Tahap renewal 	<p>Observasi</p> <p>Kuesioner</p>	<p>Rasio</p> <p>Nominal</p>	<p>Evaluasi respon fisik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyesuaian emosi baik: TD:110-129 / 70-85mmHg N : 70-80x/m 2. Penyesuaian emosi cukup: TD:130-149 /90-99mmHg N : 80-90x/m 3. Penyesuaian emosi kurang TD: >150/100 mmHg N : >100x/m <p>Evaluasi respon mental</p> <ul style="list-style-type: none"> * Pertanyaan positif skor Ya=1 Tidak=2 * Pertanyaan negatif skor Ya=2 Tidak=1 <p>Penilaian akhir menjumlahkan skor yang diperoleh responden pada masing- masing tahap secara terpisah</p> <ul style="list-style-type: none"> * Skor tertinggi merupakan respon mental yang terjadi pada pasien

4.5 Pengumpulan Data

4.5.1 Instrumen

Pengumpulan data dilakukan dengan cara observasi untuk respon fisik dengan instrumen lembar observasi. Dan untuk respon mental menggunakan kuesioner tentang dinamika penyesuaian emosional pada pasien HIV. Kuesioner merupakan pengembangan dari teori yang ada dan telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas oleh peneliti pada 10 Desember 2007 secara *simple random sampling* pada pasien HIV di UPIPI RSUD Dr Soetomo Surabaya hasil uji terlampir.

4.5.2 Lokasi dan Waktu

Penelitian telah dilaksanakan di Unit Perawatan Intermediate Penyakit Infeksi (UPIPI) RSUD Dr Soetomo Surabaya mulai 1 Januari 2008 sampai dengan 21 Januari 2008

4.5.3 Prosedur pengumpulan data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subyek yang dilakukan oleh peneliti (Nursalam, 2003). Dimana langkah-langkah dalam pengumpulan data tergantung desain penelitian dan teknik instrumen yang digunakan. Kegiatan penelitian telah dilaksanakan dengan tahap sebagai berikut :

1. Pasien HIV rawat jalan yang bersedia menjadi responden penelitian terlebih dahulu mengisi *inform consent* dengan mendapat penjelasan dari peneliti, persetujuan dapat dinyatakan dengan menandatangani *inform consent* yang telah disediakan dihadapan peneliti kegiatan ini dilaksanakan pada tanggal 2 Januari 2008.

2. Kepada seluruh responden ditawarkan untuk memilih mengikuti latihan asertif atau hanya ingin kontrol saja. Responden yang bersedia mengikuti latihan asertif selanjutnya menjadi kelompok perlakuan.
3. Tahap berikutnya seluruh responden baik dengan latihan asertif maupun tanpa latihan asertif diobservasi tekanan darah dan nadi dan didokumentasikan dalam lembar observasi selanjutnya dibimbing untuk mengisi kuesioner sebagai identifikasi respon mental penyesuaian emosi pasien pra intervensi.
4. Tahap berikutnya dilakukan kontrak dengan pasien untuk kelompok dengan latihan asertif dalam rangka pelaksanaan latihan asertif selama 5 sesion pertemuan setiap sesion diberikan selama 1x60 menit. Dibuatlah kesepakatan dengan responden dengan latihan asertif bahwa kegiatan latihan asertif diadakan setiap hari kamis selama 3 minggu yaitu tanggal 3, 10 dan 17 Januari 2008 jam 08.00-10.00 wib di UPIPI RSU Dr Soetomo Surabaya.
5. Pada tahap akhir responden baik kelompok dengan latihan asertif maupun tanpa latihan asertif kembali dilakukan pemeriksaan fisik tekanan darah dan nadi serta diminta untuk mengisi kuesioner respon mental (post intervensi) pada tanggal 17 Januari 2008.

4.5.4 Analisis Data

Setelah data terkumpul dilakukan pengolahan dengan tahap sebagai berikut:

1. *Editing*

Kegiatan *editing* ini meliputi pemeriksaan atas kelengkapan pengisian kuesioner, kejelasan makna jawaban, konsistensi antar jawaban, relevansi jawaban dan kesegaran satuan pengukuran. Penelitian ini dilakukan perapihan data untuk mengadakan pengolahan lebih lanjut. Kegiatan yang dilakukan pada tahap ini

adalah: (1) Mengecek kelengkapan identitas responden untuk menghindari kesalahan data dari responden, (2) Mengecek kelengkapan data dengan memeriksa isi instrumen pengumpulan data, (3) Mengecek macam isian data untuk menghindari ketidakpastian pengisian.

2. Coding

Setiap kategorinya jawaban yang berbeda diberi kode berbeda pula. Tiap tahapan diberi skoring dan diberi tabulasi. Untuk tabulasi distribusi frekuensi dengan kode penyesuaian emosi baik (1), penyesuaian cukup (2), penyesuaian emosi kurang (3).

3. Tabulasi

Proses tabulasi meliputi pertama, mempersiapkan tabel dengan kolom dan barisnya yang disusun dengan cermat sesuai kebutuhan. Kedua menghitung banyaknya frekuensi untuk tiap kategori jawaban dan ketiga menyusun distribusi atau tabel frekuensi dengan tujuan agar data yang sudah tersusun rapi mudah untuk dibaca dan dianalisis.

Untuk respon mental pertanyaan positif jawaban ya skornya 1 dan tidak skornya 2, pertanyaan negatif jawaban ya skor 2 dan tidak skornya 1. Penilaian akhir dengan menjumlahkan skor masing-masing tahap secara terpisah yang terdiri dari 4 pertanyaan skor maksimal yang didapat pasien berarti jumlah pertanyaan dikali skor maksimal ($4 \times 2 = 8$), skor tertinggi merupakan respon mental yang terjadi pada pasien.

Setelah proses tabulasi untuk mengetahui perbedaan diantara variabel-variabel digunakan uji statistik sebagai berikut :

1. *Wilcoxon Sign Rank Test* untuk menganalisa perbedaan hasil pre dan post test respon mental
2. *Independent T-Test* untuk menganalisa perbedaan hasil pre dan post test respon fisik (tekanan darah dan nadi)
3. *Mann Whitney Test* untuk menganalisa perbedaan hasil respon mental antara kelompok dengan latihan asertif dan tanpa latihan asertif
4. *Paired T-Test* untuk menganalisa perbedaan hasil respon fisik antara kelompok dengan latihan asertif dan tanpa latihan asertif

Secara keseluruhan dengan tingkat kemaknaan ($\alpha \leq 0,05$) menggunakan uji statistik dengan *software* SPSS 13.0. Dengan perumusan hasil jika probabilitas $> 0,05$ maka H_0 diterima yang mana berarti tidak ada pengaruh latihan asertif terhadap dinamika penyesuaian emosional pasien HIV. Hasil analisis data disajikan secara sistematis dan disajikan dalam bentuk tabulasi antara variabel dependen dan independen

4.6 Etika dan Keterbatasan

4.6.1 Etika Penelitian

Peneliti mendapatkan surat penelitian dari Kaprodi PSIK FK Unair untuk disampaikan permohonan ijin tersebut kepada institusi tempat penelitian, penelitian dilaksanakan memperhatikan masalah etika sebagai berikut :

1. *Informed Conccent*

Informed conccent adalah lembar persetujuan yang diberikan kepada responden yang memenuhi kriteria penelitian. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian yang dilakukan serta dampak yang mungkin terjadi selama dan

sesudah pengumpulan data. Klien yang bersedia diteliti harus menandatangani lembar persetujuan yang sudah disediakan. Jika klien tidak bersedia untuk diteliti atau menolak, maka peneliti tidak boleh memaksanya dan tetap menghormati hak-hak responden dan memperlakukan klien sebagaimana klien yang lain.

2. Anonimity

Untuk menjaga kerahasiaan identitas responden, peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar koesioner tapi mencantumkan nomor kode tertentu.

3. Confidentiality

Kerahasiaan informasi dijamin peneliti, dilaporkan sebagai hasil penelitian.

4.6.2 Keterbatasan

1. Waktu penelitian yang terbatas sehingga informasi tentang jumlah maupun keadaan populasi yang didapatkan kurang akurat, sehingga akhirnya kurang sempurna untuk menentukan jumlah sampel yang representatif.
2. Instrumen pengumpulan data dirancang oleh peneliti disesuaikan dengan teori dan keadaan penelitian sehingga validitas dan reliabilitas masih perlu dikembangkan dengan seksama.
3. Waktu observasi dari dinamika penyesuaian emosional : respon fisik yang kurang akurat dan dalam jeda waktu yang kurang tepat sehingga hasil kurang sempurna validitasnya



BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil dan pembahasan tentang dinamika penyesuaian emosional pasien HIV sebelum dan sesudah diberikan latihan asertif pada kelompok dengan latihan asertif maupun sebelum dan sesudah intervensi rutin pada kelompok tanpa latihan asertif. Penelitian ini dilaksanakan sejak tanggal 1 Januari sampai dengan 21 Januari 2008 di Unit Perawatan Intermediate Penyakit Infeksi (UPIPI) RSU Dr. Soetomo Surabaya, dengan jumlah responden 18 pasien terdiagnosis HIV dengan perincian 9 responden sebagai kelompok tanpa latihan asertif dengan intervensi rutin dan 9 responden sebagai kelompok intervensi latihan asertif untuk membantu penyesuaian emosional terhadap diagnosis HIV.

Data umum menampilkan gambaran umum lokasi penelitian, data demografi responden dalam bentuk diagram yang meliputi jenis kelamin, umur, pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, agama, sumber penularan dan waktu terdiagnosis HIV. Data khusus menampilkan hasil penelitian yang disajikan dalam tabel yang berisi respon fisik maupun mental antara kelompok tanpa latihan asertif dan dengan latihan asertif

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Unit Perawatan Intermediate Penyakit Infeksi (UPIPI) adalah suatu unit perawatan yang terdiri dari ruang rawat inap dan rawat jalan khusus bagi pasien HIV & AIDS yang berada di RSU Dr. Soetomo Surabaya. UPIPI merupakan unit perawatan dibawah Instalasi Rawat Inap (IRNA) Medik. Ruang ini digunakan

sebagai tempat perawatan pasien HIV & AIDS serta tempat pembelajaran klinik bagi mahasiswa kedokteran dan pendidikan Ners Fakultas Kedokteran Unair dan pendidikan tinggi lainnya.

1. Staf Medis dan Non Medis

Jumlah tenaga medis terdiri dari dokter spesialis dan PPDS. Untuk jumlah tenaga perawat di UPIPI sebanyak 11 orang dimana 9 orang perawat berdinamika dalam 3 shift, dipimpin oleh 1 orang kepala ruangan. Petugas non medis terdiri dari 1 orang petugas administrasi, 1 orang pekarya rumah tangga dan 2 orang post. Di UPIPI terdapat anggota LSM Hotline yang setiap saat membantu pasien untuk mendapatkan informasi tentang dukungan sosial yang ada.

2. Sarana dan Prasarana

Kegiatan perawatan di UPIPI didukung oleh sarana dan prasarana antara lain :

- 1) Ruang Ners Station
- 2) Ruang pertemuan dokter dan perawat
- 3) Ruang staf dokter
- 4) Ruang penanggung jawab UPIPI
- 5) Ruang perawatan pasien (8 TT untuk pasien laki-laki, 2 TT untuk pasien perempuan, 2 TT untuk kelas)
- 6) Ruang VCT
- 7) Ruang poli rawat jalan
- 8) Ruang laboratorium (paru, penyakit dalam dan kulit)
- 9) Kamar mandi dan WC
- 10) Alat penunjang medik (Tensimeter, termometer, stetoskop, ambubag, obat-obat emergency, instrumen perawatan luka, tabung oksigen, kursi roda dll)

3. Alur pelayanan

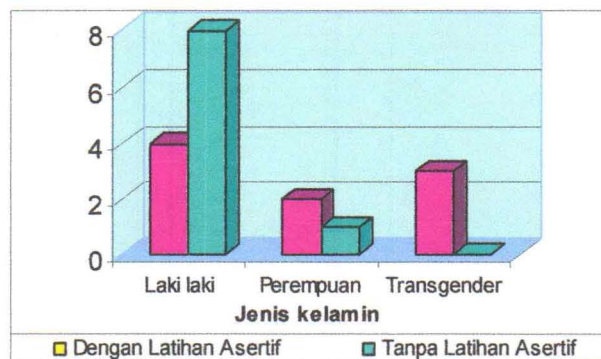
Alur pelayanan pasien untuk rawat inap dimulai dari IRD atau ruang lain dengan indikasi alih rawat dan bisa juga dari poli UPIPI. Untuk rujukan dari RS lain masuk IRD terlebih dahulu kemudian dibawa ke UPIPI. Di UPIPI pasien akan mendapatkan perawatan medis maupun keperawatan.

Rawat jalan di UPIPI dilaksanakan setiap hari Senin dan Rabu, untuk pasien anak balita rawat jalan dilaksanakan setiap hari Selasa. Pada hari Rabu juga diadakan senam khusus pasien HIV & AIDS yaitu senam Anugrah Agung namun kegiatan *support group* seperti latihan asertif belum dapat diaplikasikan di UPIPI salah satunya dengan alasan keterbatasan tenaga perawat.

5.1.2 Data Umum

Data umum menguraikan tentang karakteristik responden meliputi 1) Umur, 2) Jenis Kelamin, 3) Pendidikan, 4) Status Perkawinan, 5) Agama, 6) Pekerjaan, 7) Sumber Penularan dan 8) Lama Terdiagnosis.

1. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

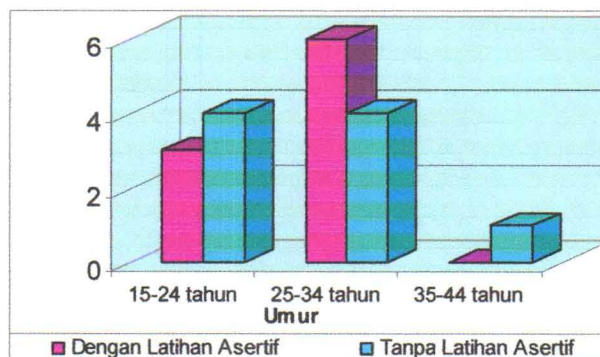


Gambar 5.1 : Diagram Batang Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di UPIPI RSU Dr. Soetomo tanggal 1 Januari sampai dengan 21 Januari 2008.

Berdasarkan gambar 5.1 diatas distribusi responden dasar jenis kelamin kelompok dengan latihan asertif menunjukkan sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki 4 orang (22%), kelompok tanpa latihan asertif

sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki 8 orang (44%). Hal ini berarti laki-laki menempati urutan tertinggi pengidap HIV karena latar belakang pergaulan bebas dan menggunakan narkoba yang lebih permisif.

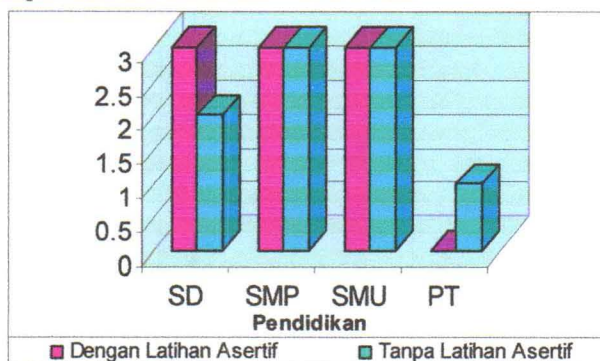
2. Distribusi Responden Berdasarkan Umur



Gambar 5.2 : Diagram Batang Distribusi Responden Berdasarkan Umur di UPIPI RSU Dr. Soetomo tanggal 1 Januari sampai dengan 21 Januari 2008.

Berdasarkan gambar 5.2 distribusi responden berdasarkan umur pada kelompok dengan latihan asertif menunjukkan sebagian besar responden berumur 25-34 tahun yaitu 6 orang (33%). Pada kelompok tanpa latihan asertif sama besar responden berumur 15-24 tahun dan 25-34 tahun masing-masing 4 orang (22%). Hal ini berarti pada umur dewasa muda antara 25-34 tahun mempunyai karakter sifat yang idealistik namun dalam proses perawatan, usia dewasa muda mudah bekerjasama demi perbaikan status kesehatan

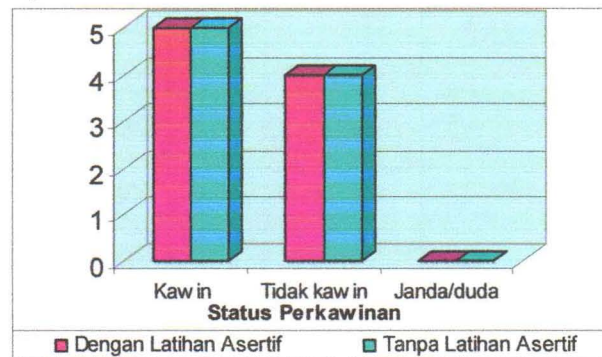
3. Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan



Gambar 5.3 : Diagram Batang Distribusi Responden berdasar Pendidikan di UPIPI RSU Dr. Soetomo tgl 1 Januari sampai 21 Januari 2008.

Berdasarkan gambar 5.3 diketahui berdasarkan pendidikan kelompok dengan latihan asertif sama besar baik pendidikan SD, SMP dan SMU masing-masing 3 orang (16%). Pada kelompok tanpa latihan asertif sebagian besar pendidikan SMP dan SMU masing-masing 3 orang (16%). Hal ini berarti sebagian besar responden punya latar belakang pendidikan yang cukup baik namun hasil penelitian menunjukkan pendidikan tidak menjamin perilaku baik

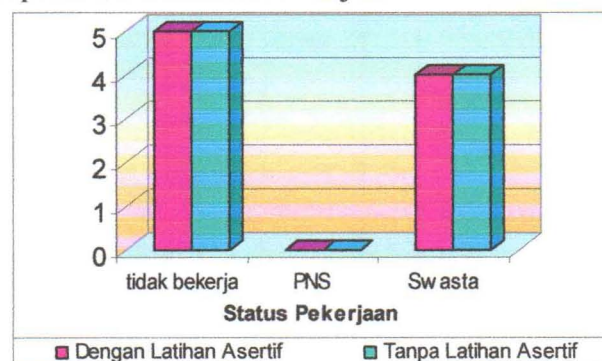
4. Distribusi Responden Berdasarkan Status Perkawinan



Gambar 5.4 : Diagram Batang Distribusi Responden Berdasarkan Status Perkawinan di UPIPI RSUD Dr. Soetomo tanggal 1 Januari sampai dengan 21 Januari 2008.

Berdasar gambar 5.4 diketahui status perkawinan kelompok dengan latihan asertif dan tanpa latihan asertif sebagian besar menikah masing-masing 5 orang (27%) dari seluruh responden. Berarti resiko penularan besar terhadap pasangan tanpa pendidikan kesehatan tentang seks aman / penggunaan kondom

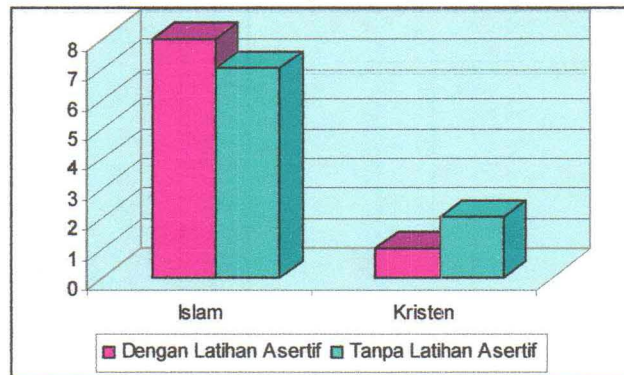
5. Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan



Gambar 5.5 : Diagram batang Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan di UPIPI RSUD Dr. Soetomo tanggal 1 Januari sampai dengan 21 Januari 2008.

Berdasarkan gambar 5.5 distribusi menurut status pekerjaan menunjukkan pada kelompok dengan latihan asertif dan tanpa latihan asertif sebagian besar responden tidak bekerja masing-masing 5 orang (27%) Hal ini berarti diagnosa HIV berakibat terhadap pekerjaan dan kehidupan sosial individu sehingga meningkatkan ketergantungan

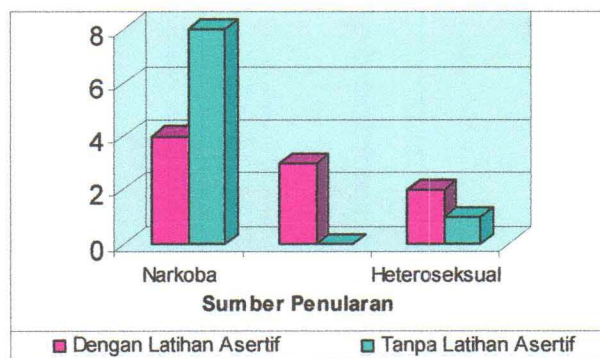
6. Distribusi Responden Berdasarkan Agama



Gambar 5.6 : Diagram batang Distribusi Responden Berdasarkan Agama di UPIPI RSU Dr. Soetomo tanggal 1 Januari sampai dengan 21 Januari 2008.

Berdasarkan gambar 5.6 distribusi responden menurut agama menunjukkan sebagian besar responden beragama Islam sebanyak 8 orang (44%) kelompok dengan latihan asertif dari seluruh responden. Hal ini berarti kepercayaan mempunyai intensitas yang berbeda bagi individu sebagai dasar batasan pergaulan.

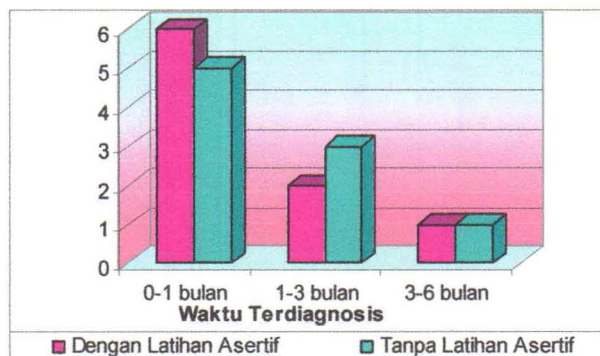
7. Distribusi Responden Berdasarkan Sumber Penularan



Gambar 5.7: Diagram batang Distribusi Responden Berdasarkan Sumber Penularan di UPIPI RSUD Dr. Soetomo tanggal 1 Januari sampai dengan 21 Januari 2008.

Berdasarkan gambar 5.7 menurut sumber penularan kelompok dengan latihan asertif sebagian besar terinfeksi HIV karena narkoba suntik atau *Injection Drug User* 4 orang (22%) kelompok tanpa latihan asertif sebagian besar terinfeksi HIV karena sebab yang sama 8 orang (44%) Berarti sumber penularan melalui narkoba suntik menempati urutan pertama dipengaruhi besarnya solidaritas dalam pergaulan antar *Injection Drug User*.

8. Distribusi Responden Berdasarkan Waktu Terdiagnosa



Gambar 5.8: Diagram batang Distribusi Responden Berdasarkan waktu terdiagnosis di UPIPI RSUD Dr. Soetomo tanggal 1 Januari sampai dengan 21 Januari 2008.

Berdasarkan gambar 5.8 distribusi responden menurut waktu terdiagnosis kelompok dengan latihan asertif dan tanpa latihan asertif sebagian besar terdiagnosis sejak 0-1 bulan terakhir 6 orang (33%) dan 5 orang (27%). Hal ini berarti dalam bulan pertama setelah didiagnosa HIV pasien mengalami gangguan penyesuaian emosional sehingga perlu mendapat dukungan sosial

5.1.3 Data Khusus

Variabel yang diukur meliputi respon fisik (tekanan darah dan nadi) dan respon mental penyesuaian emosional berdasar Le Maistre, didapatkan hasil :

Tabel 5.1: Distribusi frekuensi respon tekanan darah dan nadi pada pasien HIV sebelum dilakukan latihan asertif di UPIPI RSUD Soetomo Surabaya tanggal 1 Januari sampai dengan 21 Januari 2008

Responden	Tekanan darah dan nadi sebelum latihan asertif					
	Tekanan darah			Nadi		
	Baik	Cukup	Kurang	Baik	Cukup	Kurang
Dengan Latihan Asertif	1 (11%)	7 (77%)	1 (11%)	0 (0%)	8 (88%)	1 (11%)
Tanpa Latihan Asertif	2 (22%)	6 (66%)	1 (11%)	0 (0%)	7 (77%)	2 (22%)

Berdasarkan tabel 5.1 diketahui responden dengan latihan asertif sebelum intervensi sebagian besar menunjukkan tekanan darah pada tahap penyesuaian cukup sebanyak 7 orang (77%), dan sebagian besar nadi pada penyesuaian cukup yaitu 8 orang (88%). Responden tanpa latihan asertif sebagian besar menunjukkan tekanan darah penyesuaian cukup 6 orang (66%) dan nadi penyesuaian cukup 7 orang (77%). Hal ini berarti terjadi gangguan penyesuaian pasien respon fisik tekanan darah dan nadi pasien HIV

Tabel 5.2: Tabel distribusi frekuensi respon tekanan darah dan nadi setelah latihan asertif pada pasien HIV di UPIPI RSUD Soetomo Surabaya tanggal 1 Januari sampai 21 Januari 2008

Responden	Tekanan darah dan nadi setelah latihan asertif					
	Tekanan darah			Nadi		
	Baik	Cukup	Kurang	Baik	Cukup	Kurang
Dengan Latihan Asertif	4 (44%)	5 (55%)	0 (0%)	4 (44%)	5 (55%)	0 (0%)
Tanpa Latihan Asertif	2 (22%)	6 (66%)	1 (11%)	1 (1%)	7 (77%)	1 (1%)

Berdasarkan tabel 5.2 dapat diketahui responden dengan latihan asertif setelah dilakukan latihan asertif terjadi perubahan tekanan darah dimana sebagian besar menunjukkan tekanan darah pada tahap penyesuaian cukup sebesar 5 orang (55%). Setelah dilakukan latihan asertif ternyata terjadi perubahan nadi sebagian

besar tahap penyesuaian cukup yaitu 5 orang (55%). Responden tanpa latihan asertif sebagai kelompok kontrol sebagian besar menunjukkan tekanan darah tahap penyesuaian cukup 6 orang (66%) dan nadi pada penyesuaian cukup 7 orang (77%). Hal ini berarti tidak terjadi perubahan respon fisik setelah latihan asertif

Tabel 5.3: Tabel pengaruh latihan asertif terhadap perubahan respon fisik (tekanan darah dan nadi) pada pasien HIV dengan dan tanpa latihan asertif di UPIPI RSUD Dr Soetomo Surabaya tanggal 1 Januari sampai 21 Januari 2008

Uji statistik	Dengan latihan asertif		Tanpa latihan asertif	
	Pre tes	Post tes	Pre tes	Post tes
Means dan Standar Deviasi	TD	TD	TD	TD
	$\bar{X} = 132/91$	$\bar{X} = 124/83$	$\bar{X} = 129/89$	$\bar{X} = 129/89$
	SD= 8,3/5,4	SD= 12,3/8,6	SD= 12,6/5	SD= 12,6/5
	Nadi	Nadi	Nadi	Nadi
	$\bar{X} = 89$	$\bar{X} = 84$	$\bar{X} = 90$	$\bar{X} = 90$
	SD= 4,7	SD= 4	SD= 5,9	SD= 5,9
Uji <i>Paired T-test</i>	Sign TD (p) = 0,08/0,06 Nadi (p) = 0,51		Sign TD (p) = 1,00 Nadi (p) = 1,00	
Uji <i>Independent T-test</i>	Significant TD (p) = 0,46/0,07 Nadi (p) = 0,59			

Berdasarkan tabel 5.3 dari hasil uji *Paired T-test* diketahui latihan asertif tidak berpengaruh secara signifikan terhadap perubahan respon fisik tekanan darah sistole ($p=0,08$), diastole ($p= 0,06$) dan nadi ($p=0,51$) pada kelompok dengan latihan asertif. Pada kelompok tanpa latihan asertif juga tidak terdapat perbedaan yang signifikan pula pada respon fisik tekanan darah ($p=1,000$) dan nadi ($p=1000$). Hasil statistik *Independent T-test* untuk membandingkan respon fisik antara kelompok dengan latihan dan tanpa latihan asertif juga didapatkan hasil yang tidak signifikan tekanan darah sistole menunjukkan nilai signifikansi ($p=0,46$), diastole ($p=0,07$) dan nadi (0,59). Hasil diatas menunjukkan tidak terdapat pengaruh latihan asertif terhadap respon fisik (tekanan darah dan nadi) pasien HIV baik pada kelompok dengan latihan asertif ataupun tanpa latihan asertif.

Tabel 5.4: Tabel respon mental pada pasien HIV sebelum latihan asertif di UPIPI
RSU dr Soetomo Surabaya tanggal 1 Januari sampai 21 Januari 2008

No	Dengan latihan asertif						Tanpa latihan asertif					
frek	Krisis	Isolasi	Marah	Rekonstruksi	Depresi	Renewal	Krisis	Isolasi	Marah	Rekonstruksi	Depresi	Renewal
\bar{X}	7,6	7	6	5,6	4,8	4,7	7,7	7,2	6,6	6	6,5	5
SD	0,7	1	1,1	1	0,7	0,8	0,4	0,6	0,8	1,2	1,1	0,7

Berdasar tabel 5.4 didapatkan hasil penelitian bahwa responden dengan latihan asertif nilai tertinggi rerata respon mental adalah tahap krisis dengan ($\bar{x}=7,6$) yang berarti hampir sebagian besar responden berada pada tahap respon mental krisis. Begitupun dengan kelompok tanpa latihan asertif respon mental yang paling tinggi reratanya adalah tahap krisis ($\bar{x}=7,7$) yang berarti hampir sebagian besar responden berada pada tahap respon mental krisis.

Tabel 5.5: Tabel respon mental pada pasien HIV setelah asertif di UPIPI RSU dr
Soetomo Surabaya tanggal 1 Januari sampai 21 Januari 2008

No	Dengan latihan asertif						Tanpa latihan asertif					
frek	Krisis	Isolasi	Marah	Rekonstruksi	Depresi	Renewal	Krisis	Isolasi	Marah	Rekonstruksi	Depresi	Renewal
\bar{X}	7,1	5,8	4,6	5,4	7,4	7,5	7,4	6,5	6,4	5,7	6,4	5,2
SD	0,6	1,1	0,8	1,1	0,7	0,5	0,7	1,1	0,8	0,9	1	0,6

Berdasar tabel 5.5 didapatkan hasil penelitian bahwa responden dengan latihan asertif nilai tertinggi rerata respon mental setelah dilakukan latihan asertif berubah yaitu menjadi tahap renewal dengan ($\bar{x}=7,5$) yang berarti hampir sebagian besar responden setelah dilakukan latihan asertif berada pada tahap respon mental renewal. Namun pada kelompok tanpa latihan asertif menunjukkan respon mental yang paling tinggi reratanya adalah masih berada pada tahap krisis ($\bar{x}=7,4$) yang berarti hampir sebagian besar responden tanpa latihan asertif berada pada tahap respon mental krisis.

Tabel 5.6: Tabel pengaruh latihan asertif terhadap perubahan respon mental pada pasien HIV dengan dan tanpa latihan asertif di UPIPI RSU Dr Soetomo Surabaya tanggal 1 Januari sampai 21 Januari 2008

Uji statistik	Dengan latihan asertif		Tanpa latihan asertif	
	Pre tes	Post tes	Pre tes	Post tes
Means dan Standar Deviasi	↓Krisis $\bar{X} = 7,6$ SD= 0,7 ↓Isolasi $\bar{X} = 7$ SD= 1 ↓Marah $\bar{X} = 6$ SD= 1,1 ↓Rekonstruksi $\bar{X} = 5,6$ SD= 1 ↓Depresi $\bar{X} = 4,8$ SD= 0,7 ↓Renewal $\bar{X} = 4,7$ SD= 0,8	↓ Crisis $\bar{X} = 7,1$ SD= 0,6 ↓Isolasi $\bar{X} = 5,8$ SD= 1,1 ↓Marah $\bar{X} = 4,6$ SD= 0,8 ↓Rekonstruksi $\bar{X} = 5,4$ SD= 1,1 ↓Depresi $\bar{X} = 7,4$ SD= 0,7 ↓Renewal $\bar{X} = 7,5$ SD= 0,5	↓Krisis $\bar{X} = 7,7$ SD= 0,4 ↓Isolasi $\bar{X} = 7,2$ SD= 0,6 ↓Marah $\bar{X} = 6,6$ SD= 0,8 ↓Rekonstruksi $\bar{X} = 6$ SD= 1,2 ↓Depresi $\bar{X} = 6,5$ SD= 1,1 ↓Renewal $\bar{X} = 5$ SD= 0,7	↓Krisis $\bar{X} = 7,4$ SD= 0,7 ↓Isolasi $\bar{X} = 6,5$ SD= 1,1 ↓Marah $\bar{X} = 6,4$ SD= 0,8 ↓Rekonstruksi $\bar{X} = 5,7$ SD= 0,9 ↓Depresi $\bar{X} = 6,4$ SD= 1 ↓Renewal $\bar{X} = 5,2$ SD= 0,6
Uji <i>Wilcoxon sign rank Test</i>	Signifikan perubahan * Krisis (p)= 0,02 * Isolasi (p)= 0,01 * Marah(p)= 0,00 *Rekonstr(p)= 0,03 * Depresi(p)=0,00 *Renewal(p)=0,00		Signifikan perubahan * Krisis (p)= 0,18 * Isolasi (p)= 0,08 * Marah(p)= 0,41 *Rekonstr(p)= 0,15 * Depresi(p)=0,56 *Renewal(p)=0,48	
Uji <i>Mann-Whitney Test</i>	Signifikan perubahan * Krisis (p)= 0,00 * Isolasi (p)= 0,00 * Marah (p)= 0,00 * Rekonstr(p)= 0,04* Depresi(p)=0,00 *Renewal(p)=0,02			

Berdasar tabel 5.6 Pada kelompok dengan latihan asertif mengalami perubahan respon mental yang cukup signifikan antara sebelum dilakukan latihan asertif dan sesudah latihan asertif. Hasil uji *Wilcoxon sign rank test* menunjukkan perubahan signifikan pada respon krisis (p=0,02), isolasi (p=0,01), marah (p=0,00), rekonstruksi (0,03), depresi (0,00) dan renewal (p=0,00). Hasil ini berarti menunjukkan ada pengaruh latihan asertif terhadap respon krisis, isolasi, marah, rekonstruksi, depresi maupun renewal pasien HIV antara sebelum dan sesudah mendapat latihan asertif. Pada kelompok tanpa latihan asertif tidak mengalami perubahan respon mental yang signifikan dengan hasil respon krisis (p=0,18),

isolasi ($p=0,08$), marah ($p= 0,41$), rekonstruksi ($0,15$), depresi ($0,56$) dan renewal ($p=0,48$). Hasil ini berarti tidak ada perubahan respon mental pada kelompok tanpa latihan asertif baik pada tahap respon krisis, isolasi, marah, rekonstruksi, depresi maupun renewal pasien HIV setelah didiagnosis.

Berdasar tabel 5.6 didapatkan hasil penelitian adanya perbedaan yang signifikan dari respon mental antara responden dengan latihan asertif dan tanpa latihan asertif. Hasil statistik uji *Mann-Whitney Test* menunjukkan nilai signifikan pada respon krisis ($p=0,00$), isolasi ($p=0,00$), marah ($p= 0,00$), rekonstruksi ($0,04$), depresi ($0,00$) dan renewal ($p=0,02$). Dari hasil ini berarti ada pengaruh latihan asertif terhadap respon mental pada kelompok dengan latihan asertif, yang berarti juga ada perbedaan hasil respon mental tersebut dengan kelompok tanpa latihan asertif baik pada tahap respon krisis, isolasi, marah, rekonstruksi, depresi maupun renewal pasien HIV setelah didiagnosis.

5.2 Pembahasan

Setelah dilakukan analisa data dan melihat hasilnya maka diperoleh hasil yang cukup bervariasi yang memerlukan pembahasan, yaitu ; dinamika penyesuaian emosional: respon fisik pasien HIV sebelum latihan asertif, dinamika penyesuaian emosional: respon mental pasien HIV sebelum latihan asertif, dinamika penyesuaian emosional: respon fisik pasien HIV setelah latihan asertif, dinamika penyesuaian emosional: respon mental pasien HIV setelah latihan asertif. pengaruh latihan asertif terhadap dinamika penyesuaian emosional: respon fisik pasien setelah didiagnosa HIV, pengaruh latihan asertif terhadap dinamika penyesuaian emosional: respon mental pasien setelah didiagnosa HIV.

5.2.1 Dinamika penyesuaian emosional : respon fisik pasien HIV sebelum latihan asertif

Hasil penelitian menunjukkan sebelum latihan asertif kelompok dengan latihan asertif sebagian besar menunjukkan tekanan darah berada pada tahap penyesuaian cukup 77% (tabel 5.1) begitu pula nadi pada tahap penyesuaian cukup 88% (tabel 5.1). Pada kelompok tanpa latihan asertif demikian pula tekanan darah sebagian besar penyesuain cukup 66% (tabel 5.1) dan nadi pada penyesuain cukup 77% (tabel 5.1).

Berdasar teori diagnosa HIV menimbulkan respon emosional yang mempengaruhi reaksi fisiologis yang merupakan *counter regulasi* yang dapat meningkatkan produksi *argininvasopresin* sehingga bisa mengakibatkan perubahan pada tekanan darah dan nadi (Nasronudin, 2007).

Dari hasil penelitian menunjukkan sebagian besar penyesuaian cukup pada tekanan darah dan nadi, karena diagnosa HIV merupakan stressor yang dapat berpengaruh terhadap perubahan tekanan darah dan nadi. Bagi pasien HIV sebelum latihan asertif terjadi respon fisik yang menyertai penyesuaian emosi terhadap diagnosa HIV disebabkan keadaan emosi yang cenderung dibiarkan menetap karena perhatian terfokus pada diagnosa yang menjadi sumber stres.

5.2.2 Dinamika penyesuaian emosional : respon mental pasien sebelum latihan asertif

Hasil penelitian menunjukkan dinamika penyesuaian emosional: respon mental pasien tanpa latihan asertif tidak berubah secara signifikan mulai dari respon krisis, isolasi, marah, rekonstruksi, depresi dan renewal

1. Krisis

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden kelompok dengan latihan asertif berada pada tahap krisis ($\chi=7,6$) (tabel 5.4). Begitupun dengan kelompok tanpa latihan asertif respon mental yang paling tinggi reratanya adalah tahap krisis ($\chi=7,7$) (tabel 5.5) yang berarti hampir sebagian besar responden berada pada tahap krisis.

Berdasarkan teori pada fase krisis pasien HIV setelah dinyatakan terinfeksi dapat mempengaruhi proses perawatan berkelanjutan apabila tidak ditangani (LeMaistre, 1999). Pada bulan pertama pasien menyalurkan perhatiannya pada penyakit sehingga cara coping yang mempunyai tujuan mengontrol stres agar tidak berkepanjangan belum bisa mengontrol emosi (Pearlin dan Schooler, 1987)

Hasil penelitian menunjukkan berdasar waktu terdiagnosa (diagram 5.8) sebagian besar responden 61% dinyatakan terinfeksi dalam waktu 0-1 bulan sebelum dilakukan penelitian hal ini dapat menyebabkan sebagian besar menunjukkan respon krisis karena belum mampu membentuk coping yang efektif terhadap stres. Krisis yang dialami hampir semua pasien ini membuat pasien bingung untuk mencari bantuan dalam pengobatan dan perawatan.

2. Isolasi

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden kelompok dengan latihan asertif berada pada tahap isolasi ($\chi=7$) (tabel 5.4). Begitupun dengan kelompok tanpa latihan asertif respon mental pada tahap isolasi ($\chi=7,2$) (tabel 5.5) yang berarti hampir sebagian besar responden berada pada tahap isolasi.

Berdasar teori pada tahap isolasi kecemasan pasien terhadap penyakitnya membuatnya sulit untuk berhubungan dengan orang lain. Pasien beranggapan

tidak ada seorangpun yang dapat memahami keadaan sakit maupun kerusakan fisiknya, menarik diri merupakan aktualisasi bahwa dia merasa bisa sendiri dan tidak butuh orang lain (LeMaistre, 1999).

Hasil penelitian menunjukkan sebelum dilakukan latihan asertif pada responden respon isolasi ini terjadi ditandai dengan pasien lebih senang sendiri dan tidak ingin diganggu, menyembunyikan penyakitnya dari siapapun, menarik diri dari pergaulan dan merasa dijauhi orang yang mengetahuinya terinfeksi HIV.

3. Marah

Hasil penelitian menunjukkan sebelum latihan asertif sebagian besar responden kelompok dengan latihan asertif berada pada tahap marah ($\chi=6$) (tabel 5.4). Begitupun dengan kelompok tanpa latihan asertif respon mental pada tahap marah ($\chi=6,6$) (tabel 5.5) yang berarti hampir sebagian besar responden berada pada tahap marah.

Berdasar teori menyatakan pasien yang marah pada kenyataan suatu diagnosa penyakit bisa berdampak buruk pada keadaan psikologisnya seperti keinginan bunuh diri, menurut Cote et al. (1992) bahwa angka bunuh diri pasien dengan HIV/AIDS 7,4 kali lebih tinggi dibandingkan kelompok kontrol dengan demografi yang sama, tetapi tanpa penyakit ini (Worth & Halman, 2001). 1999).

Hasil penelitian menunjukkan sebelum latihan asertif respon marah pasien terjadi karena terinfeksi HIV sesuatu yang tidak adil akibat tertular dari orang lain, pasien menyalahkan orang lain atas penyakit yang diderita, merasa putus asa dengan pengobatan. Marah adalah respon emosi yang tidak dapat dikontrol ini terjadi karena pasien tidak dapat lagi menghindar dan membuatnya tidak tahu harus berbuat apa.

4. Rekonstruksi

Hasil penelitian menunjukkan sebelum latihan asertif sebagian kecil responden kelompok dengan latihan asertif berada pada tahap rekonstruksi ($\chi=5,6$) (tabel 5.4). Begitupun dengan kelompok tanpa latihan asertif respon mental pada tahap rekonstruksi ($\chi=6$) (tabel 5.5) yang berarti hampir sebagian kecil responden berada pada tahap rekonstruksi

Berdasar teori pada tahap rekonstruksi pasien mulai merasa keadaan fisiknya semakin membaik, dia mempunyai cukup waktu untuk memikirkan apa yang akan diperbuatnya untuk kehidupan yang akan datang, dan tidak selamanya dalam kondisi sakit. Keputusan penting yang dibuat akan kehidupan sosial yang dapat menolongnya membuat dia merasa nyaman untuk bangkit dari keterpurukan sakit yang diderita. Pada tahap rekonstruksi menumbuhkan banyak aspek, seperti mempelajari ketrampilan baru, dan mengontrol emosi (LeMaistre, 1999).

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa sebelum latihan asertif respon rekonstruksi masih minimal hal ini disebabkan pasien belum mendapat dukungan sosial maupun emosional yang berarti untuk membantunya bangkit dari keterpurukan penyakit dan meningkatkan rasa percaya diri pasien.

5. Depresi

Hasil penelitian menunjukkan sebelum latihan asertif sebagian besar responden kelompok dengan latihan asertif berada pada tahap depresi ($\chi=4,8$) (tabel 5.4). Begitupun dengan kelompok tanpa latihan asertif respon mental pada tahap depresi ($\chi=6,5$) (tabel 5.5) yang berarti hampir sebagian besar responden berada pada tahap depresi

Berdasar teori didapatkan bahwa pasien mulai mengalami depresi berulang akibat kesadaran hilangnya fungsi tubuh dan perasaan tidak berguna. Standar harapan untuk sembuh dirasa sebagai sesuatu yang tidak realistis dan angka depresi pasien dengan HIV & AIDS meningkat dua kali lipat sekitar 40% dibanding populasi biasa (LeMeistre, 1999).

Dari hasil penelitian sebagian besar responden merasa depresi sebelum latihan asertif disebabkan pasien sering merasa putus asa dan kehilangan semangat dalam proses pengobatan yang membutuhkan waktu lama. Depresi yang terjadi akibat perjuangan untuk sembuh yang dirasa sia-sia dan standar harapan sembuh adalah sesuatu yang tidak realistis.

6. Renewal

Hasil penelitian menunjukkan sebelum latihan asertif sebagian kecil responden kelompok dengan latihan asertif berada pada tahap depresi ($\chi=4,7$) (tabel 5.4). Begitupun dengan kelompok tanpa latihan asertif respon mental pada tahap renewal ($\chi=5$) (tabel 5.5) yang berarti hampir sebagian kecil responden berada pada tahap renewal

Menurut teori rasa sedih disebabkan penyakit yang tidak bisa hilang sama sekali, keadaan keterbatasan fisik yang membuat pasien menjadi tergantung pada orang lain (LeMaistre, 1999).

Dari hasil penelitian didapatkan sebelum latihan asertif tidak terjadi tahap renewal hal ini disebabkan pasien masih ragu dengan proses pengobatan yang akan dijalani dan rasa sedih akibat diagnosa masih dirasa sangat mengganggu penyesuaian emosional pasien.

5.2.3 Dinamika penyesuaian emosional: respon fisik setelah latihan asertif

Hasil penelitian didapatkan bahwa pada kelompok dengan latihan asertif menunjukkan setelah dilakukan latihan asertif terjadi perubahan pada tekanan darah sebagian besar menunjukkan tekanan darah pada tahap penyesuaian cukup yaitu 55% (tabel 5.1), nadi sebagian besar pada tahap penyesuaian cukup 55% (tabel 5.2). Setelah dilakukan uji statistik *Paired T-Test*, diketahui tidak terjadi perubahan yang signifikan pada respon fisik tekanan darah sistole ($p=0,088$), diastole ($p=0,062$) dan nadi ($p=0,51$) pada kelompok dengan latihan asertif, walaupun dapat dilihat adanya penurunan nilai rerata tekanan darah sistole ($x=132,2$ menjadi $x=124,4$), diastole ($x=91,1$ menjadi $x=83,3$) dan nadi ($x=88,8$ menjadi $x=84$).

Berdasar teori respon fisik pada pasien setelah dinyatakan terinfeksi HIV muncul menyertai penyesuaian emosionalnya disebabkan kondisi fisik yang secara umum terus menurun akibat penyakit, dan emosi negatif yang mempengaruhi penyakit, serta proses penyembuhan (Kiecolt & Glaser dalam Wade & Travis, 2003). Diagnosa HIV menimbulkan respon emosional yang mempengaruhi reaksi fisiologis yang merupakan *counter regulasi* yang dapat meningkatkan produksi *argininvasopresin* sehingga bisa mengakibatkan perubahan pada tekanan darah dan nadi (Nasronudin, 2007).

Dari hasil penelitian tidak terjadi perubahan yang signifikan pada tekanan darah dan nadi, meskipun diagnosa HIV merupakan stressor yang dapat berpengaruh terhadap perubahan tekanan darah dan nadi. Bagi pasien HIV yang mendapat latihan asertif tidak terjadi perubahan respon fisik disebabkan pelaksanaan latihan asertif dalam rentang waktu 3 minggu bisa saja terjadi

perubahan tekanan darah setiap saat dari pasien yang tidak terdokumentasi oleh peneliti. Selain itu perubahan tekanan darah dan nadi sifatnya sementara, relatif spesifik dan otonomik dimana langsung dipengaruhi sistem saraf pusat sehingga bisa terjadi perubahan setiap saat dan dipengaruhi banyak faktor selain emosi, obat-obat lain yang dikonsumsi untuk menekan virus juga keadaan kesehatan fisik secara umum.

5.2.2 Dinamika penyesuaian emosional: respon mental pasien HIV setelah latihan asertif

Hasil penelitian menunjukkan dinamika penyesuaian emosional : respon mental pasien setelah didiagnosa HIV bervariasi mulai dari respon krisis, isolasi, marah, rekonstruksi, depresi dan renewal.

1. Krisis

Hasil penelitian menunjukkan terjadi perubahan respon krisis pasien setelah dilakukan latihan asertif. Hasil statistik (tabel 5.6) menunjukkan perubahan signifikan respon krisis ($p=0,02$) pada kelompok dengan latihan asertif.

Berdasarkan teori pada fase krisis, suatu diagnosa penyakit mengakibatkan keadaan emosi pasien labil seringkali merasa takut, bingung dan kacau, keadaan ini bila dibiarkan berlarut-larut akan memperburuk keadaan pasien akibat penyakit maupun emosi yang tidak terkontrol (Tandiono, 2001). Respon krisis pada pasien HIV setelah dinyatakan terinfeksi akan dapat mempengaruhi proses perawatan berkelanjutan apabila tidak ditangani dengan segera (LeMaistre, 1999). Berdasarkan teori dukungan emosional yang mencakup empati, kepedulian dan perhatian terhadap pasien dapat meningkatkan rasa penghargaan diri sehingga

menumbuhkan penyesuaian terhadap penyakit dan mengurangi kecemasan akan diagnosis yang diterima (Depkes, 2002).

Hasil penelitian menunjukkan perubahan respon mental pada tahap krisis ini terjadi karena saat mendengar untuk pertama kali terinfeksi HIV pasien merasa syok dengan hasil test darah yang menyatakan positif HIV selain itu juga karena kedua aspek baik fisik maupun psikologisnya mengalami penurunan kemampuan sehingga membuat pasien merasa keadaannya sangat parah dan tidak berdaya. Krisis yang dialami hampir semua pasien ini membuat pasien bingung untuk mencari bantuan dalam pengobatan dan perawatan, namun dalam proses latihan asertif pasien difasilitasi untuk mengungkapkan perasaan dan emosi serta memberi umpan balik terhadap perilaku pasien untuk saling memberi dukungan emosional.

2. Isolasi

Hasil penelitian menunjukkan terjadi perubahan respon isolasi pasien setelah dilakukan latihan asertif. Hasil statistik (tabel 5.6) menunjukkan perubahan signifikan respon isolasi ($p=0,01$) pada kelompok dengan latihan asertif.

Berdasar teori pada tahap isolasi kecemasan pasien terhadap penyakitnya membuatnya sulit untuk berhubungan dengan orang lain. Pasien beranggapan tidak ada seorangpun yang dapat memahami keadaan sakit maupun kerusakan fisiknya, menarik diri merupakan aktualisasi bahwa dia merasa bisa sendiri dan tidak butuh orang lain (LeMaistre, 1999). Berdasarkan teori hipotesis penyangga dukungan sosial (kelompok latihan asertif) mempengaruhi kesehatan dan melindungi orang itu terhadap efek negatif dari stres berat. Orang-orang dalam terapi kelompok ini akan kurang menilai situasi penuh stres (mereka akan tahu bahwa mungkin akan ada seseorang yang dapat membantu mereka). Orang-orang

dengan dukungan sosial tinggi akan mengubah respon mereka terhadap sumber stres misalnya pergi ke seorang teman untuk membicarakan masalahnya (Gottlieb dikutip Smet, 1994)

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa setelah pasien mendapatkan latihan asertif terjadi perubahan respon isolasi hal ini disebabkan dalam proses latihan asertif pasien harus berani mengungkapkan masalahnya dihadapan kelompok yang telah dibentuk, seiring dengan semakin tingginya tingkat kepercayaan pada kelompok maka timbul keinginan untuk memulai hubungan sosial yang lebih baik .

3. Marah

Hasil penelitian menunjukkan terjadi perubahan respon marah pasien setelah dilakukan latihan asertif. Hasil statistik (tabel 5.6) menunjukkan perubahan signifikan respon marah ($p=0,00$) pada kelompok dengan latihan asertif.

Berdasar teori menyatakan pasien yang sakit merasa dia sangat menderita, marah, cemas, takut dan sangat butuh pertolongan. Dia merasa sangat tidak adil, dan tidak layak mendapat sakit. Perasaan nyaman terlepas dari sakit menimbulkan keinginan menyakiti diri sendiri bahkan untuk bunuh diri. Umumnya pasien dengan HIV/AIDS mempunyai risiko tinggi untuk bunuh diri (LeMaistre, 1999). Menurut teori dukungan sosial yang terbentuk dalam latihan asertif mengarahkan penyesuaian seseorang terhadap lingkungan luar. Dengan demikian tingkah laku seseorang merupakan manifestasi dari penyesuaian dipengaruhi peran lingkungan (Gunarsa, 2003). Intervensi dalam latihan asertif mendorong pasien untuk menekan respon ekspresif dari marah (Susanna, 2007)

Dari hasil penelitian didapatkan respon marah pasien terjadi karena terinfeksi HIV sesuatu yang tidak adil akibat tertular dari orang lain, pasien

menyalahkan orang lain atas penyakit yang diderita, merasa putus asa dengan pengobatan dan yang memprihatinkan pasien pernah berpikir untuk bunuh diri. Setelah pasien mendapatkan latihan asertif terjadi perubahan respon marah dibandingkan sebelum intervensi hal ini disebabkan dalam latihan asertif pasien difasilitasi untuk berani mengungkapkan perasaan negatif dengan asertif untuk menekan respon ekspresif dari marah.

4. Rekonstruksi

Hasil penelitian menunjukkan terjadi perubahan respon rekonstruksi pasien setelah dilakukan latihan asertif. Hasil statistik (tabel 5.6) menunjukkan perubahan signifikan respon marah ($p=0,03$) pada kelompok dengan latihan asertif.

Berdasar teori pada tahap ini pasien mulai merasa keadaan fisiknya semakin membaik, dan punya waktu untuk memikirkan hal yang diperbuatnya untuk kehidupan akan datang. Keputusan penting akan kehidupan sosial dapat menolong untuk bangkit dari keterpurukan penyakit. Pada tahap rekonstruksi menumbuhkan banyak aspek, seperti mempelajari ketrampilan baru, dan mengontrol emosi (LeMaistre, 1999). Menurut teori dukungan sosial yang terbentuk dalam latihan asertif memberi intervensi dalam menumbuhkan rasa percaya dan keyakinan terhadap pengobatan dan penilaian individu dalam pengelolaan stres psikologis secara tepat (Gottlieb dikutip smet, 1994)

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa setelah pasien mendapatkan latihan asertif terjadi perubahan respon rekonstruksi dibandingkan sebelum intervensi hal ini disebabkan dalam latihan asertif pasien harus menyebutkan alternatif kegiatan untuk mereduksi stres baik melalui kegiatan sosial sehari-hari maupun kegiatan secara spiritual.

5. Depresi

Hasil penelitian menunjukkan terjadi perubahan respon depresi pasien setelah dilakukan latihan asertif. Hasil statistik (tabel 5.6) menunjukkan perubahan signifikan respon depresi ($p=0,00$) pada kelompok dengan latihan asertif.

Berdasar teori bahwa pasien dengan penyakit kronis mulai terbiasa terhadap depresi berulang. Depresi berulang terjadi akibat kesadaran karena hilangnya fungsi tubuh dan perasaan tidak berguna. Standar harapan untuk sembuh dirasa sebagai sesuatu yang tidak realistis (LeMeistre, 1999). Menurut teori adanya motif atau dorongan yang sama antara anggota kelompok menimbulkan usaha dari masing-masing anggota untuk mencapai tujuan sehingga timbul peran baru untuk menyesuaikan diri dalam kelompok (Sheriff, 2000).

Dari hasil penelitian menunjukkan setelah pasien mendapatkan latihan asertif terjadi perubahan respon depresi dibandingkan sebelum intervensi disebabkan dalam proses latihan asertif pasien difasilitasi secara bergantian menyebutkan alternatif kegiatan untuk mereduksi stres baik melalui kegiatan sosial sehari-hari maupun kegiatan secara spiritual dalam rangka mengalihkan perhatian pasien dari perasaan depresi akibat sakit. Hal diatas yang diharapkan dapat menekan respon depresi dari individu untuk berguna dan berperan dalam mencapai tujuan kelompok.

6. Renewal

Hasil penelitian menunjukkan terjadi perubahan respon renewal pasien setelah dilakukan latihan asertif. Hasil statistik (tabel 5.6) menunjukkan perubahan signifikan respon renewal ($p=0,00$) pada kelompok dengan latihan asertif.

Berdasarkan teori keinginan untuk memperbaiki kehidupan yang akan datang dapat dipelajari dari orang lain yang sudah dapat melampauai penyesuaian emosional sebelumnya melalui terapi kelompok, petugas medis dan paramedis (LeMaistre, 1999)

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa setelah pasien mendapatkan latihan asertif terjadi perubahan respon renewal dibandingkan sebelum intervensi, hal ini disebabkan dalam latihan asertif pasien secara bergantian memberikan umpan balik tentang manfaat latihan asertif yang didapat dan saling menghargai penilaian individu dalam pengelolaan emosi secara tepat.

5.2.5 Pengaruh latihan asertif terhadap dinamika penyesuaian emosional pasien respon fisik setelah didiagnosa HIV

Latihan asertif tidak berpengaruh secara signifikan terhadap dinamika penyesuaian emosional pasien terutama respon fisik. Hasil uji *Independent T-Test* tabel 5.3 menunjukkan tidak ada perbedaan signifikan perubahan tekanan darah ($p=0,46/0,07$) dan nadi ($p=0,59$) antar kelompok dengan dan tanpa latihan asertif.

Berdasar teori respon fisik pada pasien setelah dinyatakan terinfeksi HIV muncul menyertai penyesuaian emosionalnya disebabkan kondisi fisik yang secara umum terus menurun akibat penyakit, dan emosi negatif yang mempengaruhi penyakit, serta proses penyembuhan (Kiecolt & Glaser dalam Wade & Travis, 2003). Diagnosa HIV menimbulkan respon emosional yang mempengaruhi reaksi fisiologis yang merupakan *counter regulasi* yang dapat meningkatkan produksi *argininvasopresin* sehingga bisa mengakibatkan perubahan pada tekanan darah dan nadi (Nasronudin, 2007).

Dari hasil penelitian tidak terjadi perubahan yang signifikan pada tekanan darah dan nadi, meskipun diagnosa HIV merupakan stressor yang dapat berpengaruh terhadap perubahan tekanan darah dan nadi. Bagi pasien HIV yang mendapat latihan asertif tidak terjadi perubahan respon fisik disebabkan pelaksanaan latihan asertif dalam rentang waktu 3 minggu bisa saja terjadi perubahan tekanan darah setiap saat dari pasien yang tidak terdokumentasi oleh peneliti. Selain itu perubahan tekanan darah dan nadi sifatnya sementara, relatif spesifik dan otonomik dimana langsung dipengaruhi sistem saraf pusat sehingga bisa terjadi perubahan setiap saat dan dipengaruhi banyak faktor selain emosi, obat-obat lain yang dikonsumsi untuk menekan virus juga keadaan kesehatan fisik secara umum.

5.2.6 Pengaruh latihan asertif terhadap dinamika penyesuaian emosional pasien respon mental setelah didiagnosa HIV

Latihan asertif sangat berpengaruh secara signifikan terhadap dinamika penyesuaian emosional pasien terutama respon mental dimana hasil uji statistik dengan *Mann-Whitney Test* (tabel 5.6) menunjukkan dari enam tahap penyesuaian emosional : respon mental secara keseluruhan mengalami perubahan signifikan antara kelompok perlakuan dan kontrol baik pada tahap krisis ($p=0,00$), isolasi ($p=0,00$), marah ($p=0,00$), rekonstruksi ($p=0,04$), depresi ($p=0,00$) dan renewal ($p=0,02$). Hasil analisa statistik ini berarti menyatakan H_0 ditolak sehingga terjadi perubahan dinamika penyesuaian emosional : respon mental setelah mendapat latihan asertif.

Berdasar teori dinamika penyesuaian pasien setelah didiagnosa HIV beragam mulai dari tahap krisis, isolasi, kemarahan, rekonstruksi, depresi, dan

renewal (Setiadji dan Wirawan, 2001). Latihan asertif merupakan terapi kelompok yang dikembangkan dalam keperawatan untuk membantu pasien mengendalikan penyesuaian emosi sehingga bisa menerima keadaan dan diagnosa penyakit serta dapat berinteraksi terhadap lingkungan (Susanna, 2007). Latihan asertif diterapkan dalam *support group* dengan adanya kesempatan mengungkapkan perasaan secara asertif dan adanya umpan balik untuk menumbuhkan perilaku penyesuaian terhadap penyakit (Gotlieb, 1983). Penyesuaian emosi pasien yang dikendalikan dalam terapi kelompok membentuk dukungan psikososial dan emosional untuk mengontrol stres psikologis (Hariati dalam Nasronudin dan Maramis, 2007). Dukungan emosional dan sosial ini merupakan komponen penting dalam perawatan komprehensif berkelanjutan bagi pasien HIV & AIDS (WHO, 2006)

Hasil penelitian menunjukkan latihan asertif dapat membantu pasien dalam penyesuaian emosional terhadap respon mental mulai krisis sampai renewal, respon renewal terjadi disebabkan dalam proses latihan asertif pasien difasilitasi secara bergantian untuk memberikan umpan balik tentang manfaat latihan asertif yang didapat dan saling menghargai penilaian individu dalam pengelolaan emosi secara tepat. Dalam latihan asertif terbentuk suatu proses dukungan sosial dan emosional yang diharapkan dapat membantu penyesuaian emosional pasien terhadap diagnosis maupun keadaan penyakit HIV yang kronis dan membutuhkan perawatan secara komprehensif dan berkelanjutan.



BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN



BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan disajikan simpulan dan saran dari hasil penelitian yang telah dilaksanakan pada tanggal 1 Januari sampai dengan 21 Januari 2008 di UPIPI RSUD Dr Soetomo tentang pengaruh latihan asertif terhadap dinamika penyesuaian emosional pasien setelah didiagnosa HIV.

6.1 Simpulan

1. Sebelum latihan asertif terjadi gangguan penyesuaian emosional respon fisik pada pasien HIV karena diagnosa HIV merupakan stressor bagi pasien yang erat kaitannya dengan perubahan respon fisik tekanan darah dan nadi.
2. Sebelum dilakukan latihan asertif terjadi gangguan penyesuaian respon mental pasien sebagian besar menunjukkan respon mental pada tahap krisis isolasi marah dan depresi yang menyertai penolakan terhadap diagnosa HIV.
3. Setelah dilakukan latihan asertif tidak terjadi perubahan signifikan pada respon fisik (tekanan darah dan nadi) dikarenakan sifat dari perubahan sistem hemodinamik relatif spesifik, otonom dan sen entara, keadaan fisik serta obat.
4. Setelah dilakukan latihan asertif terjadi perubahan signifikan respon mental dimana sebagian besar responden berada pada tahap rekonstruksi dan renewal.
5. Latihan asertif tidak berpengaruh terhadap dinamika penyesuaian emosional respon fisik pasien setelah didiagnosa HIV karena faktor emosi saat pengukuran, sifat perubahan hemodinamik yang spesifik, otonomi dan sementara, keadaan fisik secara umum, serta obat-obatan yang dikonsumsi.

6. Latihan asertif berpengaruh terhadap dinamika penyesuaian emosional respon mental setelah didiagnosa HIV mulai tahap krisis, isolasi, marah, rekonstruksi, depresi dan renewal karena dalam proses latihan asertif pasien difasilitasi menyampaikan perasaan, emosi, penerimaan terhadap diagnosa dan memberi umpan balik dukungan emosional untuk meningkatkan kualitas hidup ODHA namun latihan asertif belum diaplikasikan sebagai *support group* di UPIPI RSUD Dr Soetomo Surabaya

6.2 Saran

1. Bagi pasien HIV yang rawat jalan di UPIPI RSUD Dr Soetomo Surabaya perlu ditingkatkan motivasi dengan cara penyuluhan oleh perawat tentang penyesuaian emosi setelah didiagnosa HIV karena diagnosa HIV merupakan stressor yang berakibat terhadap fisik maupun mental pasien
2. Perlu dilakukan penyuluhan kepada pasien HIV oleh perawat tentang manfaat latihan asertif terhadap penyesuaian emosi respon mental setelah didiagnosa HIV&AIDS sehingga termotivasi untuk mengikuti latihan asertif
3. Latihan asertif diusulkan untuk diaplikasikan oleh perawat di UPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya sebagai *support group* dalam bentuk terapi kelompok untuk membantu pasien setelah didiagnosis HIV mencapai penyesuaian emosional untuk dilaksanakan setiap minggu saat kontrol dengan koordinasi antar pasien dan perawat
4. Mengadakan penelitian lanjutan yang berhubungan dengan efektifitas latihan asertif dalam rangka memberikan dukungan sosial dan emosional untuk membantu penyesuaian emosional pasien setelah didiagnosa HIV.



DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, Suharsimi (2003). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: PT Rineka Cipta, hal: 168-184
- Aziz, Alimul (2003). *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika, hal: 35-36
- Atkinson (1999). *Pengantar Psikologi edisi 8 jilid I*. Jakarta: Erlangga. hal; 72-73
- Atkinson & Grant (1994). Natural History of Neuropsychiatric Manifestations of HIV Disease. *Journal of Psychiatric Clinics of North America*, hal:17-31
- Bruhn (1994). Hormones and Oxidative Stress, *Journal of Biological Chemistry* 267: hal 256-264
- Corwin (2001). *Buku Saku Patofisiologi*. Jakarta: EGC, hal: 78-79
- Corstein & Ornstein (1992). *Psychology the Study of Human Experience* (3rd ed). San Diego: Harcourt Brace Jovanovich Publisher, hal: 407- 428
- Departemen Kesehatan RI (2006). *Pelatihan Klinik Dasar ART*. Dirjen P2PL. tidak dipublikasikan.
- Departemen Kesehatan RI (2006). *Pedoman Perawatan HIV Kronik dan terapi Antiretroviral dan Perawatan Akut*. Dirjen P2PL. Tidak dipublikasikan
- Doenges, MC (2002). *Rencana Asuhan Keperawatan*. Jakarta : EGC hal 445-487
- Fauci & Lane (2001). *Human Immunodeficiency Virus (HIV) Disease: AIDS and Relater Disorders*. Internal Medicine. New York: Mc Graw-Hill;hal 152
- Fieldman (1996). *Understanding Psychology 4thed*. New York: mc Graw Hill.Inc, hal: 340-342
- Ganong (1999). *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Jakarta: EGC, hal 251-256
- Gottlieb BH (1983). *Social Support Strategies (Guidelines for Mental Health Practise)*. Sage Publication, Inc. California
- Isacs (2003). *Pedoman Belajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta : EGC, hal 143-166
- Juniwati (2003). Dinamika Penyesuaian Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Menuju Kesejahteraan Emosional Setelah Didiagnosis HIV. <http://www.tarumanegara-university/library/webmaster.html> di akses pada tanggal 24 November 2007 jam 13.37

- Kaplan & Sadock (2000). *Neuropsychiatric Aspects of HIV Infection and AIDS*. Textbook of Psychiatry 7th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins: p 308-36.
- Keliat & Akemat (2005). *Keperawatan Jiwa Terapi Aktifitas Kelompok*. Jakarta: EGC, hal:3
- Latipun (2005). *Psikologi Konseling*. Malang: Universitas Muhammadiyah Press, hal:150-154
- Laserman (1999). Progression to AIDS: Effect of Stress, Depression Symptom, and Social Support. *Journal of Psychosomatic Medicine* 6: 397
- LeMaistre (1999). *After The Diagnosis Coping With Chronic Illness*. Dillon, CO: Alpine Guild, Inc [http://www amazon.com](http://www.amazon.com) di akses pada tanggal 06 November 2007 jam 14.10
- Liang (1992). *HIV Psychological Responses to Seropositive Test Result*. AIDS link4: 1
- Mantra, IB (1989). *Petunjuk Untuk Petugas Kesehatan*. Jakarta: Depkes RI, hal: 9
- Nasronudin (2007). *HIV & AIDS Pendekatan Biologi Molekuler, Klinis dan Sosial*. Surabaya: Airlangga University Press, hal:6-40
- Nevid, JS (2003). *Psikologi Abnormal jilid 1*. Jakarta: Penerbit Erlangga,hal 131
- Nursalam (2003). *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika, hal: 81-89
- Nursalam & Kurniawati (2007). *Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta: Salemba Medika, hal: 45-127
- Purwadarminta (1994). *Kamus Umum bahasa Indonesia*. Jakarta: Balai Pustaka, hal: 251
- Putra (2005). *Psikoneuroimunologi Kedokteran*. Surabaya: Gramik FK Unair-RSU Dr Soetomo, hal 137-191
- Ruddick, A (1995). *Saripati AIDS di Indonesia the Ford Foundation*. Jakarta: ISBN, hal 10-14
- Smeth, B (1994). *Psikologi Kesehatan*. Jakarta: PT Grasindo, hal 43-52
- Susana & Riwidikdo (2007). *Terapi Modalitas Dalam Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Yogyakarta: Mitra Cendikia Press, hal:167-176
- Wirawan, (2003). Kecemasan yang Dialami Orang Terinfeksi HIV/AIDS.[www: tarumanegara-university /library/ web](http://www.tarumanegara-university/library/web) di akses tanggal 24 November 2007 jam 13.25

LAMPIRAN



UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

Surabaya, 2 Januari 2008

Nomor : 2009J03.1.17/PSIK/2007
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Pengumpulan
Data Penelitian Mahasiswa PSIK – FK Unair

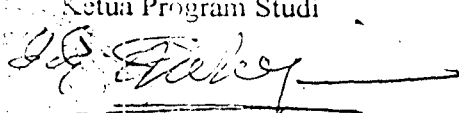
Kepada Yth.
Direktur RSUD Dr Soetomo Surabaya
Di
Surabaya

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal penelitian terlampir.

Nama : Heni Riyahmawati
NIM : 010630373 B
Judul Penelitian : Pengaruh Latihan Asertif Terhadap Dinamika Pemyesuaian Emosional Pasien Setelah Didagnosa HIV Di Unit Perawatan Intermediate Penyakit Infeksi RSUD Dr. Soetomo Surabaya
Tempat : RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Atas perhatian dan bantuannya, kami sampaikan terima kasih.

Ketua Program Studi


Prof. Eddy Soewandjojo, dr., SpPD, KTI
NIP : 130 325 831

Tembusan:

1. Kepala Bidang Litbang RSUD Dr. Soetomo Surabaya
2. Kepala Bidang Keperawatan RSUD DR. Soetomo Surabaya

Lampiran 2

SURAT KETERANGAN

Bersama ini kami menyatakan bahwa mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga yang tercantum dibawah:

Nama : Heni Riyahmawati

NIM : 010630573 B

Judul skripsi : Pengaruh latihan asertif terhadap dinamika penyesuaian emosional pasien setelah didiagnosa HIV

Telah melaksanakan penelitian di Unit Perawatan Intermediate Penyakit Infeksi (UPIPI) RSUD Soetomo Surabaya mulai tanggal 1 Januari sampai dengan 21 Januari 2008. Demikian keterangan ini kami buat untuk digunakan sebagai mana mestinya

Surabaya, 8 Februari 2008

Pembimbing



Misutarno, Skep., Ns

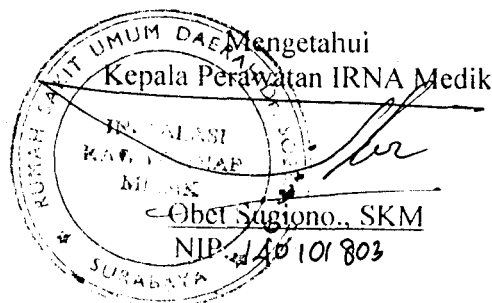
NIP. 140 234 532

Kepala Ruang



H. Solichin., SST

NIP. 140 077 223



PEMERINTAH PROPINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM Dr. SOETOMO
BIDANG PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN
JL. KARANGMENJANGAN NO. 12 TELP. 5501071 – 5501073 FAX. 5501071
S U R A B A Y A

SURAT KETERANGAN
Nomor : 070/ 73 /304/Litb/ I /2008

Yang bertanda tangan dibawah ini :

N a m a : Supriyanto, SKM, MM
N I P : 140 106 458
Jabatan : Kepala Sub Bidang Litbang Penunjang Medik

Dengan ini menerangkan bahwa :

N a m a : Heni Riyahmawati
NIM/NIRM : 010630373-B

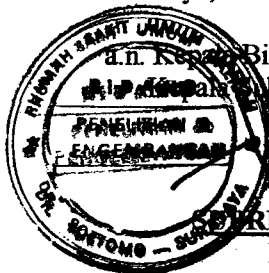
telah menyelesaikan penelitian di Unit Perawatan Intermediate Penyakit Infeksi
RSU Dr Soetomo Surabaya dengan judul :

" Pengaruh Latihan Asertif Terhadap Dinamika Penyesuaian Emosional Pasien
Setelah Didiagnosa HIV di UPIPI RSU Dr Soetomo Surabaya."

mulai tanggal 1 Januari 2008 sampai 21 Januari 2008

Demikian surat keterangan penelitian ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Surabaya, 31 Januari 2008



a.n. Kepala Bidang Litbang
Kepala Sub Bid Litbang Penjang Medik,

Supriyanto, SKM., M.M.

Pembina
NIP.140106458

Lampiran 3

Permohonan Menjadi Responden Penelitian

Dengan Hormat,

Nama saya Heni Riyahmawati, saya adalah mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan FK UNAIR Surabaya. Saya akan melakukan penelitian dengan judul “Pengaruh Latihan Asertif terhadap Dinamika Penyesuaian Emosional Pasien setelah didiagnosa HIV Di UPIPI RSU Dr. Soetomo Surabaya”.

Manfaat dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh latihan asertif terhadap dinamika penyesuaian pasien sehingga diharapkan dapat membuat pasien cepat menerima diagnosa dan keadaan sakitnya sehingga perkembangan HIV menjadi AIDS dapat ditekan.

Untuk keperluan diatas saya mohon partisipasi anda untuk menjadi responden dalam penelitian. Semua data yang dikumpulkan akan dirahasiakan dan tanpa nama. Data hanya disajikan dalam rangka pengembangan ilmu pengetahuan dan pendidikan di bidang keperawatan.

Partisipasi saudara/i bersifat sukarela, tanpa adanya paksaan, apabila bersedia menjadi responden silahkan menandatangani lembar persetujuan yang telah disediakan. Atas partisipasi saudara/i dalam penelitian ini, sangat saya hargai dan saya ucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya.

Surabaya, Januari 2008

Hormat saya

Heni Riyahmawati
NIM 010630373 B

Lampiran 4

Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Kode Responden

Setelah membaca dan mendapat penjelasan tentang pelaksanaan penelitian, saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan kesediaan untuk turut berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilaksanakan oleh Heni Riyahmawati mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan FK UNAIR Surabaya yang berjudul “Pengaruh Latihan Asertif terhadap Dinamika Penyesuaian Emosional Pasien setelah didiagnosa HIV Di UPIPI RSU Dr. Soetomo Surabaya”.

Tanda tangan saya di bawah ini menunjukkan bahwa saya telah diberi informasi yang sejelas – jelasnya dan saya memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini tanpa paksaan dari pihak manapun dan dalam rangka pengembangan ilmu pengetahuan dan pendidikan dibidang keperawatan.

Surabaya, Januari 2008
Responden

(_____)

Lampiran 5

LEMBAR KUESIONER

Kode responden

Isilah dengan tanda silang (X) pada kotak yang tersedia sesuai dengan pertanyaan.

A. Data demografi

1. Jenis Kelamin : 1) Laki-laki 3) Transgender
 2) Perempuan
2. Pendidikan : 1) Tidak sekolah 4) SLTA/ sederajat
 2) SD / sederajat 5) PT
 3) SLTP / sederajat
3. Umur : 1) 15-24 tahun 3) 35-44 tahun
 2) 25-34 tahun 4) \geq 45 tahun
4. Status Perkawinan : 1) Kawin
 2) Belum kawin
 3) Janda / Duda
- 5) Pekerjaan sebelumnya : 1) Tidak bekerja 4) lain-lain
 2) PNS
 3) Swasta
6. Agama : 1) Islam
 2) Kristen / Katolik
 3) Hindu
 4) Budha
7. Sumber penularan : 1) Narkoba suntik
 2) Homoseksual
 3) Heteroseksual
 4) Lain-lain
8. Dinyatakan terinfeksi : 1) 0-1 bulan 3) 2-3 bulan
 2) 1-2 bulan 4) > 3 bulan

B. Instrumen Dinamika Penyesuaian Emosional (Respon Mental)

No	Respon emosional	Ya	Tidak	Kode
1.	Saya syok, menangis dan tidak percaya saat diberitahu terinfeksi HIV			
2.	Saya bingung dengan pengobatan yang harus dijalani setelah tahu menderita HIV			
3.	Saya merasa sakit parah saat dinyatakan HIV+ dan tidak bisa diobati saat tahu sakit HIV			
4.	Saya bingung saat harus mencari pertolongan untuk penyakit HIV			
5	Saya menyembunyikan penyakit saya dari siapapun			
6	Saya merasa tidak ada yang dapat memahami bagaimana rasanya menderita HIV bagi saya			
7	Saya menarik diri dari pergaulan dan orang lain setelah dinyatakan HIV +			
8	Saya merasa dijauhi orang yang mengetahui saya HIV +			
9	Saya berusaha menyalahkan pihak lain karena tertular penyakit HIV			
10	Saya merasa terinfeksi HIV sesuatu yang sangat tidak adil bagi saya			
11	Saya pernah berpikir untuk melukai maupun bunuh diri karena marah pada kenyataan bahwa terinfeksi HIV			
12	Saya pernah merasa putus asa dengan pengobatan yang terus menerus			
13	Saya merasa harus semangat dalam proses pengobatan			
14	Saya berpikir akan ada pertolongan dan saya tidak sendiri menghadapi penyakit HIV			
15	Saya merasa perlu mengontrol emosi dalam menerima diagnosa HIV			
16	Saya berpikir ada orang lain yang mempunyai masalah sama bahkan mungkin lebih berat dari penyakit HIV yang saya derita			
17	Saya merasa tidak berguna dan tidak dapat bekerja karena sakit yang diderita			
18	Saya sering menangis dan sedih jika sendirian memikirkan sakit saya			
19	Saya sering berfikir tidak punya siapapun yang dapat membantu penyembuhan penyakit HIV			
20	Saya merasa gagal dalam hidup dan harapan untuk sembuh seperti sediakala rasanya tidak mungkin			

21	Saya berfikir ada harapan untuk sembuh dan bisa menerima penyakit HIV			
22	Saya bisa mandiri dan tidak bergantung pada orang lain untuk sembuh dari HIV			
23	Saya hanya berserah diri pada tuhan dan petugas kesehatan apapun yang akan terjadi karena penyakit HIV			
24	Saya ingin melawan penyakit ini dengan patuh berobat			

C. Instrumen Dinamika emosi (Respon fisik)

Hasil obser:asi tekanan darah dan nadi sebelum dan sesudah asertif terapi pada pasien HIV

Variabel	Pra-test	Post-test	Interpretasi hasil
Tekanan darah			
Nadi			

Lampiran 6

SATUAN ACARA PELAKSANAAN

- Topik** : Identifikasi respon emosional terhadap diagnosa penyakit
- Sub Topik** : Pembelajaran dan bertukar pengalaman saat diagnosa HIV diketahui
- Sasaran** : Pasien HIV dengan ketidakmampuan penyesuaian emosional setelah didiagnosa HIV yang rawat jalan di UPIPI RSUD Dr Soetomo Surabaya
- Tempat** : UPIPI RSUD Dr Soetomo Surabaya
- Hari/Tanggal** : Kamis, 3, 10 dan 17 Januari 2007
- Waktu** : 1 x 60 menit setiap sesion pertemuan
-

- I. Tujuan Instruksional Umum** : Pada akhir latihan asertif pasien HIV dapat mengetahui pengelolaan respon emosional setelah dinyatakan terinfeksi HIV
- II. Tujuan Instruksional Khusus** :
1. Pasien mampu mengidentifikasi penyebab dan situasi emosional pasien pada saat diberitahu diagnosa penyakit.
 2. Pasien mampu mengenal tanda-tanda fisik dan emosional yang terjadi saat marah (emosi) yang berakibat buruk terhadap penyakitnya.
 3. Pasien mampu mengidentifikasi alternatif kegiatan yang bisa dilakukan untuk mengelola respon emosioanal sehingga bisa menerima keadaannya dan ada kemauan untuk tetap dalam keadaan baik.
 4. Pasien mampu mengidentifikasi alternatif kegiatan secara spiritual yang dapat dilakukan untuk proses penerimaan penyakitnya.
 5. Pasien mampu mengungkapkan perasaan tentang penyakitnya dan memberikan umpan balik pada perubahan dalam kelompok
- III. Pelaksana** : Perawat UPIPI, perawat jiwa, Mahasiswa PSIK
- IV. Metode** : Terapi kelompok

VII. Kriteria evaluasi

1. Evaluasi struktur

- a. ODHA sebagai peserta latihan asertif hadir ditempat sesuai kontrak yang telah disepakati
- b. Penyelenggaraan latihan asertif sesuai standar operasional prosedur
- c. Pengorganisasian latihan asertif dilakukan sebelumnya

2. Evaluasi proses

- a. ODHA sebagai peserta latihan asertif mampu mengungkapkan emosinya secara tepat
- b. ODHA saling mengajukan pertanyaan antar peserta lain

3. Evaluasi hasil

- a. ODHA mengetahui pengelolaan respon emosional setelah dinyatakan terinfeksi HIV
- b. Jumlah peserta yang disepakati hadir 100%

VIII. Pelaksanaan terapi

Sesio	Kegiatan	Waktu	Uraian kegiatan	Kegiatan peserta	Pelaksana
(Pertemuan I Kamis, 3 Januari 2007) 1 x 55 menit	Pembukaan	5 menit	1. membuka latihan asertif dengan mengucapkan salam 2. Memperkenalkan fasilitator 3. Menjelaskan tujuan latihan asertif 4. menyebutkan peraturan pelaksanaan latihan asertif 5. Menjelaskan kegiatan yang dilaksanakan	*menjawab salam *Mendengarkan *memperhatikan	Pemimpin/ leader latihan asertif
	Pelaksanaan	45 menit	1. Fasilitator mengarahkan peserta mengungkapkan perasaannya. 2. Peserta yang mendapat giliran harus berbicara dihadapan kelompok 3. Setiap satu peserta selesai menyatakan	1. Memutar media gelas 2. Menyatakan perasaan apabila mendapat giliran 3. Tanya jawab dengan peserta lain maupun fasilitator 4. Memperhatikan	Seluruh peserta terapi

			perasaannya diberikan <i>reinforcement</i> berupa applaus oleh peserta lain 4. Media gelas diputar sampai seluruh peserta mendapat giliran	saat peserta lain menyatakan perasaan	
	Evaluasi	10 menit	Menanyakan pada peserta tentang kegiatan yang telah dilakukan	Menjawab pertanyaan	Peserta terapi
(Pertemuan 2 Kamis, 3 Januari 2007) 1 x 55 menit	Pembukaan	5 menit	1. membuka terapi dengan mengucapkan salam 2. Menjelaskan tujuan pertemuan kedua 3. Menjelaskan kegiatan yang akan dilaksanakan	*menjawab salam *Mendengarkan *memperhatikan	Pemimpin/ <i>leader</i> asertif terapi
	Pelaksanaan		1. Fasilitator mengarahkan peserta untuk mengungkapkan perasaannya. 2. Peserta yang mendapat giliran harus berbicara dihadapan kelompok 3. Setiap satu peserta selesai menyatakan perasaannya diberikan <i>reinforcement</i> berupa applaus peserta lain 4. Media gelas diputar sampai seluruh peserta mendapat giliran	1. Memutar media gelas 2. Menyatakan perasaan apabila mendapat giliran 3. Tanya jawab dengan peserta lain maupun fasilitator 4. Memperhatikan saat peserta lain menyatakan perasaan	Seluruh peserta terapi
	Evaluasi	10 menit	Menanyakan pada peserta kegiatan dilakukan	Menjawab pertanyaan	Peserta terapi

(Pertemuan 3, Kamis, 10 Januari 2007) 1 x 55 menit	Pembukaan	5 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. membuka latihan dengan mengucapkan salam 2. Menjelaskan tujuan latihan pada pertemuan ke 3 3. menyebutkan peraturan pelaksanaan 4. Menjelaskan kegiatan yang akan dilaksanakan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. menjawab salam 2. Mendengarkan 3. memperhatikan 	Pemimpin/ <i>leader</i> latihan asertif
	Pelaksanaan	45 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitator mengarahkan peserta mengungkapkan kegiatan yang diketahui untuk mengelola respon emosional 2. Peserta mendapat giliran berbicara dihadapan kelompok 3. Setiap satu peserta selesai menyatakan alternatif kegiatan yang dapat dilakukan diberikan <i>reinforcement</i> berupa applaus oleh peserta lain 4. Media gelas diputar terus sampai seluruh peserta mendapat giliran 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memutar media gelas 2. Menyatakan perasaan saat mendapat giliran 3. Tanya jawab dengan peserta lain maupun fasilitator 4. Memperhatikan saat peserta lain menyatakan pendapat 	Seluruh peserta terapi
	Evaluasi	10 menit	Menanyakan pada peserta tentang kegiatan yang telah dilakukan	Menjawab pertanyaan	Peserta terapi
(Pertemuan 4, Kamis, 10 Januari 2007) 1 x 55 menit	Pembukaan	5 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. membuka latihan dengan mengucapkan salam 2. Menjelaskan tujuan pertemuan keempat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. menjawab salam 2. Mendengarkan 3. memperhatikan 	Pemimpin/ <i>leader</i> latihan asertif

			3. Menjelaskan kegiatan yang dilaksanakan		
	Pelaksanaan		<ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitator mengarahkan peserta untuk mengungkapkan alternatif kegiatan secara spiritual yang dapat dilakukan untuk mengelola emosi. 2. Peserta yang mendapat giliran harus berbicara dihadapan kelompok 3. Setiap satu peserta selesai menyatakan pendapat diberikan <i>reinforcement</i> berupa applaus oleh peserta lain 4. Media gelas diputar terus sampai seluruh peserta mendapat giliran 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memutar media gelas 2. Menyatakan perasaan saat mendapat giliran 3. Tanya jawab dengan peserta lain maupun fasilitator 4. Memperhatikan saat peserta lain menyatakan pendapat 	Seluruh peserta terapi
	Evaluasi	10 menit	Menanyakan pada peserta tentang kegiatan yang telah dilakukan	Menjawab pertanyaan	Peserta terapi

(Pertemuan 5, Kamis, 17 Januari 2007) 1 x 55 menit	Pembukaan	5 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. membuka terapi dengan mengucapkan salam 2. Menjelaskan tujuan pertemuan kelima 3. menyebutkan peraturan pelaksanaan 4. Menjelaskan kegiatan yang akan dilaksanakan 	<ol style="list-style-type: none"> a. menjawab salam b. Mendengarkan c. memperhatikan 	Pemimpin/ <i>leader</i> latihan asertif
	Pelaksanaan	45 menit	1. Fasilitator mengarahkan peserta untuk mengungkapkan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memutar media gelas 2. Menyatakan perasaan 	Seluruh peserta terapi

			<p>perasaan setelah latihan asertif</p> <p>2. Peserta yang mendapat giliran harus berbicara dihadapan kelompok</p> <p>3. Setiap peserta selesai menyatakan perasaannya diberikan <i>reinforcement</i> berupa applaus oleh peserta</p> <p>4. Media gelas diputar terus sampai seluruh peserta mendapat giliran</p>	<p>apabila mendapat giliran</p> <p>3. Tanya jawab dengan peserta lain maupun fasilitator</p> <p>4. Memperhatikan saat peserta lain menyatakan perasaan</p>	
	Evaluasi	10 menit	Menanyakan pada peserta tentang kegiatan yang telah dilakukan	Menjawab pertanyaan	Peserta terapi

Lampiran 8

LEMBAR OBSERVASI PELAKSANAAN "LATIHAN ASERTIF"
 di UPIPI RSU DR SOETOMO SURABAYA
 KAMIS, 3 - 17 JANUARI 2008
 PUKUL 08.00 WIB

NO	KRITERIA EVALUASI	HASIL EVALUASI
1	Evaluasi Struktur	1. Peserta latihan asertif hadir di tempat latihan asertif tepat waktu sesuai kontrak yang telah disepakati 2. Pengorganisasian kegiatan dilakukan sebelumnya dengan jumlah perawat sebagai fasilitator 4 orang 3. Kegiatan latihan asertif dilaksanakan sesuai standar operasional prosedur yang telah ada.
2	Evaluasi Proses	1. Seluruh peserta latihan asertif secara bergantian mengungkapkan respon emosi yang dirasakan saat dinyatakan terdiagnosa HIV 2. Antar peserta (ODHA) saling mengajukan pertanyaan 3. Antar peserta (ODHA) saling memberi masukan dalam hal penerimaan penyakit dan pengelolaan emosi dengan alternatif kegiatan sosial maupun spiritual 4. Setelah selesai mengungkapkan perasaan semua peserta latihan asertif saling memberikan <i>reinforcement</i> 5. Pada akhir latihan asertif semua peserta saling memberi umpan balik manfaat latihan asertif 6. Proses latihan berjalan lancar sesuai tujuan latihan asertif dan hubungan komunikatif antar peserta
3	Evaluasi Hasil	1. Peserta latihan asertif memahami bagaimana pengelolaan emosi sesudah didiagnosa HIV 2. Kehadiran 100% dari jumlah peserta latihan asertif yang disepakati dalam kontrak sebelumnya 3. Dari hasil post test terjadi perubahan respon mental dinamika ppenyesuaian emosional

Mengetahui
 Pembimbing Klinik UPIPI



Misutarno, S.Kep., Ns
 NIP. 140 234 532

Tabulasi Data Demografi Penderita HIV di Poli Rawat Jalan UPIPI

Responden		Jenis Kelamin	Tingkat pendidikan	Umur	Status perkawinan	Pekerjaan	Agama
Kelompok	kode	1 = Laki laki 2 = Perempuan 3 = Transgender	1 = Tidak sekolah 2 = SD 3 = SMP 4 = SMU 5 = Perguruan Tinggi	1 = 15-24 tahun 2 = 25-34 tahun 3 = 35-44 tahun 4 = >45 tahun	1 = Kawin 2 = belum kawin 3 = Janda/duda	1 = tidak bekerja 2 = PNS 3 = Swasta 4 = dll	1 = Islam 2 = Kristen 3 = Hindu 4 = Budha
Dengan Latihan Asertif	1	1	2	2	1	3	1
	2	2	3	1	1	1	1
	3	3	3	2	2	3	1
	4	3	4	2	2	1	2
	5	1	3	1	2	3	1
	6	2	2	2	1	1	1
	7	3	2	1	2	1	1
	8	1	4	2	1	3	1
	9	1	4	2	1	1	1
Tanpa Latihan Asertif	10	1	2	1	1	1	2
	11	1	3	1	1	3	1
	12	1	4	2	2	3	1
	13	1	4	2	2	3	1
	14	2	5	2	1	1	1
	15	1	2	3	1	1	1
	16	1	3	2	1	3	1
	17	1	3	1	2	1	1
	18	1	4	1	2	1	2
Hasil		1 = 12 = 66,67 % 2 = 3 = 16,67 % 3 = 3 = 16,67 %	2 = 5 = 27,78% 3 = 6 = 33,33% 4 = 6 = 33,33% 5 = 1 = 5,56%	1 = 7 = 38,87% 2 = 10 = 55,56% 3 = 1 = 5,56% 4 = 0 = 0%	1 = 10 = 55,56% 2 = 8 = 44,44% 3 = 0 = 0%	1 = 10 = 55,56% 2 = 0 = 0% 3 = 8 = 44,44% 4 = 0 = 0%	1 = 15 = 83,33% 2 = 3 = 16,67% 3 = 0 = 0% 4 = 0 = 0%

Tabulasi data Sumber Penularan dan Waktu Terdiagnosa pasien HIV di Poli Rawat Jalan UPIPI

Responden		Sumber Penularan	Waktu Terdiagnosa
Kelompok	Kode	1 = Narkoba 2 = Homoseksual 3 = Heteroseksual	1 = 0-1 bulan 2 = 1-3 bulan 3 = 3-6 bulan 4 = > 6 bulan
Dengan Latihan Asertif	1	1	1
	2	3	1
	3	2	2
	4	2	1
	5	1	2
	6	3	3
	7	2	1
	8	1	1
	9	1	1
Tanpa Latihan Asertif	10	1	2
	11	1	1
	12	1	1
	13	1	2
	14	3	2
	15	1	3
	16	1	1
	17	1	1
	18	1	1
Hasil		1 = 12 = 66,67 % 2 = 3 = 16,67 % 3 = 3 = 16,67 %	1 = 11 = 61,11% 2 = 5 = 27% 3 = 2 = 18 %

Lampiran 10

Tabulasi Data Khusus Respon Fisik Pasien HIV Kelompok Dengan Dan Tanpa Latihan Asertif Sebelum Dan Sesudah Intervensi Latihan Asertif

Respon den	Hasil Respon Fisik							
	Dengan Latihan Asertif				Tanpa Latihan Asertif			
	Pre		Post		Pre		Post	
	Tekanan Darah	Nadi	Tekanan darah	Nadi	Tekanan darah	Nadi	Tekanan darah	Nadi
1	2	2	2	2	2	2	1	1
2	2	2	2	1	2	2	1	1
3	2	2	2	2	2	2	2	2
4	2	2	2	2	1	2	1	1
5	1	2	1	2	2	2	2	2
6	3	3	3	2	2	3	1	2
7	2	2	2	2	3	2	2	2
8	2	3	2	3	2	2	2	1
9	1	2	1	2	2	2	2	2

1. Penyesuain emosi baik = TD:110-129 / 70-85mmHg, Nadi : 70-80x/m
2. Penyesuian emosi cukup = TD:130-140 / 90-99mmHg, Nadi : 80-90x/m
3. Penyesuian emosi kurang = TD: >150/100 mmHg, Nadi : >100x/m

Responden	Hasil Respon Fisik							
	Kelompok Tanpa latihan asertif				Kelompok Dengan Latihan Asertif			
	Pre		Post		Pre		Post	
	Tekanan Darah	Nadi	Tekanan darah	Nadi	Tekanan darah	Nadi	Tekanan darah	Nadi
	Systole /diastole		Sistole/Diastole		Sistole/diastole		Sistole/diastole	
1	130/90	68	130/90	84	130/90	88	120/80	80
2	130/90	84	130/90	84	140/90	88	110/70	80
3	130/90	90	130/90	90	130/95	88	130/90	88
4	140/90	88	140/90	88	120/80	90	110/70	80
5	110/88	84	110/88	88	130/90	90	130/90	88
6	150/00	100	150/100	100	130/90	100	110/90	88
7	130/90	90	130/90	90	150/100	84	140/90	84
8	130/90	100	130/90	100	130/95	88	140/90	80
9	110/80	88	110/80	88	130/90	84	130/90	88

Tabulasi Data Khusus Respon Mental Pasien Setelah Didiagnosa HIV

Responden	Hasil Respon Mental Kelompok Tanpa Latihan Asertif											
	Pre						Post					
	Krisis	Isolasi	Kemarahan	Rekonstruksi	Depresi	Renewal	Krisis	Isolasi	Kemarahan	Rekonstruksi	Depresi	Renewal
1	8	8	7	6	7	5	8	8	7	6	7	5
2	8	8	7	7	7	6	8	8	7	7	7	6
3	8	7	5	5	5	4	8	7	5	5	5	4
4	8	8	8	6	6	4	8	8	8	6	6	4
5	7	6	5	7	8	5	7	6	5	7	8	5
6	8	7	7	6	7	4	8	7	7	6	7	4
7	7	8	6	8	7	5	7	8	6	8	7	5
8	8	8	8	6	7	5	8	8	8	6	7	5
9	8	7	6	8	6	6	8	7	6	8	6	6

Responden	Hasil Respon Mental Kelompok Dengan Latihan Asertif											
	Pre						Post					
	Krisis	Isolasi	Kemarahan	Rekonstruksi	Depresi	Renewal	Krisis	Isolasi	Kemarahan	Rekonstruksi	Depresi	Renewal
1	8	7	8	6	5	5	6	4	5	8	4	7
2	8	8	7	7	7	6	7	7	6	7	5	8
3	8	7	5	5	5	4	5	5	5	8	4	7
4	8	8	8	6	6	4	6	5	4	8	5	8
5	7	6	7	5	4	4	4	4	5	8	6	7
6	8	7	7	6	7	4	5	7	6	6	5	8
7	6	7	8	4	7	4	6	6	5	8	4	7
8	8	7	7	6	7	5	7	6	4	7	4	8
9	8	7	6	8	6	6	5	5	4	7	6	8

Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas Instrumen

No Subyek	Krisis				jml	isolasi				jml	marah				jml	rekonstruksi				jml	intermitten depresi				jml	renewal				jml	skor total	ganjil	genap
	1	2	3	4		1	2	3	4		1	2	3	4		1	2	3	4		1	2	3	4		1	2	3	4				
1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	2	0	0	1	1	2	1	1	1	1	4	10	6	4
2	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	2	0	1	0	1	2	0	1	0	0	1	1	1	1	0	3	10	4	6
3	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	1	1	1	3	1	0	1	1	3	10	5	5
4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	6	2	4
5	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	3	1	0	1	0	2	1	0	1	1	3	10	5	5
6	0	0	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	0	1	1	1	3	0	1	1	1	3	1	1	1	1	4	20	9	11
7	1	1	0	1	3	1	0	0	1	2	1	1	0	0	2	0	1	1	1	3	1	0	1	0	2	1	1	1	1	4	16	8	8
																										82	39	43					

1) Mencari Reabilitas dengan rumus Spearman-Brown

$$r_{11} = \frac{2x r_{1/2 1/2}}{(1 + r_{1/2 1/2})}$$

r_{11} : reliabilitas instrumen

$r_{1/2 1/2}$: r_{xy} yang disebutkan sebagai indeks korelasi antara dua belahan instrumen

cara 1 (belah ganjil-genap)

$$\sum x = 39$$

$$\sum x^2 = 251$$

$$\sum x.y = 269$$

$$\sum y = 43$$

$$\sum y^2 = 303$$

$$N = 7$$

$$r_{xy} = \frac{N \sum x.y - (\sum x)(\sum y)}{...}$$

$$\begin{aligned} & \sqrt{\{N\sum x^2 - (\sum x)^2\} \{N\sum y^2 - (\sum y)^2\}} \\ &= 7.269 - 39.43 / (7.251-1521) (7.303-1849) \\ &= 206 / 253,36 = 0,813 \end{aligned}$$

$$r_{11} = 2 (0,813) / 1 + (0,813) = 0,897$$

Kesimpulan : angka reliabilitas dibandingkan dengan harga r tabel product moment dengan N=7 , harga $r_{(5\%)} = 0,754$ dan harga $r_{(1\%)} = 0,874$ dengan demikian instrumen tersebut reliabel karena harga $r_{11} = 0,894$ lebih dari r_t dan nilainya positif

2) Uji: validitas dilakukan dengan analisis faktor berdasarkan rumus korelasi Pearson yaitu

$$r_{xy} = \frac{N\sum x.y - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{\{N\sum x^2 - (\sum x)^2\} \{N\sum y^2 - (\sum y)^2\}}}$$

- hasil penghitungan
- korelasi faktor 1 dengan skor total = 0,888
 - korelasi faktor 2 dengan skor total = -1,01
 - korelasi faktor 3 dengan skor total = 2,167
 - korelasi faktor 4 dengan skor total = 0,781
 - korelasi faktor 5 dengan skor total = 2,143
 - korelasi faktor 6 dengan skor total = 0,787

Penghitungan validitas apabila indeks korelasi nya r_{xy} tinggi maka faktor tersebut valid

Ada tidaknya korelasi ditunjukkan dengan besarnya angka dibelakang koma, dan tanda (+) atau (-) menunjukkan arah korelasi. Jika dilihat dari hasil penghitungan korelasi maka instrumen tersebut valid. namun masih perlu untuk dilakukan metode uji lain yang lebih sempurna dan dilakukan dengan seksama..

Lampiran 12
Frequencies

Statistics

	Jenis_kelamin	Pendidikan	Umur	StatuS_Perkawinan	Pekerjaan	Agama	Sumber_Penularan	Waktu_Terdiagnosis
N Valid	18	18	18	18	18	18	18	18
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0

Frequency Table

Jenis_kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid laki-laki	12	66.7	66.7	66.7
perempuan	3	16.7	16.7	83.3
transgend	3	16.7	16.7	100.0
Total	18	100.0	100.0	

Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid PT	1	5.6	5.6	5.6
SD	5	27.8	27.8	33.3
SMP	6	33.3	33.3	66.7
SMU	6	33.3	33.3	100.0
Total	18	100.0	100.0	

Umur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 15-24_tahun	7	38.9	38.9	38.9
25-34_tahun	10	55.6	55.6	94.4
34-44_tahun	1	5.6	5.6	100.0
Total	18	100.0	100.0	

StatuS_Perkawinan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kawin	10	55.6	55.6	55.6
Tidak_kawin	8	44.4	44.4	100.0
Total	18	100.0	100.0	

Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Swasta	8	44.4	44.4	44.4
Tidak_Bekerja	10	55.6	55.6	100.0
Total	18	100.0	100.0	

Agama

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Islam	15	83.3	83.3	83.3
Kristen	3	16.7	16.7	100.0
Total	18	100.0	100.0	

Sumber_Penularan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Heteroseksual	3	16.7	16.7	16.7
Homoseksual	3	16.7	16.7	33.3
Narkoba	12	66.7	66.7	100.0
Total	18	100.0	100.0	

Waktu_Terdiagnosis

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0-1_bulan	11	61.1	61.1	61.1
2-3_bulan	6	33.3	33.3	94.4
3-6_bulan	1	5.6	5.6	100.0
Total	18	100.0	100.0	

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Krisis_Post - Krisis_Pre	Negative Ranks	8 ^a	4.50	36.00
	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	1 ^c		
	Total	9		
Isolasi_Post - Isolasi_Pre	Negative Ranks	8 ^d	4.50	36.00
	Positive Ranks	0 ^e	.00	.00
	Ties	1 ^f		
	Total	9		
Marah_Post - Marah_Pre	Negative Ranks	8 ^g	4.50	36.00
	Positive Ranks	0 ^h	.00	.00
	Ties	1 ⁱ		
	Total	9		
Rekonstruksi_Post - Rekonstruksi_pre	Negative Ranks	1 ^j	1.50	1.50
	Positive Ranks	6 ^k	4.42	26.50
	Ties	2 ^l		
	Total	9		
Depresi_Post - Depresi_ Pre	Negative Ranks	7 ^m	4.43	31.00
	Positive Ranks	1 ⁿ	5.00	5.00
	Ties	1 ^o		
	Total	9		
Renewal_Post - Renewal_Pre	Negative Ranks	0 ^p	.00	.00
	Positive Ranks	9 ^q	5.00	45.00
	Ties	0 ^r		
	Total	9		

- a. Krisis_Post < Krisis_Pre
- b. Krisis_Post > Krisis_Pre
- c. Krisis_Post = Krisis_Pre
- d. Isolasi_Post < Isolasi_Pre
- e. Isolasi_Post > Isolasi_Pre
- f. Isolasi_Post = Isolasi_Pre
- g. Marah_Post < Marah_Pre
- h. Marah_Post > Marah_Pre
- i. Marah_Post = Marah_Pre
- j. Rekonstruksi_Post < Rekonstruksi_pre
- k. Rekonstruksi_Post > Rekonstruksi_pre
- l. Rekonstruksi_Post = Rekonstruksi_pre
- m. Depresi_Post < Depresi_Pre
- n. Depresi_Post > Depresi_Pre
- o. Depresi_Post = Depresi_Pre
- p. Renewal_Post < Renewal_Pre
- q. Renewal_Post > Renewal_Pre
- r. Renewal_Post = Renewal_Pre

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Krisis_pre	9	7.6667	.70711	6.00	8.00
Isolasi_pre	9	7.0000	1.00000	5.00	8.00
Marah_pre	9	6.0000	1.11803	4.00	7.00
Rekonstr_pre	9	5.6667	1.00000	4.00	7.00
Depresi_pre	9	4.8889	.78174	4.00	6.00
Renewal_pre	9	4.7778	.83333	4.00	6.00
Krisis_post	9	7.1111	.60093	6.00	8.00
Isolasi_post	9	5.8889	1.16667	4.00	8.00
Marah_post	9	4.6667	.86603	4.00	6.00
Rekonst_post	9	5.4444	1.13039	4.00	7.00
Depresi_post	9	7.4444	.72648	6.00	8.00
Renewal_post	9	7.5556	.52705	7.00	8.00

Test Statistics

	Krisis_post Krisis_pre	Isolasi_post Isolasi_pre	Marah_pos Marah_pre	Rekonstr_ post - Rekonst pr	Depresi_po - Depresi p	Renewal_ post - Renewal pr
Z	-2.559 ^a	-2.549 ^a	-2.539 ^a	-2.414 ^a	-2.577 ^a	-2.707 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.021	.011	.008	.034	.007	.007

a. Based on positive ranks.

b. Based on negative ranks.

c. Wilcoxon Signed Ranks Test

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Krisis_post - Krisis_pre	Negative Ranks	4 ^a	3.00	12.00
	Positive Ranks	1 ^b	3.00	3.00
	Ties	4		
	Total	9		
Isolasi_post - Isolasi_pre	Negative Ranks	5 ^d	3.70	18.50
	Positive Ranks	1 ^e	2.50	2.50
	Ties	3 ^f		
	Total	9		
Marah_post - Marah_pre	Negative Ranks	2 ^g	2.25	4.50
	Positive Ranks	1 ^h	1.50	1.50
	Ties	6 ⁱ		
	Total	9		
Rekonstr_post - Rekonst_pre	Negative Ranks	0 ^j	1.50	3.00
	Positive Ranks	0 ^k	.00	.00
	Ties	7 ^l		
	Total	9		
Depresi_post - Depresi_pre	Negative Ranks	2 ^m	2.00	4.00
	Positive Ranks	1 ⁿ	2.00	2.00
	Ties	6 ^o		
	Total	9		
Renewal_post - Renewal_pre	Negative Ranks	2 ^p	2.50	5.00
	Positive Ranks	3 ^q	3.33	10.00
	Ties	4 ^r		
	Total	9		

- a. Krisis_post < Krisis_pre
- b. Krisis_post > Krisis_pre
- c. Krisis_post = Krisis_pre
- d. Isolasi_post < Isolasi_pre
- e. Isolasi_post > Isolasi_pre
- f. Isolasi_post = Isolasi_pre
- g. Marah_post < Marah_pre
- h. Marah_post > Marah_pre
- i. Marah_post = Marah_pre
- j. Rekonstr_post < Rekonst_pre
- k. Rekonstr_post > Rekonst_pre
- l. Rekonstr_post = Rekonst_pre
- m. Depresi_post < Depresi_pre
- n. Depresi_post > Depresi_pre
- o. Depresi_post = Depresi_pre
- p. Renewal_post < Renewal_pre
- q. Renewal_post > Renewal_pre
- r. Renewal_post = Renewal_pre

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Krisis_pre	9	7.7778	.44096	7.00	8.00
Isolasi_pre	9	7.2222	.66667	6.00	8.00
Marah_pre	9	6.6667	.86603	5.00	8.00
Rekonst_pre	9	6.0000	1.22474	4.00	8.00
Depresi_pre	9	6.5556	1.13039	5.00	8.00
Renewal_pre	9	5.0000	.70711	4.00	6.00
Krisis_post	9	7.4444	.72648	6.00	8.00
Isolasi_post	9	6.5556	1.01379	5.00	8.00
Marah_post	9	6.4444	.88192	5.00	8.00
Rekonstr_post	9	5.7778	.97183	4.00	7.00
Depresi_post	9	6.4444	1.01379	5.00	8.00
Renewal_post	9	5.2222	.66667	4.00	6.00

Test Statistics

	Krisis_post - Krisis_pre	Isolasi_post - Isolasi_pre	Marah_post - Marah_pre	Rekonstr_ post - Rekonst_pre	Depresi_post - Depresi_pre	Renewal_ post - Renewal_pre
Z	-1.342 ^a	-1.730 ^a	-.816 ^a	-1.414 ^a	-.577 ^a	-.707 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.180	.084	.414	.157	.564	.480

a. Based on positive ranks.

b. Based on negative ranks.

c. Wilcoxon Signed Ranks Test

NPar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

group		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Krisis	Kontrol	9	13.78	124.00
	Perlakuan	9	5.22	47.00
	Total	18		
Isolasi	Kontrol	9	13.33	120.00
	Perlakuan	9	5.67	51.00
	Total	18		
Marah	Kontrol	9	12.89	116.00
	Perlakuan	9	6.11	55.00
	Total	18		
Rekontruksi	Kontrol	9	7.22	65.00
	Perlakuan	9	11.78	106.00
	Total	18		
Depresi	Kontrol	9	13.39	120.50
	Perlakuan	9	5.61	50.50
	Total	18		
Renewal	Kontrol	9	6.83	61.50
	Perlakuan	9	12.17	109.50
	Total	18		

Test Statistics^b

	Krisis	Isolasi	Marah	Rekontruksi	Depresi	Renewal
Mann-Whitney U	2.000	6.000	10.000	20.000	5.500	16.500
Wilcoxon W	47.000	51.000	55.000	65.000	50.500	61.500
Z	-3.537	-3.126	-2.772	-1.907	-3.174	-2.314
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000	.002	.006	.041	.002	.021
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.000 ^a	.001 ^a	.006 ^a	.043 ^a	.001 ^a	.031 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: group

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Pre_TDsistole	132.2222	9	8.33333	2.77778
	Post_TDsist	124.4444	9	12.36033	4.12011
Pair 2	Pre_TDdiast	91.1111	9	5.46453	1.82151
	Post_TDdias	83.3333	9	8.66025	2.88675
Pair 3	Pre_nadi	88.8889	9	4.70225	1.56742
	Post_nadi	84.0000	9	4.00000	1.33333

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Pre_TDsistole & Post_TDsist	9	.378	.316
Pair 2	Pre_TDdiast & Post_TDdias	9	.404	.234
Pair 3	Pre_nadi & Post_nadi	9	.213	.583

group : dengan Latihan asertif

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Pre_TDsistole - Post_TDsist	7.77778	12.01850	4.00617	-1.46046	17.01602	1.941	8	.088
Pair 2	Pre_TDdiast - Post_TDdias	7.77778	6.18017	2.06006	3.02728	12.52827	3.776	8	.062
Pair 3	Pre_nadi - Post_nadi	5.88889	5.48736	1.82912	.67093	9.10685	2.673	8	.051

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Pre_TDisis	128.89 ^a	9	12.693	4.231
	Post_TDisis	128.8889 ^a	9	12.69296	4.23099
Pair 2	Pre_TDisis	89.7778 ^a	9	5.04425	1.68142
	Post_TDisis	89.7778 ^a	9	5.04425	1.68142
Pair 3	Pre_nadi	90.2222	9	5.95352	1.98451
	Post_nadi	90.2222	9	5.95352	1.98451

a. The correlation and t cannot be computed because the standard error of the difference is 0.

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 3 Pre_nadi & Post_nadi	9	.944	.000

Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 3	Pre_nadi - Post_nadi	.00000	2.00000	.66667	-1.53734	1.53734	.000	8	1.000

group : tanpa latihan asertif

T-Test

Group Statistics

	group	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TD_sistole	Kontrol	9	128.8889	12.69296	4.23099
	Perlakuan	9	124.4444	12.36033	4.12011
TD_diastole	Kontrol	9	89.7778	5.04425	1.68142
	Perlakuan	9	83.3333	8.66025	2.88675
Nadi	Kontrol	9	90.2222	5.95352	1.98451
	Perlakuan	9	84.0000	4.00000	1.33333

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
TD_sistole	Equal variances assumed	.412	.530	.753	16	.463	4.44444	5.90564	-8.07495	16.96383
	Equal variances not assumed			.753	15.989	.463	4.44444	5.90564	-8.07566	16.96455
TD_diastole	Equal variances assumed	6.735	.020	1.929	16	.072	6.44444	3.34073	-.63759	13.52648
	Equal variances not assumed			1.929	12.868	.076	6.44444	3.34073	-.78031	13.66920
Nadi	Equal variances assumed	.352	.561	2.603	16	.059	6.22222	2.39083	1.15390	11.29055
	Equal variances not assumed			2.603	14.000	.051	6.22222	2.39083	1.09441	11.35004

Dinamika Penyesuaian Emosional



Penyesuaian Emosi

Adalah Kemampuan individu dalam menangani dan mengelola stres akibat diagnosa suatu penyakit.

Tahap penyesuaian Emosi

1. Krisis

Ketidakmampuan mengontrol emosi dan hanya dipendam disertai dengan menyalahkan diri sendiri.

2. Isolasi

Perilaku mengisolasi / menarik diri dari pergaulan

3. Marah

Perilaku agresif, Perilaku destruktif baik yang dilakukan pada diri sendiri maupun orang lain.

4. Rekonstruksi

Mengenal masalah yang dihadapi dan penyebabnya, Menenangkan diri, Berbicara / sharing dengan orang lain yang dipercaya dan dapat membantu mencari solusi

5. Intermitten Depresi

Timbul rasa khawatir kronik yang diungkapkan baik secara perkataan maupun dengan perbuatan, Meningkatkan dukungan dari sumber - sumber koping (keluarga, teman terdekat dll

6. Renewal

Menerima keadaan penyakit, Menyelesaikan masalah dengan cara konstruktif, Melakukan aktifitas reduksi stres dengan kegiatan rekreasi dan relaksasi, Selalu berusaha mencari hikmah dari masalah yang sedang terjadi.

Hal yang dapat mendorong penyesuaian emosi :

1. diri sendiri
2. Keluarga
3. Sosial support "*Latihan Asertif*"
4. Spiritual support
5. Lingkungan

"Latihan Asertif"

Suatu kegiatan / terapi kelompok dimana memfasilitasi pasien untuk mengungkapkan perasaan tentang penyakitnya dan sebagai media sharing untuk memperbaiki respon emosi setelah dinyatakan terinfeksi penyakit.

Manfaat:

1. Meningkatkan pengetahuan pasien dalam hal penyesuaian emosi setelah didiagnosa penyakit
2. Sebagai sarana bertukar pendapat / sharing dalam hal mengelola stres setelah dinyatakan terinfeksi penyakit
3. Sebagai sarana rekreasi bagi pasien untuk mereduksi stres
4. Meningkatkan pemahaman bagi pasien dalam hal alternatif kegiatan yang dapat dilakukan untuk mengontrol emosi
5. Memberi umpan balik bagi perkembangan pendidikan di bidang perawatan kesehatan pasien.

Terima Kasih dan Teriring Doa Smoga

Bermanfaat

oleh

Heni Riyahmawati

PSIK_FK UNAIR 2008