

**PENGARUH MANAJEMEN KASUS HIV/AIDS TERHADAP
KUALITAS HIDUP PASIEN HIV/AIDS DI RSUD SELE BE SOLU
KOTA SORONG PAPUA BARAT**



TESIS

**Untuk memenuhi persyaratan
mencapai Magister Keperawatan**

Konsentrasi

Manajemen Keperawatan

Oleh :

MARIA KAROLINA SELANO

NIM 22020113410039

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG**

2015

PERSETUJUAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa tesis yang berjudul :

**PENGARUH MANAJEMEN KASUS HIV/AIDS TERHADAP
KUALITAS HIDUP PASIEN HIV/AIDS DI RSUD SELE BE SOLU
KOTA SORONG PAPUA BARAT**

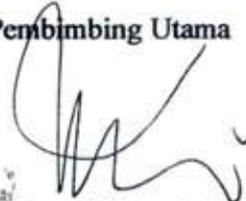
Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : MARIA KAROLINA SELANO

NIM : 22020113410039

Telah disetujui untuk dapat dipertahankan dihadapan Tim Penguji

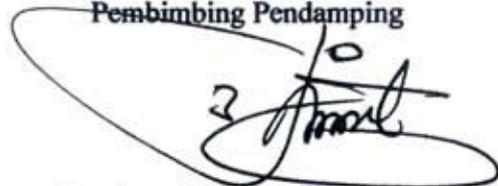
Pembimbing Utama



Dr. Untung Sujianto, S.Kp., M.Kes

NIP. 197109191994031001

Pembimbing Pendamping

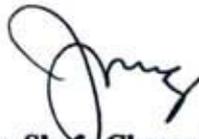


Bambang Edi Warsito, S.Kp., M.Kes

NIP. 196303071989031002

Mengetahui,

Program Studi Magister Keperawatan
Ketua Program



Dr. dr. Shofa Chasani, Sp.PD-KGH

NIP. 1951020519791001

LEMBAR PENGESAHAN

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa Tesis yang berjudul :

PENGARUH MANAJEMEN KASUS HIV/AIDS TERHADAP KUALITAS HIDUP PASIEN HIV/AIDS DI RSUD SELE BE SOLU KOTA SORONG PAPUA BARAT

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : MARIA KAROLINA SELANO

NIM : 22020113410039

Telah dipertahankan didepan Dewan Penguji pada tanggal 10 November 2015 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk mendapatkan gelar Magister Keperawatan

Penguji Utama,

Dr. dr. Andrew Johan, Msi

NIP. 195804091987031002

Penguji Anggota,

Dr. Sri Rejeki M.Kep.,Sp.Mat

NIDN. 0626106401

Pembimbing Utama,

Dr. Untung Sujianto, S.Kp.,M.Kes

NIP. 197109191994031001

Pembimbing Anggota,

Bambang Edi Warsito, S.Kp.,M.Kes

NIP. 196303071989031002

Seamarang, November 2015

Dekan,
Fakultas Kedokteran

Prof. Dr. dr. Tri Nur Kristina, DMM, M. Kes

NIP. 195905271986032001

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa penelitian yang saya lakukan adalah hasil karya sendiri. Tidak ada karya ilmiah atau sejenisnya yang diajukan untuk memperoleh gelar Magister atau sejenisnya di Perguruan Tinggi manapun seperti karya ilmiah yang saya susun.

Sepengetahuan saya juga, tidak ada karya ilmiah atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah karya ilmiah yang saya susun ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila pernyataan tersebut terbukti tidak benar, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan ketentuan akademik yang berlaku.

Semarang, Oktober 2015

Maria Karolina Selano

RIWAYAT HIDUP

1. Nama : Maria Karolina Selano
2. Tempat Lahir : Sorong
3. Tanggal Lahir : 10 Februari 1984
4. Agama : Kristen Protestan
5. Jenis Kelamin : Perempuan
6. Status : Menikah
7. Alamat : Perumahan Srongol Bumi Indah U.4 Kelurahan Sumurboto Kecamatan Banyumanik Semarang.

Riwayat Pendidikan :

1. SD : SD N. 25 Sorong lulus Tahun 1994
2. SMP : SMP Advent Sorong lulus Tahun 1997
3. SMA : SMA YPPK Agustinus Sorong lulus Tahun 2000
4. D III Keperawatan : DIII Keperawatan Sorong lulus Tahun 2003
5. S1 Keperawatan : S1 Keperawatan UNDIP Semarang lulus Tahun 2012
6. Ners : Profesi Ners UNDIP Semarang lulus Tahun 2013

Riwayat Pekerjaan :

1. Perawat CST (*Care Support and threatment*) RSUD Sele Be Solu Kota Sorong Tahun 2008 – 2009.
2. Perawat Ruang Internal RSUD Sele Be Solu Sorong Kota Sorong Tahun 2006 – 2009.
3. Dosen Poltekkes Kemenkes Sorong Tahun 2008 sampai sekarang.

Keluarga :

- Suami : Aristarkhus Fransiskus Momot
- Anak : 1. Alan Isak Stephenson Momot
2. Zeis Arthur Juniar Momot
3. Joebel Papuana Elisabeth Momot

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya kepada penulis serta bantuan, dorongan moril dan bimbingan dari semua pihak sehingga penulis dapat menyusun dan menyelesaikan tesis yang berjudul “ Pengaruh Manajemen Kasus HIV/AIDS terhadap Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS Di Rumah Sakit Umum Daerah Sele Be Solu Kota Sorong Papua Barat”. Tesis ini untuk memenuhi persyaratan mencapai gelar Sarjana S2 pada Program Magister Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang. Pada kesempatan ini penyusun menyampaikan ucapan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Prof. Dr. dr. Tri Nur Kristina, DMM, M. Kes, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.
2. Dr. Untung Sujianto, SKp., M. Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang sekaligus selaku Pembimbing I yang telah banyak memberikan masukan, saran dan bimbingan terkait penyusunan tesis ini.
3. Dr. dr. Shofa Chasani, Sp.PD-KGH selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.
4. Bambang Edi Warsito, S.Kp, M.Kes selaku Sekretaris Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Diponegoro Semarang

sekaligus selaku Pembimbing II yang telah memberikan masukan, arahan serta bimbingannya selama proses penyusunan tesis ini.

5. Dr. dr. Andrew Johan. Msi selaku penguji ketua yang telah memberikan masukan dan motivasi dalam rangka penyempurnaan tesis ini.
6. Dr. Sri Rejeki, S.Kp.,M.Kep.,Sp.Mat selaku penguji Anggota yang telah memberikan masukan dan motivasi dalam penyempurnaan tesis ini.
7. Seluruh dosen pengajar dan pengelola magister keperawatan, yang telah memberikan ilmu pengetahuan yang bermanfaat selama penulis mengikuti pendidikan.
8. Direktur Rumah Sakit Sele Be Solu Kota Sorong dan semua pihak yang telah memfasilitasi dan memberikan segala bantuan kepada penulis selama menyelesaikan tesis ini.
9. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sorong dan semua pihak yang telah memberikan dukungan dan segala bantuan kepada penulis selama menyelesaikan tesis ini.
10. Tim VCT RSUD Sele Be Solu Kota Sorong yang telah mendukung penulis dalam proses menyelesaikan tesis ini.
11. Suami tercinta Aris Momot dan buah hati kami Alan, Arthur dan Elis serta seluruh keluarga besar Selano, Momot atas segala cinta dan pengorbanan serta dukungan doa dalam penyelesaian studi ini.

12. Seluruh teman – teman S2 Keperawatan yang senantiasa memberikan semangat serta motivasi untuk terus maju dalam melaksanakan penyusunan tesis ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa penulisan ini masih jauh dari kesempurnaan, karena itu masukan dan saran untuk perbaikan sangat diharapkan. Sebagai akhir kata, semoga tesis ini bermanfaat bagi semua pihak.

Semarang, Oktober 2015

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	v
SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	vi
RIWAYAT HIDUP.....	vii
KATA PENGANTAR.....	ix
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
ABSTRAK.....	xvii
<i>ABSTRACT</i>	xviii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Perumusan Masalah.....	9
C. Pertanyaan Penelitian.....	10
D. Tujuan Penelitian.....	10

	E. Manfaat Penelitian.....	11
	F. Keaslian Penelitian.....	12
BAB II	TINJAUAN PUSTAKA.....	15
	A. Tinjauan Teori.....	15
	1. Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS.....	15
	2. Manajemen Keperawatan.....	27
	3. Manajemen Kasus HIV/AIDS.....	30
	4. HIV/AIDS.....	34
	B. Kerangka Teori.....	58
	C. Kerangka Konsep.....	59
	D. Hipotesa.....	59
BAB III	METODE PENELITIAN.....	60
	A. Jenis dan Rancangan Penelitian.....	60
	B. Populasi dan Sampel Penelitian.....	62
	C. Tempat dan Waktu Penelitian.....	65
	D. Variabel Penelitian, Definisi Operasional, Skala Pengukuran.....	65
	E. Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data.....	67
	F. Teknik Pengolahan dan Analisa Data.....	73
	G. Etika Penelitian.....	76

BAB IV	HASIL PENELITIAN.....	78
	A. Karakteristik Responden.....	78
	B. Pelaksanaan Manajemen Kasus HIV/AIDS.....	83
	C. Kualitas Hidup pasien HIV/AIDS.....	84
	D. Perbandingan rata-rata kenaikan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.....	86
	E. Pengaruh pelaksanaan Manajemen Kasus terhadap Kualitas hidup pasien HIV/AIDS.....	87
BAB V	PEMBAHASAN.....	89
BAB V	PENUTUP.....	111
	A. Kesimpulan	111
	B. Saran.....	113

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Judul Tabel	Halaman
Tabel 1.1	Keaslian Penelitian	12
Tabel 2.1	Reaksi Psikologis Pasien HIV/AIDS	46
Tabel 3.1	Desain Penelitian <i>pretest-posttest control group design</i>	61
Tabel 3.2	Definisi Operasional	64
Tabel 3.3	<i>Ghannchart</i> Pelatihan	69
Tabel 4.1	Distribusi frekuensi berdasarkan usia pada kelompok kontrol dan intervensi	78
	Distribusi frekuensi berdasarkan jenis kelamin pada kelompok kontrol dan intervensi	79
	Distribusi frekuensi berdasarkan tingkat pendidikan pada kelompok kontrol dan intervensi	80
	Distribusi frekuensi berdasarkan status pekerjaan pada kelompok kontrol dan intervensi	81
	Distribusi frekuensi berdasarkan status marital pada kelompok kontrol dan intervensi.	81
Tabel 4.2	Distribusi frekuensi berdasarkan pelaksanaan manajemen kasus HIV/AIDS pada kelompok intervensi	82
Tabel 4.3	Distribusi frekuensi berdasarkan kualitas hidup pasien HIV/AIDS pada kelompok intervensi dan kontrol	83
Tabel 4.4	Data tabulasi silang pelaksanaan manajemen kasus HIV/AIDS sebelum dan setelah pelatihan	83
Tabel 4.5	Data tabulasi silang kualitas hidup pasien HIV/AIDS sebelum dan setelah pelatihan pada kelompok intervensi	84
Tabel 4.6	Data tabulasi silang kualitas hidup pasien HIV/AIDS sebelum dan setelah pada kelompok kontrol	85
Tabel 4.7	Perbandingan rata-rata kenaikan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol	86
Tabel 4.8	Hasil uji t pengaruh pelaksanaan manajemen kasus HIV/AIDS terhadap kualitas hidup pasien HIV/AIDS	87

DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Judul Tabel	Halaman
1	Kerangka Teori	58
2	Kerangka Konsep	59

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor Lampiran	Judul Lampiran
1	Surat Pengambilan Data Awal
2	Surat Permohonan Uji Expert
3	Surat Keterangan telah melaksanakan Uji Expert
4	<i>Ethical Clearance</i>
5	Surat Permohonan Ijin Penelitian
6	Surat keterangan telah melaksanakan Penelitian
7	Lembar penjelasan Mengenai Penelitian
8	Lembar persetujuan Menjadi Responden
9	Kuesioner Penelitian
10	Proposal Pelatihan
11	Hasil SPSS
12	Hasil Uji Expert
13	Lembar Observasi
14	Modul Pelatihan
15	Hasil Uji Homogenitas

Maria Karolina Selano

Pengaruh Manajemen Kasus HIV/AIDS Terhadap Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS di Rumah Sakit Sele Be Solu Kota Sorong.

xvii, 113 halaman + 18 tabel + 2 gambar + 15 lampiran

ABSTRACT

Pelaksanaan manajemen kasus HIV/AIDS dengan kualitas pelayanan yang tidak efektif akan berdampak pada kualitas hidup pasien HIV/AIDS. Kualitas hidup merupakan komponen penting dalam evaluasi kesejahteraan dan kehidupan ODHA. Tujuan dalam penelitian ini untuk mengetahui pengaruh manajemen kasus HIV/AIDS terhadap kualitas hidup pasien HIV/AIDS di Rumah Sakit Umum Daerah Sele Be Solu Kota Sorong Papua Barat.

Metode penelitian *quasy experiment with pretest-posttest control group design*. Populasi adalah pasien HIV/AIDS yang menjalani perawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Sele Be Solu Kota Sorong. Sampel penelitian sebanyak 66 responden, Uji statistik yang digunakan uji *paired t-test*, *Independent t-test* dan regresi linier sederhana.

Hasil penelitian pada 33 responden kelompok intervensi dan 33 responden kelompok kontrol menunjukkan ada perbedaan signifikan kualitas hidup pasien HIV/AIDS sebelum dan setelah mendapatkan pelatihan pada kelompok intervensi (*p value* 0,000) dengan rata – rata kenaikan 14.06 sedangkan pada kelompok kontrol 1.96.

Kesimpulan peneliti adalah ada pengaruh manajemen kasus HIV/AIDS terhadap kualitas hidup pasien HIV/AIDS. Dimana setiap kenaikan nilai manajemen kasus mampu meningkatkan kualitas hidup pasien sebesar 0,259.

Kata kunci : Manajemen kasus HIV/AIDS, Kualitas Hidup, HIV/AIDS.

Referensi : 55 (2003 s/d 2013)

Maria Karolina Selano

Effect of Case Management HIV / AIDS on the Quality of Life HIV / AIDS patients in the Hospital Sele Be Solu Sorong.

xvii, 113 pages + 18 tables + 2 pictures + 15 attachments

ABSTRACT

The implementation of HIV/AIDS's case management with ineffective quality of service will impact on the the life quality of HIV/AIDS's patients. The life quality is an important component in evaluating the welfare and the life of ODHA. This study aims to determine the impact of HIV/AIDS's case management on the quality of life of HIV/AIDS's patients in the Sele Be Solu Hospital in Sorong City, West Papua.

This study used a quasy research method experiment with the pretest-posttest control group design. The population is the HIV/AIDS patients that are undergo a treatment in the Sele Be Solu Hospital in Sorong City. The research samples are 66 respondents, the statistic test that are used are paired t-test, Independent t-test and simple linear regression.

The result from 33 respondents of intervention group and 33 control group showed that there are significant difference in the quality of life of HIV/AIDS's patients before and after receiving training in the intervention group (p value 0.000) with the average increase value of 14.06, while the control group is 1.96.

It is concluded that there are a significant impact of HIV/AIDS case toward the life quality of the HIV/AIDS patients. Where every increasing value of case management are capable to increase the life quality of patients as much as 0,259.

Keywords: Management of HIV / AIDS cases, Quality of Life, HIV / AIDS.

Reference: 55 (2003 until 2013)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) merupakan kumpulan gejala atau sindrom dan infeksi yang timbul karena rusaknya sistem kekebalan tubuh manusia yang disebabkan oleh infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) yang termasuk family *retroviridae*. Penyebaran virus HIV ini dapat melalui cairan tubuh seperti darah, berbagi jarum suntik atau peralatan lain yang digunakan antar sesama pengguna narkotika atau melakukan hubungan seksual tanpa pengaman dengan penderita infeksi HIV. Wanita hamil yang terinfeksi HIV juga dapat menularkan virus tersebut kepada janin yang dikandung selama masa kehamilan, persalinan atau menyusui.^{1,2}

Sejak penemuan kasus HIV/AIDS pertama kali di dunia yang dilaporkan terjadi pada tahun 1981, kasus ini terus berkembang pesat diseluruh belahan dunia. Pada tahun 2013, tercatat ada 35 juta orang hidup dengan HIV yang meliputi 16 juta perempuan dan 3,2 juta anak berusia < 15 tahun. Jumlah infeksi baru HIV pada tahun 2013 sebesar 2,1 juta yang terdiri dari 1,9 juta dewasa dan 240.000 anak berusia < 15 tahun. Jumlah kematian akibat AIDS sebanyak 1,5 juta yang terdiri dari 1,3 juta dewasa dan 190.000 anak berusia < 15 tahun. Kawasan Asia Tenggara, HIV/AIDS merupakan masalah kesehatan publik yang utama dengan perkiraan 3,6 juta orang terinfeksi HIV pada tahun 2007 dengan kematian sebanyak 300.000 orang.

Lima Negara di Asia Tenggara dan Asia Selatan dengan kasus HIV/AIDS yang terbanyak adalah India, Thailand, Myanmar, Indonesia dan Nepal.^{2,3}

Di Indonesia, sejak pertama kali kasus AIDS ditemukan di Bali pada tahun 1987, perkembangan jumlah kasus AIDS maupun HIV positif cenderung meningkat setiap tahunnya. Perkembangan epidemi HIV/AIDS di Indonesia merupakan salah satu yang tercepat di Asia. Data statistik kasus HIV/AIDS di Indonesia yang dilaporkan sampai dengan Bulan September 2014 oleh Ditjen PP & PL Kementerian Kesehatan RI, Jumlah kasus AIDS tertinggi dilaporkan Papua 10.184, Jawa timur 8.976, DKI Jakarta 7.477 dan Bali 4.261, sedangkan rate kumulatif kasus AIDS Nasional sampai dengan September 2014 adalah 23,48 per 100.000 penduduk, dengan rate kumulatif kasus AIDS tertinggi dilaporkan di Papua, West Papua/Papua Barat, Bali, DKI Jakarta. Tanah Papua sudah memasuki tingkat epidemi meluas (*generalized epidemic*).^{2,4,5}

Kota sorong merupakan kota dengan jumlah kasus HIV/AIDS terbanyak di Propinsi Papua Barat. Data jumlah kasus HIV /AIDS sejak tahun 2003 sampai Juni 2014 dimana layanan VCT didirikan dan mencakup wilayah Kota dan Kabupaten Sorong, Sorong selatan, Raja Ampat, Tambrauw, Maybrat, Kaimana, Fak – fak dan Bintuni yaitu sebanyak 1.755 pengidap HIV dan 1.449 orang dengan AIDS.

Masalah HIV/AIDS menyebabkan banyak tenaga kerja produktif meninggal, jumlah yatim piatu meningkat, kemiskinan meningkat, pelayanan sosial dan kesehatan terbebani. HIV/AIDS merupakan ancaman besar bagi

kesehatan masyarakat, seluruh sektor sosial dan pembangunan. HIV/AIDS dapat menyebabkan pertumbuhan *GROSS DOMESTIC PRODUCT* (GDP) turun sampai 15 % per tahun. Epidemik HIV/AIDS juga menghambat upaya pencapaian *Millenium Development Goals* (MDGs) secara umum⁵.

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia telah menetapkan sebanyak 278 rumah sakit rujukan ODHA berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 780/MENKES/SK/IV/2011 tentang Penetapan Lanjutan Rumah Sakit Rujukan Bagi Orang dengan HIV yang tersebar di hampir semua provinsi. Dari laporan situasi perkembangan HIV/AIDS di Indonesia sampai dengan September 2011 tercatat jumlah ODHA yang mendapatkan terapi ARV sebanyak 22.843 dari 33 provinsi dan 300 kabupaten/kota, dengan rasio laki – laki dan perempuan 3 : 1, dan persentase tertinggi pada kelompok usia 20 – 29 tahun.^{5,6}

Upaya meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi – tingginya bagi pasien HIV/AIDS, pelayanan kesehatan dituntut untuk dapat memfasilitasi pasien agar mendapatkan kehidupan yang berkualitas. Perawat sebagai bagian integral dari tim pelayanan kesehatan sangat berperan penting dalam mengupayakan terwujudnya kehidupan yang berkualitas bagi pasien HIV/AIDS dengan cara memberikan asuhan keperawatan yang bersifat komprehensif dan holistik⁶.

Asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien HIV/AIDS diarahkan kepada mengurangi risiko infeksi, membantu pasien dengan berbagai tindakan medis yang bertujuan untuk mengatasi infeksi, memperbaiki

status nutrisi pasien dan mempertahankan fungsi usus serta kandung kemih. Hal ini difokuskan terhadap asuhan pada kebutuhan klien secara holistik meliputi upaya mengembalikan kesehatan emosi, spiritual dan sosial. Penelitian sebelumnya menyatakan perawat yang dianggap orang yang paling memiliki informasi yang baik, sangat terampil dan dianggap penting untuk semua sistem kesehatan nasional, justru tidak memberikan asuhan keperawatan yang maksimal dan lebih sering melakukan penolakan terhadap pasien dengan status HIV/AIDS.^{6,7}

Penelitian sebelumnya menyatakan hampir semua perawat menyatakan bahwa kondisi pasien HIV/AIDS membutuhkan perawatan yang maksimal. Keadaan ini disebabkan oleh penurunan kondisi fisik pasien HIV/AIDS yang diakibatkan virus HIV menyerang sistem imun tubuh.⁸ Hal ini sesuai dengan hasil penelitian lainnya di Lithuania, Esthonia dan Finlandia menyatakan bahwa dari 292 perawat 234 perawat di tiga Negara tersebut bersedia untuk merawat pasien HIV/AIDS, walaupun begitu hasil penelitian ini juga menemukan perawat menolak/menghindari pasien HIV/AIDS. Perawat cenderung membedakan kualitas asuhan keperawatan dan kuantitas interaksi dengan penderita HIV/AIDS yang sedang di rawatnya.^{8,9}

Penelitian lain juga mengungkapkan bahwa rasa trauma yang dirasakan dalam diri perawat disebabkan perawat berada pada risiko tertular HIV/AIDS dari lingkungan kerja mereka meskipun tindakan pencegahan telah disediakan. Perawat tidak bersedia memandikan dan membersihkan feases atau muntahan pasien HIV/AIDS. Tetapi perawat lebih banyak melakukan aktivitas yaitu

mendekatkan meja makan, mengganti linen, mengukur tanda vital dan member makan pasien.^{10,11}

Penelitian yang dilakukan sebelumnya menyatakan bahwa perawat tidak mengetahui tentang efek samping ARV (anti retroviral therapy) dan perawat tidak menyadari terdapat efek samping ARV, ketidaktahuan perawat dalam manfaat terapi ARV, efektifitas obat, waktu mengkonsumsi obat serta kurang memperhatikan pasien HIV/AIDS dalam mengkonsumsi terapi ARV. Kondisi ini semakin memperparah stigma yang berkembang tentang HIV/AIDS dan menurunkan kualitas pelayanan keperawatan pada pasien yang terinfeksi HIV/AIDS.¹²

Penanganan pasien HIV/AIDS perlu diperhatikan aspek kualitas hidup karena penyakit infeksi ini bersifat kronis dan progresif sehingga berdampak luas pada segala aspek kehidupan baik fisik, psikologis, sosial, maupun spiritual. Kualitas hidup adalah standar hidup yang sangat objektif dan mampu menyebabkan perasaan senang. Penelitian sebelumnya menyatakan bahwa untuk mengetahui bagaimana kualitas hidup seseorang maka dapat diukur dengan mempertimbangkan penilaian akan kepuasan seseorang terhadap status fisik, psikologis, sosial, lingkungan dan spiritual.¹³

Penelitian sebelumnya menyatakan bahwa mayoritas dari pasien dengan HIV dan pasien AIDS memiliki nilai kualitas hidup yang rendah. Hasil yang sama juga diketahui dari penelitian yang lainnya yang menyampaikan bahwa sebagian besar ODHA yang mengalami kualitas hidup yang buruk yaitu sebanyak 63 % dan 37 % lainnya mempunyai kualitas hidup yang baik.^{15,16}

RSUD Sele Be Solu Kota Sorong merupakan Rumah Sakit khusus tipe C yang dikelola oleh Pemerintah Propinsi Papua Barat. Rumah sakit tersebut memberikan pelayanan kuratif, rehabilitatif, preventif, dan promotif serta menjadi pusat rujukan penanganan pasien HIV/AIDS. Hasil data dari studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada bulan Januari 2015 ditemukan kasus karena pendokumentasian yang belum lengkap pada pasien dengan status HIV/AIDS, antara lain sebagai berikut : sistem pendokumentasian masih dilakukan secara tradisional/ *paper based*, belum semua tindakan mandiri keperawatan tercatat dalam status pasien yang disebabkan oleh perawat tidak segera melakukan pendokumentasian dan juga sering tindakan keperawatan tersebut tidak dilakukan oleh perawat dengan berbagai alasan.

Format pengkajian data keperawatan yang dimiliki RSUD Sele Be Solu Kota Sorong belum memasukkan pendokumentasian yang menyatakan kondisi dan keadaan pasien HIV/AIDS, misalnya pengkajian tentang penurunan berat badan sebelum dan selama sakit, pemahaman tentang obat ARV, kondisi psikologis pasien, infeksi oportunistik lain yang dialami oleh pasien dan intervensi yang telah diberikan belum terdokumentasikan. Format diagnosa keperawatan dan format intervensi keperawatan masih berupa format lembaran isian kosong yang harus diisi oleh perawat serta belum memuat pencapaian tujuan dan kriteria hasil keperawatan.

Data dari hasil observasi pendokumentasian asuhan keperawatan pasien HIV/AIDS oleh perawat pada status pasien yang telah pulang (di bagian

rekam medik) menunjukkan bahwa dari 25 sampel berkas ditemukan lembaran pengkajian manajemen kasus pasien HIV/AIDS masih kosong, belum lengkapnya penulisan pencatatan pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan dan tindakan keperawatan yang diberikan serta evaluasi. Hasil yang diperoleh menunjukkan kelengkapan penulisan manajemen kasus antara lain : pengkajian keperawatan 75 %, diagnosa keperawatan 70 %, intervensi keperawatan 65 %, implementasi keperawatan 79 %, evaluasi keperawatan 83%, catatan asuhan keperawatan 76 % dan ikhtisar perawatan pasien 30 %.

Hasil observasi ditemukan data : seringkali muncul keluhan pasien dan keluarga terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan misalnya terapi yang diberikan kepada pasien tidak sesuai dengan jadwal yang tentukan oleh perawat, pasien harus menunggu beberapa hari untuk mendapatkan hasil pemeriksaan penunjang seperti laboratorium, foto thorax. Tindakan keperawatan yang diberikan belum sesuai dengan standar keamanan dan keselamatan pasien misalnya pada bagian identifikasi pasien secara tepat sehingga terkadang perawat tidak mengetahui jika pasien yang dirawat adalah pasien dengan status HIV/AIDS.

Menurut kepala ruangan penyakit dalam, pasien dengan status HIV/AIDS meminta pulang paksa setelah mengetahui status HIV/AIDS dan tidak melakukan kunjungan kembali karena tidak adanya tindaklanjut perawatan yang diterima setelah pasien pulang. Kurangnya kerjasama antara perawat di ruangan dengan petugas VCT menyebabkan beberapa kasus pasien dengan status HIV/AIDS tidak mendapatkan penanganan yang baik. Keluhan

dari keluarga pasien terhadap pelayanan keperawatan sering terjadi karena anggota keluarganya yang sakit terkesan kurang diperhatikan dan penanganan yang diberikan dirasakan lambat.

Hasil wawancara yang dilakukan peneliti kepada Bidang Keperawatan di Rumah Sakit Sele Be Solu Kota Sorong Papua Barat, jumlah pasien HIV/AIDS yang dirawat di ruang rawat inap RSUD Sele Be Solu Kota Sorong rata – rata perbulan sebanyak 30 pasien. Hal ini disebabkan karena pasien HIV/AIDS yang ditemukan rata-rata sudah stadium AIDS sehingga perawatan dan pengobatan sangat dibutuhkan. Pasien HIV/AIDS yang dirawat di ruang rawat inap ini dengan berbagai kasus antara lain : TBC paru, diare kronis, kandidiasis mulut, IMS berulang, demam lebih dari 1 minggu disertai penurunan berat badan, efek samping obat ARV, Anemia, Kelelahan yang berkepanjangan tanpa sebab yang jelas.

Hasil pengamatan yang dilakukan oleh peneliti di ruang perawatan RSUD Sele Be Solu Kota Sorong serta wawancara yang dilakukan kepada kepala ruang dan perawat pelaksana, kualitas dari diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan dan *outcomes* keperawatan tersebut masih perlu ditingkatkan, seperti pernyataan diagnosis yang tidak sesuai dengan formula NANDA, etiologi yang tidak sesuai dengan diagnosis serta etiologi yang tidak konsisten dengan tanda dan gejala yang ditemukan pada pasien. Selain itu ditemukan pula, pernyataan intervensi yang kurang jelas dan konkrit, serta tidak sesuai dengan diagnosis yang telah ditetapkan. Begitupun dengan *outcome* keperawatan, Kriteria hasil yang ditetapkan belum akurat dan masih

kurang dievaluasi sesuai dengan jadwal berkala yang telah ditetapkan. Pihak manajerial rumah sakit telah berusaha semaksimal mungkin untuk lebih mendorong para perawat melakukan dokumentasi keperawatan sesuai dengan standar asuhan keperawatan akan tetapi dari tahun ke tahun belum ada perkembangan yang signifikan terkait dengan pendokumentasian keperawatan.

B. Perumusan Masalah

Latar belakang masalah diatas, ditemukan masalah peningkatan jumlah penderita HIV/AIDS dan kualitas hidup pasien HIV/AIDS yang rendah. Peningkatan jumlah penderita HIV/AIDS ini tidak lepas dari kurangnya peranan dari pemberi pelayanan kesehatan terutama perawat dalam menanggapi pasien HIV/AIDS yang datang ke pelayanan kesehatan. Aspek kualitas hidup pada pasien HIV/AIDS sangat penting untuk diperhatikan karena penyakit ini bersifat kronis sehingga berdampak luas pada masalah fisik, psikologis, sosial, maupun spiritual.

Berdasarkan fenomena tersebut, maka peneliti ingin menganalisis lebih mendalam tentang pengaruh manajemen kasus HIV/AIDS terhadap kualitas hidup pasien HIV/AIDS di Rumah Sakit Umum Daerah Sele Be Solu Kota Sorong Papua Barat.

C. Pertanyaan Penelitian

Pertanyaan pada penelitian ini adalah apakah manajemen kasus HIV/AIDS mempengaruhi kualitas hidup pasien HIV/AIDS di Rumah Sakit Umum Daerah Sele Be Solu Kota Sorong Papua Barat.

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui pengaruh manajemen kasus HIV/AIDS terhadap kualitas hidup pasien HIV/AIDS di Rumah Sakit Umum Daerah Sele Be Solu Kota Sorong Papua Barat.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui karakteristik pasien HIV/AIDS yang menjalani perawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Sele Be Solu Kota Sorong Papua Barat.
- b. Mengidentifikasi manajemen kasus HIV/AIDS di Rumah Sakit Umum Daerah Sele Be Solu Kota Sorong Papua Barat.
- c. Mengidentifikasi kualitas hidup pasien HIV/AIDS yang menjalani perawatan di Rumah Sakit Sele Be Solu Kota Sorong Papua Barat.
- d. Menganalisa perbedaan manajemen kasus HIV/AIDS perawat pelaksana sebelum dan sesudah mendapatkan pelatihan.
- e. Menganalisa perbedaan kualitas hidup pasien HIV/AIDS sebelum dan sesudah diberikan pelatihan kepada perawat.

E. Manfaat Penelitian

1. Bagi Pelayanan

- a. Menambah pengetahuan dan kesadaran perawat tentang pentingnya manajemen kasus HIV/AIDS pada penanganan pasien HIV/AIDS sehingga pelayanan yang diberikan semakin berkualitas dan professional.

- b. Sebagai bahan masukan agar perawat memberikan asuhan keperawatan secara holistik yang meliputi bio-psiko-sosio-spiritual sehingga akan meningkatkan kualitas hidup pasien HIV/AIDS secara menyeluruh.
- c. Sebagai bahan acuan dalam mengembangkan asuhan keperawatan yang dapat lebih berkontribusi positif pada pasien HIV/AIDS untuk dapat meningkatkan kualitas hidup secara optimal.

2. Bagi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat menambah khasanah keilmuan keperawatan tentang Pengaruh Manajemen kasus HIV/AIDS Terhadap Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS. Selanjutnya, hal tersebut dapat menjadi informasi dasar dalam penyusunan kurikulum pembelajaran yang tepat mengenai asuhan keperawatan khusus pada pasien HIV/AIDS pada jenjang pendidikan keperawatan.

3. Bagi Penelitian

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai data dasar dalam melaksanakan penelitian lebih lanjut yang berkaitan dengan topik permasalahan yang sama.

F. Keaslian Penelitian

Penelitian serupa dilakukan oleh peneliti sebelumnya, perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah seperti yang terlihat dalam tabel 1.1 di bawah ini :

No	Peneliti	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Rostini Tahun 2010 di Kota Bandung	Faktor – faktor yang Berhubungan dengan Sikap Petugas Puskesmas terhadap Orang Dengan HIV-AIDS dalam Pelayanan Kesehatan HIV/AIDS.	Kuantitatif	Hasil penelitian didapatkan 59.6% petugas puskesmas bersikap negatif terhadap ODHA.
2.	Maisarah tahun 2012 di RSUP Haji Adam Malik Medan	Gambaran kualitas hidup pasien HIV/AIDS yang menjalani perawatan di RSUP Haji Adam Malik Medan	Kualitatif	Dari 17 responden sebanyak 70,58 % mempunyai kualitas hidup buruk, 29,41 % mempunyai kualitas hidup baik.
3.	Heni Kusuma tahun 2011 di RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta	Hubungan antara depresi dan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS yang menjalani perawatan di RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta	Metode kuantitatif	Dari 92 responden sebanyak 63,0 % mempunyai kualitas hidup kurang baik, 51,1 % mengalami depresi, dukungan keluarga <i>non-</i> <i>supportif</i> 55,4 %

4.	Agung Purnomo Tahun 2009	Faktor – faktor yang berhubungan dengan tingkat kecemasan pada perawat dalam merawat pasien dengan HIV/AIDS di RS. Pelni Jakarta.	Kuantitatif	Ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dengan tingkat kecemasan perawat dalam merawat pasien dengan HIV/AIDS. ($0,031 < p \text{ value} < \alpha$ 0,05).
5.	Maria Selano tahun 2015 di RSUD Sele Be Solu Kota Sorong	Pengaruh manajemen kasus HIV/AIDS terhadap kualitas hidup pasien HIV/AIDS di RSUD Sele Be Solu Kota Sorong	Kuantitatif	

Penelitian – penelitian sebelumnya, didalam tabel diatas menunjukkan adanya hubungan antara tingkat pengetahuan dengan tingkat kecemasan perawat dalam merawat pasien dengan HIV/AIDS, 59.6% petugas puskesmas bersikap negatif terhadap ODHA, dari 92 responden sebanyak 63,0 % mempunyai kualitas hidup kurang baik, 51,1 % mengalami depresi, dukungan keluarga *non-supportif* 55,4 %.

Perbedaan antara penelitian yang sebelumnya dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti adalah pada penelitian ini dilakukan intervensi pelatihan Manajemen Kasus HIV/AIDS untuk mengetahui pengaruh Manajemen kasus HIV/AIDS terhadap Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS di RSUD Sele Be Solu Kota Sorong Papua Barat, dengan jenis penelitian kuantitatif dengan menggunakan rancangan penelitian *quasi experiment* dengan pendekatan *pretest – posttest control group design*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS

a. Pengertian Kualitas Hidup

Kualitas hidup merupakan suatu ide yang abstrak yang tidak terkait oleh tempat atau waktu, bersifat situasional dan meliputi berbagai konsep yang saling tumpang tindih. Kualitas hidup merupakan suatu model konseptual, yang bertujuan untuk menggambarkan perspektif seseorang dengan berbagai macam istilah terhadap dimensi kehidupan. Dengan demikian pengertian kualitas hidup ini akan berbeda bagi orang sakit dan orang sehat.²⁸

Kualitas hidup seseorang tidak dapat didefinisikan dengan pasti, hanya orang tersebut yang dapat mendefinisikannya karena kualitas hidup merupakan suatu yang bersifat subjektif. Terdapat dua komponen dasar dari kualitas hidup yaitu subjektivitas dan multidimensi. Subjektivitas mengandung arti bahwa kualitas hidup hanya dapat ditentukan dari sudut pandang orang itu sendiri. Sedangkan, multidimensi bermakna bahwa kualitas hidup dipandang dari seluruh aspek kehidupan seseorang secara holistic meliputi aspek biologis/fisik, psikologis, sosial, spiritual, dan lingkungan.³⁶ Untuk mengetahui bagaimana kualitas hidup seseorang maka dapat diukur

dengan mempertimbangkan penilaian akan kepuasan seseorang terhadap status fisik, psikologis, sosial dan lingkungan.¹³

Kualitas hidup dapat berarti kehidupan yang baik dan kehidupan yang baik berarti mempunyai hidup dengan kualitas yang tinggi. Kualitas hidup merupakan konsep yang meliputi fisik dan psikologis secara keseluruhan dalam menilai persoalan sosial dan kehidupan.² Kualitas hidup secara umum adalah keadaan individu dalam lingkup kemampuan, keterbatasan, gejala dan sifat psikososial untuk berfungsi dan menjalankan bermacam – macam perannya secara memuaskan.³⁰

Aspek yang paling banyak berkaitan dengan kualitas hidup adalah *wellbeing, satisfaction with life, & happiness*. *Wellbeing* berarti hidup yang sejahtera, tidak hanya arti hidup yang superficial, termasuk pemenuhan kebutuhan dan realisasi diri. *Satisfaction with life* berarti perasaan bahwa hidup adalah sesuatu yang memang sudah seharusnya. Ketika harapan, kebutuhan, dan keinginan seseorang terpenuhi maka orang tersebut akan puas.³⁰

Kepuasan adalah pernyataan mental *happiness* yang berarti bahagia, merupakan sesuatu yang terdapat dalam diri seseorang yang melibatkan keseimbangan khusus di dalam dirinya. Aspek yang berkaitan dengan kualitas hidup tersebut berkaitan dengan hal yang fundamental dengan kehidupan yang dikarakteristikan dengan

keadaan biologi, psikologis, dan sosial yang memberikan pemahaman tentang apa yang kita percayai terkait hidup dan realita.²⁹

b. Faktor – faktor yang mempengaruhi Kualitas Hidup

Berdasarkan surveilans kualitas hidup terkait kesehatan di Amerika Serikat dari Tahun 1993 – 2002, didapatkan beberapa faktor yang menentukan kualitas hidup adalah sebagai berikut : Jenis kelamin, umur, etnis/ras, status pernikahan, pendidikan, penghasilan, status pekerjaan, asuransi kesehatan, serta faktor kesehatan.³¹

Faktor tersebut diatas dapat dibedakan menjadi faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal yang berpengaruh terhadap kualitas hidup sebagai berikut : 1) Jenis kelamin, wanita mempunyai kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan laki – laki, 2) Umur, penduduk dengan usia > 75 tahun (33,2 %) mempunyai kualitas hidup yang buruk dibandingkan usia muda 18 – 24 tahun hanya 7,5 %, 3) Etnis ras, 4) Faktor kesehatan, yaitu adanya penyakit kronik yang dialami seseorang akan menurunkan kualitas hidup³².

Faktor eksternal yang berhubungan dengan kualitas hidup sebagai berikut : 1) Status pernikahan, yakni individu yang belum menikah dan bercerai mempunyai kualitas hidup yang lebih buruk dibandingkan individu yang berstatus menikah, 2) Pendidikan, individu dengan pendidikan sekolah menengah ke bawah mempunyai kualitas hidup yang lebih buruk dibandingkan dengan individu yang berpendidikan tinggi, 3) Penghasilan, penduduk dengan penghasilan

yang tidak bisa mencukupi kebutuhan hidup sehari-hari mempunyai kualitas hidup yang buruk, 4) Status pekerjaan, seseorang yang sudah pensiun dan orang yang tidak bekerja mempunyai kualitas hidup yang buruk dibandingkan orang yang bekerja, 5) Asuransi kesehatan, seseorang yang tidak mempunyai asuransi kesehatan mempunyai kualitas hidup yang buruk, 6) Nilai dan kepercayaan keluarga. Faktor lain yang mempengaruhi kualitas hidup sangat banyak seperti keuangan, kesehatan, keamanan, keadaan lingkungan, dukungan keluarga, dan lingkungan sekitarnya.³²

Penelitian sebelumnya mengidentifikasi faktor yang menentukan kualitas hidup adalah jenis kelamin, laki – laki mempunyai kualitas hidup lebih baik dibandingkan wanita, seseorang yang menikah, berpendidikan tinggi, dan mempunyai aktivitas tertentu seperti pekerja sukarela mempunyai kualitas hidup yang lebih baik.³³

Penelitian lain juga menyatakan beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup dan didapatkan hasil sebagai berikut : 1) Seseorang dengan penyakit kronik akan mempunyai kualitas hidup yang lebih buruk, 2) Seseorang dengan usia 65 – 67 tahun mempunyai kualitas hidup yang lebih buruk, 3) Wanita mempunyai masalah depresi dan cemas yang lebih tinggi dan berpengaruh terhadap kualitas hidup yang lebih buruk, 4) Pelajar mempunyai kualitas hidup yang lebih baik.³³

c. Kualitas Hidup Penderita HIV/AIDS

Penelitian sebelumnya membandingkan kualitas hidup penderita HIV/AIDS dengan populasi umum pada 154 pasien HIV/AIDS di salah satu rumah sakit yang ada di London menyimpulkan bahwa kualitas hidup penderita HIV/AIDS lebih rendah dibandingkan dengan populasi umum. Sedangkan, dari hasil penelitian yang lainnya didapatkan 62,6 % pasien HIV memiliki kualitas hidup yang buruk.¹⁴

Hasil yang sama juga diketahui dari hasil penelitian yang lain yang mendapatkan mayoritas dari pasien dengan HIV baik yang asimtomatik maupun yang simtomatik serta pasien AIDS memiliki nilai kualitas hidup yang rendah.¹⁵

d. Faktor – faktor yang mempengaruhi kualitas hidup Penderita HIV/AIDS

Faktor – faktor yang mempengaruhi kualitas hidup orang yang hidup dengan HIV/AIDS diantaranya sebagai berikut³⁴ :

- 1) Kesehatan fisik, yaitu kemampuan organ tubuh untuk berfungsi secara optimal sehingga dapat melakukan aktivitas sehari – hari secara mandiri untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Adanya infeksi virus HIV yang menyerang organ tubuh yang vital yaitu sistem imun seseorang akan berdampak cukup fatal bagi kesehatan fisik seseorang. Dimana pada kondisi ini seseorang harus berusaha mencegah dirinya terinfeksi kuman atau virus lain

yang dapat memperburuk keadaannya. Pada kondisi ini, seseorang masih dapat bertahan hidup melakukan kegiatan sehari – hari seperti biasa sampai ia dinyatakan positif menderita AIDS, yang mana perjalanan HIV menjadi AIDS secara umum bervariasi dari 3 – 13 tahun, tetapi ada juga sebagian orang yang mengalami waktu terpendek antara 3 bulan – 3 tahun. Selain itu, penelitian yang lain juga menyatakan bahwa kesejahteraan fisik didapatkan dari kepuasan pasien terhadap adaptasi atau terbebas dari keluhan fisik yang dirasakan terkait penyakit seperti nyeri, kelemahan, kualitas tidur, dan gejala lain terkait infeksi oportunistik yang di derita.

- 2) Psikologis/emosional, yaitu kemampuan untuk menciptakan perasaan senang dan puas terhadap suatu peristiwa atau kejadian yang dialami dalam kehidupan seseorang sehingga terhindar dari timbulnya masalah – masalah psikologis. Kondisi emosional ODHA yang tidak stabil karena adanya berbagai keterbatasan membuat ODHA merasa frustrasi atau kecewa dan akhirnya menimbulkan masalah depresi, yang merupakan masalah psikologis terbesar pada ODHA. Masalah psikologis lainnya yang juga sering dialami ODHA adalah kecemasan, paranoid, mania, iritabel, harga diri rendah, *body image* yang buruk, ketidakmampuan berkonsentrasi, dan psikosis. Berbagai masalah psikologis ini akan mempengaruhi kemampuan ODHA untuk

berpartisipasi secara penuh dalam pengobatan dan perawatan dirinya sehingga akan berdampak terhadap kualitas hidup ODHA.

- 3) Sosial, yaitu kemampuan seseorang untuk membina hubungan interpersonal dengan orang lain, dimana hubungan yang terbina adalah hubungan yang mempunyai kerekatan dan keharmonisan. Bagi ODHA, salah satu masalah sosial terbesar yang dialaminya adalah isolasi sosial dari keluarga maupun masyarakat. Stigma yang berkembang di masyarakat terhadap ODHA membuat masyarakat cenderung bersikap mengucilkan. Kondisi ini akan membuat ODHA semakin menutup dirinya dari kehidupan sosialnya sehingga semakin memperburuk kondisi ODHA, terutama ODHA yang sebelum terinfeksi virus HIV adalah seorang pekerja. ODHA yang dikeluarkan dari pekerjaannya setelah diketahui terinfeksi HIV, akan mengalami masalah sosial yang cukup serius dan mempengaruhi kualitas hidupnya.²⁵
- 4) Tingkat kemandirian, yaitu kemampuan seseorang untuk berfungsi secara optimal dan mandiri dalam kehidupannya sehari – hari meliputi bekerja, melakukan transaksi di bank, belanja, belajar, membersihkan rumah, merawat diri, berpakaian, menyiapkan makan dan *toileting*. Orang dengan HIV/AIDS mempunyai berbagai keterbatasan fungsi, sehingga membutuhkan dukungan sosial dari berbagai pihak, khususnya orang – orang yang berada di sekitarnya seperti pasangan, anak, keluarga, atau teman dekat.

- 5) Lingkungan, yaitu kepuasan terhadap keamanan fisik, lingkungan rumah, sumber financial, pelayanan kesehatan, akses informasi, kesempatan untuk ikut dalam aktivitas rekreasi, lingkungan fisik (polusi, bising, cuaca, dan lain – lain), serta sarana transportasi.
- 6) Spiritual, meliputi kemampuan dalam menemukan arti kehidupan dan menjalankan ibadah sesuai dengan agama yang dianutnya secara bebas. ODHA yang menyadari penyakit yang di deritanya adalah merupakan cobaan dari Tuhan untuk menguji umatNya, maka akan lebih meningkatkan keimanannya sehingga ia memperbaiki dirinya dengan lebih mendekati diri pada Tuhannya. Hal ini akan berdampak pada kualitas hidup ODHA.
- 7) Manajemen kasus
Manajemen kasus merupakan pelayanan terpadu dan berkesinambungan yang diberikan kepada ODHA untuk dapat menghadapi permasalahan dalam hidupnya.³⁵
Manajemen kasus merupakan salah satu layanan untuk membantu dan mendukung orang dengan HIV/AIDS untuk memenuhi kebutuhan biopsikososial dan spiritual. Pelayanan yang diperlukan, rujukan yang sesuai serta perencanaan yang baik mendukung kualitas hidup ODHA. Dengan pelayanan yang bersifat komprehensif dan berkesinambungan yang melibatkan suatu jaringan kerja di antara semua sumber daya yang ada dalam

rangka memberikan pelayanan dan perawatan yang holistic, komprehensif dan dukungan yang luas bagi ODHA.

e. Cara pengukuran kualitas hidup

Ada beberapa instrument yang dikembangkan untuk menilai kualitas hidup. Diantaranya ada yang bersifat umum dan ada yang khusus untuk kasus penyakit tertentu (dalam hal ini HIV/AIDS), yakni sebagai berikut :^{31,37,38}

1) WHO QOL-BREF

Model konsep kualitas hidup dari WHO (*The World Health Organization Quality of life / WHOQOL*) mulai berkembang sejak tahun 1991. Kualitas hidup sangat berhubungan dengan aspek atau domain yang akan dinilai yang meliputi : fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan.

Instrumen ini terdiri dari 26 item pertanyaan dan setiap item memiliki skor 1 – 5, yang terdiri dari 4 domain yaitu : a) domain kesehatan fisik yang terdiri dari : rasa nyeri, energi, istirahat, tidur, mobilisasi, aktivitas, pengobatan dan pekerjaan; b) domain psikologi yang terdiri dari : perasaan positif dan negative, cara berpikir, harga diri, *body image*, spiritual; c) domain hubungan sosial yang terdiri dari : hubungan individu, dukungan sosial, aktifitas seksual; d) domain lingkungan meliputi: keamanan fisik, lingkungan rumah, sumber keuangan,

fasilitas kesehatan, mudahnya mendapatkan informasi, kesehatan, rekreasi, dan transportasi.

Dari 26 item pertanyaan tersebut, 2 item pertanyaan merupakan pertanyaan secara umum tentang kualitas hidup dan kepuasan terhadap kesehatan yang tidak diikuti dalam perhitungan. Perhitungan untuk menentukan skor kualitas hidup di dapatkan dari penjumlahan semua skor yang didapat dari tiap item yang ada dalam 4 domain. Uji reliabilitasnya dengan alpha Cronbach 0,05, $r = 0,91$.

2) SF-36 *Health Survey*

SF-36 adalah instrument survey kesehatan yang singkat dengan 36 pertanyaan. Untuk mencapai beberapa tujuan SF-36 digunakan sejak tahun 1970 oleh Ware & Sherbourne dan distandarkan pada tahun 1990. SF-36 terdiri dari 2 domain yaitu domain fisik dan domain mental.

Setiap domain terdiri dari 4 sub area. Setiap sub area terdiri dari beberapa pertanyaan. Sub area pada domain fisik terdiri *physical function* (10 pertanyaan tentang semua aktivitas fisik termasuk mandi dan berpakaian), *role physical* (4 pertanyaan tentang pekerjaan dan aktifitas sehari – hari), *bodily pain* (2 pertanyaan tentang rasa sakit yang dirasakan), dan *general health* (5 pertanyaan tentang kesehatan individu). Sedangkan sub area pada domain mental terdiri dari mental health (5 pertanyaan

tentang perasaan seperti depresi, senang), *role emotional* (3 pertanyaan tentang masalah pekerjaan yang berdampak pada status emosi), *social function* (3 pertanyaan tentang aktivitas sosial yang berkaitan tentang masalah fisik dan emosi), dan *vitality* (4 pertanyaan tentang vitalitas yang di rasakan oleh pasien). Uji reliabilitas untuk skor fisik dan mental adalah 0,80 dan r tabel = 0,40.

3) WHOQOL-HIV BREF

WHO QOL- HIV BREF adalah instrument yang dikembangkan oleh WHO khusus untuk mengkaji kualitas hidup pada penderita HIV/AIDS. Instrumen ini disusun dari instrument WHOQOL-BREF yang disesuaikan dengan kondisi yang dihadapi pasien HIV/AIDS. Instrumen ini baru distandarkan oleh WHO pada tahun 2002. Instrumen ini terdiri dari 31 item pertanyaan yang meliputi 2 pertanyaan tentang kualitas hidup dan kesehatan secara umum dan sisanya mencakup 6 domain.

Enam domain tersebut yaitu : a) domain fisik, terdiri dari 4 pertanyaan (nyeri & *discomfort*, energy & fatigue, tidur & istirahat, gejala penyakit); b) domain psikologis, mencakup 5 pertanyaan (perasaan positif & negative, harga diri, proses pikir, proses belajar, memori & konsentrasi, *body image*); c) tingkat kemandirian, meliputi 4 pertanyaan (kemandirian, mobilitas, aktivitas sehari – hari, ketergantungan pada pengobatan, kapasitas

kerja); d) hubungan sosial terdiri dari 4 pertanyaan (hubungan personal, dukungan sosial, aktifitas seksual, penerimaan sosial); e) lingkungan, mencakup 8 pertanyaan (keamanan fisik, lingkungan rumah, sumber financial, pelayanan kesehatan, kemudahan mendapatkan informasi, kesempatan untuk aktivitas rekreasi, lingkungan fisik : polusi, bising, transportasi); f) Spiritual /religi/ keyakinan personal, meliputi 4 pertanyaan (spiritual, pengampunan, kepedulian terhadap masa depan, kematian).

Dari setiap pertanyaan terdapat 5 pilihan jawaban yang jenisnya beragam disesuaikan dengan tujuan yang ingin dikaji pada setiap item pertanyaan.

2. Manajemen Keperawatan

a. Konsep dan Proses Manajemen Keperawatan

Manajemen merupakan suatu pendekatan yang dinamis dan proaktif dalam menjalankan suatu kegiatan di organisasi. Manajemen tersebut mencakup kegiatan *planning, organizing, actuating, controlling* (POAC) terhadap staf, sarana, dan prasarana dalam mencapai tujuan organisasi. Manajemen juga diartikan sebagai suatu organisasi bisnis yang difokuskan pada produksi dan banyak hal lain untuk menghasilkan suatu keuntungan.¹⁷

Manajemen didefinisikan sebagai suatu proses dalam menyelesaikan pekerjaan melalui orang lain, sedangkan manajemen

keperawatan adalah suatu proses bekerja melalui anggota staff keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan secara professional. Manajer keperawatan dituntut untuk merencanakan, mengorganisasi, memimpin, dan mengevaluasi sarana dan prasarana yang tersedia untuk dapat memberikan asuhan keperawatan yang seefektif dan seefisien mungkin bagi individu, keluarga dan masyarakat.¹⁸

Proses manajemen keperawatan sejalan dengan proses keperawatan sebagai satu metode pelaksanaan asuhan keperawatan secara professional, sehingga diharapkan keduanya dapat saling mendukung. Sebagaimana proses keperawatan, manajemen keperawatan terdiri atas pengumpulan data, identifikasi masalah, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi hasil.^{17,18}

b. Proses Manajemen Keperawatan

Proses adalah suatu rangkaian tindakan yang mengarah pada suatu tujuan. Di dalam proses manajemen keperawatan, bagian akhir adalah perawatan yang efektif dan ekonomis bagi semua kelompok pasien. Proses manajemen keperawatan terdiri dari¹⁹ :

1) Pengkajian dan Pengumpulan Data

Pada tahap ini perawat dituntut tidak hanya mengumpulkan informasi tentang keadaan pasien, melainkan juga mengenai institusi (rumah sakit/puskesmas), tenaga keperawatan,

administrasi dan bagian keuangan yang akan mempengaruhi fungsi organisasi keperawatan secara keseluruhan.

Manajer perawat yang efektif harus mampu memanfaatkan proses manajemen dalam mencapai suatu tujuan melalui usaha orang lain. Manajer bekerja berdasarkan informasi penuh dan akurat tentang apa yang perlu dan harus diselesaikan, dengan cara apa, untuk alasan apa, tujuannya apa, dan sumber daya apa yang tersedia untuk melaksanakan rencana itu. Selanjutnya, manajer yang efektif harus mampu mempertahankan tingkat efisiensi yang tinggi pada salah satu bagian dengan menggunakan ukuran pengawasan untuk mengidentifikasi, manajer mengevaluasi apakah rencana tersebut perlu diubah atau prestasi karyawan yang perlu dikoreksi.

2) Perencanaan

Perencanaan adalah menyusun langkah strategis dalam mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan antara lain menentukan kebutuhan dalam asuhan keperawatan kepada semua pasien, menegakkan tujuan, mengalokasikan anggaran belanja, memutuskan ukuran dan tipe tenaga keperawatan yang dibutuhkan, membuat pola struktur organisasi yang dapat mengoptimalkan efektifitas staf serta menegakkan kebijaksanaan dan prosedur operasional untuk mencapai visi dan misi yang telah ditetapkan.

3) Pelaksanaan

Pada tahap ini Manajemen Keperawatan memerlukan kerja melalui orang lain, maka tahap implementasi di dalam proses manajemen terdiri dari dan bagaimana memimpin orang lain untuk menjalankan tindakan yang telah direncanakan.

4) Evaluasi

Tahap akhir dari proses manajerial adalah melakukan evaluasi seluruh kegiatan yang telah dilaksanakan. Pada tahap ini manajemen akan memberikan nilai seberapa jauh staf mampu melaksanakan tugasnya dan mengidentifikasi faktor – faktor yang menghambat dan mendukung dalam pelaksanaan.

3. Manajemen Kasus HIV/AIDS

a. Pengertian

Manajemen kasus HIV/AIDS merupakan pelayanan yang berkesinambungan yang melibatkan atau bekerjasama dengan sektor lain, diantaranya dokter, perawat, psikolog, LSM, pejabat pemerintahan, keluarga dan masyarakat.²² Manajemen kasus adalah jasa atau layanan yang mengkoordinasi bantuan dari berbagai lembaga dan badan penyedia dukungan medis, psikososial, dan praktis bagi orang – orang yang membutuhkan bantuan tersebut.²¹

Manajemen kasus adalah salah satu metode pelayanan yang biasa dipergunakan untuk membantu ODHA. Pelayanan manajemen kasus menggunakan pendekatan pada individu secara holistik dan

terpadu yang mengkoordinasikan sistem – sistem sumber yang ada di lingkungannya (lembaga pemerintah atau non pemerintah, keluarga dan sebagainya untuk memenuhi kebutuhan dan pemecahan masalahnya.²⁰

Pendekatan manajemen kasus mempunyai tiga sisi utama yaitu bio, psiko dan sosial. Manajemen kasus ini berkonsentrasi pada upaya meningkatkan kondisi kesehatan pasien berdasarkan intervensi perawat yang spesifik, dalam kegiatannya manajemen kasus dilakukan oleh seorang manajer kasus.²¹

b. Tahapan Manajemen Kasus

Proses manajemen kasus HIV/AIDS dibagi dalam lima tahapan antara lain²¹ :

1) *Intake*/Penerimaan awal

Proses manajemen kasus HIV dimulai dengan wawancara awal dan dalam banyak situasi dikombinasikan dengan penerimaan. Tujuan utama wawancara awal adalah membangun hubungan yang menyenangkan yang memfasilitasi pengembangan hubungan kerja kolaboratif dan membangun citra manajer kasus sebagai penghubung. Informasi tentang cakupan pelayanan yang tersedia juga dipadukan dalam wawancara awal.

Selama penerimaan itu, dilakukan penilaian awal kebutuhan klien dengan tujuan menjembatani kesenjangan antara kebutuhan pelayanan dan sumber daya sistem. Dalam tahap ini

dilakukan tinjauan hak – hak dan kewajiban klien serta prosedur mengajukan keluhan bila terjadi pelayanan yang tidak sesuai dan diperoleh persetujuan klien untuk mendaftarkannya dalam sistem penyediaan pelayanan.

Informasi yang diperlukan untuk mendaftarkan klien mencakup konfirmasi dan tanggal diagnosis pertama AIDS atau tes antibody pertama yang menunjukkan positif terjangkit HIV, status asuransi kesehatan, tahap penyakit HIV, sumber terkena HIV, *CD4 count*, status ketunawismaan, penggunaan aktif obat – obatan, dan/atau penyakit psikiatrik, dan status TB.

2) *Asesmen* (Pengkajian)

Analisis kebutuhan dilakukan secara optimal sebagai upaya kolaboratif antara manajer kasus dan klien untuk mengidentifikasi kebutuhan perawatan dan pelayanan. Penilaian sangat penting untuk membuat profil dasar bagi rujukan pelayanan awal, penyusunan rencana pelayanan, dan kriteria untuk mengevaluasi hasil pelayanan.

Dalam mengumpulkan informasi digunakan *instrument* formal seperti data dasar klien, informasi medis, situasi kehidupan, riwayat dan situasi pribadi, hubungan dan dukungan sosial, pendidikan kesehatan, fungsi sosial dan status mental, kebutuhan dan isu – isu layanan, serta isu hukum.

3) Perencanaan Pelayanan

Rencana pelayanan sangat penting dalam upaya manajemen kasus dan rencana ini disusun berdasarkan informasi yang dihimpun dalam tahap penilaian. Manajer kasus dan klien bekerja sama untuk menyusun daftar masalah dan isu serta untuk merumuskan sasaran jangka panjang dan jangka pendek yang mendukung tujuan menyeluruh pemeliharaan kesehatan dan kemandirian. Diperlukan perencanaan spesifik, yang berpedoman pada sasaran realistis, untuk memprioritaskan kegiatan dan mengidentifikasi cara perolehan, pemantauan, dan pengkoordinasian pelayanan di kalangan lembaga penyedia pelayanan dan sistem perawatan kesehatan.

Rencana pelayanan perlu didokumentasi dengan jelas dalam status klien beserta salinan korespondensi tertulis dan formulir aplikasi program keberhakan, prosedur obat – obatan, informasi tentang orang – orang atau lembaga yang dapat dihubungi yang berguna bagi klien.

4) Pelayanan Pengkaitan dan Rujukan

Dalam tahap implementasi, perawat dan klien berupaya melaksanakan rencana pelayanan. Jika persetujuan untuk merujuk telah diperoleh, manajer kasus dapat memainkan beberapa peran untuk memfasilitasi klien menerima pelayanan, termasuk sebagai perantara, pemantau, pendukung dan pembimbing. Sebagai

perantara, manajer kasus menghubungi penyedia layanan lainnya untuk memudahkan sistem rujukan klien.

Rencana pelayanan biasanya dilaksanakan dengan mendokumentasikan kemajuan klien secara seksama, termasuk tanggal rujukan, informasi tentang siapa yang pertama kali dihubungi dan tindakan apapun yang dilakukan sebagai tindak lanjut dari rujukan tersebut.

5) Monitoring dan Evaluasi

Kegiatan evaluasi dapat mencakup penilaian kepuasan klien terhadap pelayanan yang disediakan serta penentuan apakah ODHA (Orang dengan HIV/AIDS) mengetahui ketersediaan pelayanan, evaluasi terhadap proses manajemen kasus yang di terima.

4. HIV/AIDS

a. Pengertian

Acquired immune deficiency syndrome (AIDS) adalah suatu kumpulan gejala penyakit kerusakan sistem kekebalan tubuh; bukan penyakit bawaan tetapi didapat dari hasil penularan. Penyakit ini disebabkan oleh masuknya virus HIV (*Human Immuno deficiency Virus*) yang termasuk famili *retroviridae* ke dalam tubuh seseorang. AIDS juga didefinisikan sebagai kejadian penyakit yang disifatkan oleh suatu penyakit yang menunjukkan adanya gangguan

immunoseluler, misalnya sarcoma kaposi atau satu atau lebih penyakit *opportunistic* yang didiagnosis dengan cara yang dapat dipercaya.²³

AIDS adalah sekumpulan gejala yang menunjukkan kelemahan atau kerusakan daya tahan tubuh yang diakibatkan oleh faktor luar (bukan dibawa sejak lahir). AIDS diartikan sebagai bentuk paling berat dari keadaan sakit terus – menerus yang berkaitan dengan infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), mulai dari kelainan riangan dalam respon imun tanpa tanda dan gejala yang nyata hingga keadaan immunosupresi dan berkaitan dengan berbagai infeksi yang dapat membawa kematian dan dengan kelainan malignitas yang jarang terjadi.²⁴

b. Etiologi dan Patogenesis

Penyebab penyakit AIDS adalah *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) yakni sejenis virus RNA yang tergolong retrovirus. Virus ini memiliki materi genetik berupa sepasang asam ribonukleat rantai tunggal yang identik dan suatu enzim yang disebut *reverse transcriptase*. *Virion* HIV terdiri dari tiga bagian utama yaitu *envelope* yang merupakan lapisan terluar, *capsid* yang meliputi isi *virion* dan *core* yang merupakan isi *virion*. *Envelope* adalah lapisan lemak ganda yang terbentuk dari sel penjamu dan mengandung protein penjamu. Pada lapisan ini tertanam glikoprotein virus yang disebut gp41.²⁵

Infeksi HIV diperlukan reseptor spesifik pada sel host yaitu molekul CD4. Molekul CD4 ini mempunyai afinitas yang sangat besar terhadap HIV, terutama terhadap molekul glikoprotein (gp120) dari selubung virus. Diantara sel tubuh yang memiliki molekul CD4 paling banyak adalah sel limfosit – T. Setelah penempelan, terjadi diskontinuitas dari membran sel limfosit – T, terjadi fusi kedua membrane (HIV dan limfosit) sehingga seluruh komponen virus masuk ke dalam sitoplasma sel limfosit – T, kecuali selubungnya. Selanjutnya, RNA dari virus mengalami transkripsi menjadi seuntai DNA dengan bantuan enzim reverse transcriptase.²⁵

c. Cara Penularan

Penularan HIV sendiri hanya akan terjadi bila : (1) virus HIV berhasil hidup di dalam tubuh manusia, (2) virus harus dalam jumlah yang besar, (3) HIV harus masuk ke tubuh orang melalui cara penularan tertentu. HIV ditularkan melalui tiga jalur, yaitu : (a) melalui hubungan seksual yang tidak aman (heteroseksual atau homoseksual), (b) melalui penerimaan darah atau produk darah melalui transfusi darah (saat ini sudah jarang karena donor darah sebelumnya telah melalui skrining), penggunaan narkoba suntik atau *injecting drug user* (IDU), alat medis, alat tusuk lain (tato, tindik, akupuntur, pisau cukur, dan lain – lain) yang sudah tercemar HIV, penerimaan organ, jaringan atau air mani, dan (c) melalui ibu yang

hidup dengan HIV kepada janin di kandungannya atau bayi yang disusunya.²⁶

Human Immunodeficiency virus (HIV) berada terutama dalam cairan tubuh manusia. Cairan yang berpotensi mengandung virus HIV adalah darah, cairan sperma, cairan vagina dan air susu ibu. Sehingga, penularan dapat terjadi melalui media cairan tubuh seorang pengidap HIV tersebut dalam jumlah yang cukup untuk menginfeksi orang lain. Sedangkan, melalui cairan – cairan tubuh yang lain (keringat, dll) tidak pernah di laporkan adanya kasus penularan HIV. Sampai saat ini juga belum terbukti penularan melalui gigitan serangga, minuman, makanan, batuk/bersin, merawat pasien, atau kontak biasa (seperti bersalaman, bersentuhan, berpelukan) dalam keluarga, sekolah, kolam renang, WC umum, atau tempat kerja dengan penderita.²⁶

d. Klasifikasi Penyakit

Terdapat dua sistem klasifikasi yang biasa digunakan untuk dewasa dan remaja dengan infeksi HIV/AIDS yaitu menurut WHO (*World Health Organization*) dan CDC (*Center for Disease Control and Prevention*).²³

1) Klasifikasi menurut CDC

CDC mengklasifikasikan HIV/AIDS pada remaja dan dewasa berdasarkan dua sistem, yaitu dengan melihat jumlah supresi

kekebalan tubuh yang dialami pasien serta stadium klinis. Jumlah supresi kekebalan tubuh ditunjukkan oleh limfosit CD4⁺.

2) Klasifikasi menurut WHO

Stadium WHO untuk penyakit HIV pada orang dewasa dan remaja adalah sebagai berikut²⁷ :

- a) Stadium Klinis 1: tanpa gejala (asimtomatis), limfadenopati generalisata persisten.
- b) Stadium Klinis 2 : kehilangan berat badan yang sedang tanpa alasan (<10 % berat badan diperkirakan atau diukur), infeksi saluran pernapasan bagian atas yang berulang (sinusitis, tonsillitis, otitis media dan faringitis), herpes zoster, cheilitis angularis, ulkus di mulut yang berulang, erupsi popular pruritis, dermatitis seboroik, infeksi jamur di kuku.
- c) Stadium Klinis 3 : kehilangan berat badan yang parah tanpa alasan (>10% berat badan diperkirakan atau diukur), diare kronis tanpa alasan yang berlangsung lebih dari 1 bulan, demam berkepanjangan tanpa alasan (di atas 37,5⁰ C, sementara atau terus menerus, lebih dari 1 bulan), kandidiasis mulut berkepanjangan, *oral hairy leukoplakia*, tuberkulosis paru, infeksi bakteri yang berat (mis. pneumonia, empiema, piomiositis, infeksi tulang atau sendi, meningitis atau bakteremia), stomatitis, gingivitis atau periodontitis nekrotising berulkus yang akut, Anemia(<8 g/dl), neutropenia

(<0,5 x 10⁹ /l) dan/atau trombositopenia kronis (<50 x 10⁹ /l) tanpa alasan.

- d) Stadium Klinis 4 : sindrom *wasting* HIV, pneumonia *pneumocystis*, infeksi herpes simplex kronis (orolabial kelamin, atau rectum/anus lebih dari 1 bulan atau visceral pada tempat apapun), kandidiasis esophagus (atau kandidiasis pada trakea, bronkus atau paru), tuberkulosis di luar paru, sarkoma kaposi (KS), infeksi sitomegalovirus (retinitis atau infeksi organ lain), toksoplasmosis sistem saraf pusat, ensefalopati HIV, kriptokokosis di luar paru termasuk meningitis, Infeksi mikobakteri non-TB diseminata, *progressive multifocal leukoencephalopathy* (PML), kriptosporidiosis kronis, isosporiasis kronis, mikosis diseminata (histoplasmosis atau kokidiomikosis di luar paru), septicemia yang berulang (termasuk *Salmonella* nontifoid), limfoma (serebral atau non-Hodgkin sel-B), karsinoma leher rahim invasive, leishmaniasis diseminata atipikal, nefropati bergejala terkait HIV atau kardiomiopati bergejala terkait HIV.

e. Pemeriksaan Laboratorium Untuk Tes HIV

Prosedur pemeriksaan laboratorium untuk HIV sesuai dengan panduan nasional yang berlaku pada saat ini, yaitu dengan menggunakan strategi 3 dan selalu didahului dengan konseling pra tes

atau informasi singkat. Ketiga tes tersebut dapat menggunakan reagen tes cepat atau dengan ELISA. Untuk pemeriksaan pertama (A1) harus digunakan tes dengan sensitifitas yang tinggi (>99%), sedang untuk pemeriksaan selanjutnya (A2 dan A3) menggunakan tes dengan spesifisitas tinggi ($\geq 99\%$).⁶

Antibodi biasanya baru dapat terdeteksi dalam waktu 2 minggu hingga 3 bulan setelah terinfeksi HIV yang disebut masa jendela. Bila tes HIV yang dilakukan dalam masa jendela menunjukkan hasil “negative” maka perlu dilakukan tes ulang, terutama bila masih terdapat perilaku yang beresiko.

Metode yang umum digunakan untuk menegakkan diagnosis HIV meliputi²⁷ :

1) ELISA (*Enzyme – Linked ImmunoSorbent Assay*)

Sensitivitasnya tinggi yaitu sebesar 98,1 – 100 %. Biasanya tes ini memberikan hasil positif 2 – 3 bulan setelah infeksi.

2) *Western Blot*

Spesifisitasnya tinggi yaitu sebesar 99,6 – 100 %. Pemeriksaannya cukup sulit, mahal, dan membutuhkan waktu sekitar 24 jam.

3) PCR (*Polymerase Chain Reaction*)

f. Proses Keperawatan Pada Pasien HIV/AIDS

1) Pengkajian dan masalah keperawatan pada Pasien HIV/AIDS

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

terutama imunitas seluler. Penurunan imunitas biasanya diikuti oleh adanya peningkatan risiko dan derajat keparahan infeksi oportunistik serta penyakit keganasan.²⁶

Pengkajian keperawatan mencakup pengenalan faktor risiko yang potensial, termasuk praktik seksual yang berisiko dan penggunaan obat bius IV. Status fisik dan psikologis pasien harus dinilai. Semua faktor yang mempengaruhi fungsi sistem imun perlu di gali dengan seksama.²⁵

a) Status Nutrisi

Dinilai dengan menanyakan riwayat diet dan mengenali faktor – faktor yang dapat mengganggu asupan oral seperti anoreksia, mual, vomitus, nyeri oral atau kesulitan menelan. Penimbangan berat badan, pengukuran antropometrik, pemeriksaan kadar BUN (*blood urea nitrogen*), protein serum, albumin dan transferin akan memberikan parameter status nutrisi yang objektif.

b) Kulit dan Membran Mukosa

Diinspeksi setiap hari untuk menemukan tanda – tanda lesi, ulserasi atau infeksi. Rongga mulut diperiksa untuk memantau gejala kemerahan, ulserasi dan adanya bercak – bercak putih seperti krim yang menunjukkan kandidiasis. Daerah perianal harus diperiksa untuk menentukan ekskoriiasi dan infeksi pada pasien dengan diare yang profus.

Pemeriksaan kultur luka dapat diminta untuk mengidentifikasi mikroorganisme yang infeksius.

c) Status Respiratorius

Dinilai lewat pemantauan pasien untuk mendeteksi gejala batuk, produksi sputum, napas yang pendek, ortopnea, takipnea dan nyeri dada. Keberadaan suara pernapasan dan sifatnya juga harus diperiksa. Ukuran fungsi paru yang lain mencakup hasil foto ronsen toraks, hasil pemeriksaan gas darah arteri dan hasil tes faal paru.

d) Status Neurologis

Ditentukan dengan menilai tingkat kesadaran pasien, orientasinya terhadap orang, tempat serta waktu dan ingatan yang hilang. Pasien juga dinilai untuk mendeteksi gangguan sensorik (perubahan visual, sakit kepala, matirasa dan parestesia pada ekstermitas) serta gangguan motorik (perubahan gaya jalan, paresis atau paralisis) dan serangan kejang.

e) Status Cairan dan Elektrolit

Dinilai dengan memeriksa kulit serta membrane mukosa untuk menentukan turgor dan kekeringannya. Peningkatan rasa haus, penurunan haluaran urine, tekanan darah yang rendah dan penurunan tekanan sistolik antara 10 dan 15 mm Hg dengan disertai kenaikan frekuensi denyut

nadi ketika pasien duduk, denyut nadi yang lemah serta cepat, dan berat jenis urine sebesar 1,025 atau lebih, menunjukkan dehidrasi.

Gangguan keseimbangan elektrolit seperti penurunan kadar natrium, kalium, kalsium, magnesium dan klorida dalam serum secara khas akan terjadi karena diare hebat. Pemeriksaan pasien juga dilakukan untuk menilai tanda – tanda dan gejala deplesi elektrolit; tanda – tanda ini mencakup penurunan status mental, kedutan otot, kram otot, denyut nadi yang tidak teratur, mual serta vomitus dan pernapasan yang dangkal.

f) Tingkat pengetahuan

Tingkat pengetahuan pasien tentang penyakitnya harus dievaluasi. Disamping itu, tingkat pengetahuan keluarga dan sahabat perlu dinilai. Reaksi psikologis pasien terhadap diagnosis penyakit AIDS merupakan informasi penting yang harus digali. Reaksi dapat bervariasi antara pasien yang satu dengan yang lainnya dan dapat mencakup penolakan, amarah, rasa takut, rasa malu, menarik diri dari pergaulan sosial dan depresi.

Pemahaman tentang cara pasien menghadapi sakitnya dan riwayat stress utama yang pernah dialami sebelumnya kerap kali bermanfaat. Sumber – sumber yang dimiliki pasien

untuk memberikan dukungan kepadanya juga harus diidentifikasi.

2) Diagnosa Keperawatan pada Pasien HIV/AIDS

Pada pasien dengan HIV/AIDS, bisa ditemukan beberapa diagnosis keperawatan dan masalah kolaboratif, antara lain²⁵ :

- a) Resiko komplikasi/Infeksi Sekunder
- b) *Wasting syndrome*, sarcoma Kaposi, dan limfoma.
- c) Meningitis, infeksi oportunistik (misalnya Kandidiasis, Sitomegalovirus, Herpes, *Pneumocystis carinii pneumonia*).

Selain berdasarkan diagnosis keperawatan, terdapat tanda – tanda lain pada penderita HIV/AIDS. Mereka umumnya memiliki respons yang spesifik yakni²⁵:

- a) Respons Biologis (Imunitas)

Secara imunologis, sel T yang terdiri atas limfosit T-helper, disebut limfosit CD4 akan mengalami perubahan baik secara kuantitas maupun kualitas. HIV menyerang CD4 baik secara langsung maupun tidak langsung. Secara langsung, sampul HIV yang mempunyai efek toksik akan menghambat fungsi sel T (toxic HIV). Secara tidak langsung, lapisan luar protein HIV yang disebut sampul gp 120 dan anti p24 berinteraksi dengan CD4 yang kemudian menghambat aktivasi sel yang mempresentasikan antigen (APC). Setelah HIV melekat melalui reseptor CD4 dan ko –

reseptornya, bagian sampul tersebut melakukan fusi dengan membrane sel dan bagian intinya masuk ke dalam sel membrane. Pada bagian inti terdapat enzim reverse transcriptase yang terdiri atas DNA polimerase dan ribonuklease. Pada inti yang mengandung RNA, enzim DNA menyusun kopi DNA dari RNA tersebut. Enzim ribonuklease memusnahkan RNA asli. Enzim polimerase kemudian membentuk kopi DNA dari DNA pertama yang tersusun sebagai cetakan.

Kode genetik DNA berupa untai ganda setelah terbentuk, maka akan masuk ke inti sel. Kemudian oleh enzim integrase, DNA kopi dari virus disisipkan dalam DNA pasien. HIV provirus yang berada pada limfosit CD4, kemudian bereplikasi yang menyebabkan sel limfosit CD4 mengalami sitolisis.

Virus HIV yang telah berhasil masuk dalam tubuh pasien, juga menginfeksi berbagai macam sel, terutama monosit, makrofag, sel – sel microglia di otak, sel – sel bobfour plasenta, sel – sel dendrite pada kelenjar limfe, sel – sel epitel pada usus, dan sel Langerhans di kulit. Efek infeksi pada sel microglia di otak adalah ensefalopati dan pada sel epitel usus adalah diare yang kronis.

Gejala – gejala klinis yang ditimbulkan akibat infeksi tersebut biasanya baru disadari pasien setelah beberapa waktu lamanya tidak mengalami kesembuhan. Pasien yang terinfeksi virus HIV dapat tidak memperlihatkan tanda – dan gejala selama bertahun – tahun. Sepanjang perjalanan penyakit tersebut sel CD4 mengalami penurunan jumlahnya dari 1000/ μ l sebelum terinfeksi menjadi sekitar 200 – 300/ μ l setelah terinfeksi 2 – 10 tahun.

b) Respons Adaptif Psikologis (Penerimaan diri)

Pengalaman mengalami suatu penyakit akan membangkitkan berbagai perasaan dan reaksi stress, frustrasi, kecemasan, kemarahan, penyangkalan, rasa malu, berduka, dan ketidakpastian dengan adaptasi terhadap penyakit. Pasien HIV akan mengalami perasaan stress, frustrasi, kecemasan, kemarahan, penyangkalan rasa malu, berduka dan ketidakpastian dengan adaptasi terhadap penyakitnya.

Tahapan reaksi psikologis pasien HIV adalah seperti terlihat pada tabel²⁸ :

Tabel 2.1. Reaksi Psikologis Pasien HIV

No	Reaksi	Proses Psikologis	Hal – hal yang Biasa Dijumpai
1.	Shock (Kaget, goncangan batin)	Merasa bersalah, marah, dan tidak berdaya.	Rasa takut, hilang akal, frustrasi, rasa sedih, susah, acting out.

2.	Mengucilkan diri	Merasa cacat, tidak berguna, dan menutup diri	Khawatir menginfeksi orang lain, murung.
3.	Membuka status secara terbatas	Ingin tahu reaksi orang lain, pengalihan stress, ingin dicintai.	Penolakan, stress dan konfrontasi
4.	Mencari orang lain yang HIV positif	Berbagi rasa, pengenalan, kepercayaan, penguatan, dan dukungan sosial	Ketergantungan, campur tangan, tidak percaya pada pemegang rahasia dirinya.
5.	Status khusus	Perubahan keterasingan menjadi manfaat khusus, perbedaan menjadi hal yang istimewa, dibutuhkan oleh yang lainnya.	Ketergantungan, dikotomi kita dan mereka (Semua orang dilihat sebagai terinfeksi HIV dan direspons seperti itu), over identification.
6.	Perilaku mementingkan orang lain	Komitmen dan kesatuan kelompok, kepuasan member dan berbagi, perasaan sebagai kelompok	Pemadaman, reaksi, dan kompensasi yang berlebihan
7.	Penerimaan	Integrasi status positif HIV dengan identitas diri, keseimbangan antara kepentingan orang lain dengan diri sendiri, bisa menyebutkan kondisi sekarang	Apatis dan sulit berubah

Lima tahap reaksi emosi seseorang terhadap penyakit²⁸, yaitu :

(1) Peningkaran (*Denial*)

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

Peningkaran dapat berlalu sesuai dengan kemungkinan memproyeksikan pada apa yang diterima bahwa alat yang tidak berfungsi dengan baik, kesalahan laporan laboratorium, atau lebih mungkin perkiraan dokter dan perawat yang tidak kompeten. Peningkaran diri yang mencolok tampak menimbulkan kecemasan. Peningkaran ini merupakan *buffer* untuk menerima kenyataan yang sebenarnya. Peningkaran biasanya bersifat sementara dan segera berubah menjadi fase lain dalam menghadapi kenyataan.

(2) Kemarahan (*Anger*)

Apabila peningkaran tidak dapat dipertahankan lagi, maka fase pertama berubah menjadi kemarahan.

Perilaku pasien secara karakteristik dihubungkan dengan marah dan rasa bersalah. Pasien akan mengalihkan kemarahan pada segala sesuatu yang ada di sekitarnya. Biasanya kemarahan diarahkan pada dirinya sendiri dan kemudian timbul penyesalan. Yang menjadi sasaran utama atas kemarahan adalah perawat.

Semua tindakan perawat menjadi serba salah. Pasien menjadi banyak menuntut, cerewet, cemberut, tidak bersahabat, kasar, menantang, tidak mau bekerja sama, sangat marah, mudah tersinggung, meminta banyak perhatian, dan iri hati. Jika keluarga mengunjungi, mereka menunjukkan sikap menolak sehingga mengakibatkan keluarga segan untuk datang, hal ini akan menyebabkan bentuk keagresifan.

(3) Sikap tawar menawar (*Bargaining*)

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

(4) Depresi

Fase ini pasien berkabung/sedih, mengesampingkan rasa marah dan sikap pertahanannya serta mulai

mengatasi rasa kehilangan secara konstruktif. Tingkat emosional seperti bersedih, tidak berdaya, tidak ada harapan, bersalah, penyesalan mendalam, kesepian, menangis, merasa tidak berguna. Pada fase ini termasuk ketakutan akan masa depan, intensitas depresi tergantung pada makna dan beratnya penyakit.

(5) Penerimaan dan partisipasi

Pasien mulai beradaptasi, bergerak menuju identifikasi sebagai seseorang yang baru memiliki keterbatasan karena penyakitnya. Pasien mampu bergantung pada orang lain jika perlu dan tidak membutuhkan dorongan melebihi daya tahannya atau terlalu memaksakan keterbatasannya atau ketidakadekuatannya.

c) Respons Adaptif Sosial

Respons adaptif sosial, dibedakan menjadi 3 hal :

- (1) Stigma sosial dapat memperparah depresi dan pandangan yang negative tentang harga diri pasien.
- (2) Diskriminasi terhadap pasien HIV/AIDS di tempat kerja, keluarga, pelayanan kesehatan, serta kurangnya dukungan sosial sehingga meningkatkan stress pasien.
- (3) Efek stress yang meningkat dan respon yang memanjang, marah, depresi mengakibatkan klien

kembali berperilaku destruktif seperti kembali menggunakan narkoba.

Penelitian kualitatif lain yang dilakukan, menyatakan pasien HIV kurang mendapatkan dukungan dari keluarga sehingga mereka akan menutupi status HIV positif mereka karena takut akan terjadi penolakan, walaupun sebagian dari mereka juga ada yang menyampaikan kepada keluarganya terutama istri mereka, walaupun pada awalnya akan terjadi penolakan tapi mereka dapat menerima dan memahami situasi yang terjadi.

Dalam situasi yang lain ODHA lebih suka mengisolasi diri dari kerabat dan teman – teman karena takut mereka menuliri orang lain, takut orang lain akan mengetahui perilaku seksualitas yang menyebabkan mereka terinfeksi atau takut orang lain melihat perubahan status kesehatan mereka akibat penyakit sekunder dari HIV.

d) Respons Adaptif Spiritual

Penyakit HIV/AIDS adalah kondisi kronis dan mengancam jiwa. Penyakit yang membutuhkan therapy seumur hidup dan manajemen kompleks sering mungkin sulit bagi orang dengan HIV untuk membuat perubahan gaya hidup dan komitmen yang diperlukan untuk bertahan dan mempertahankan kualitas hidup yang baik. Spiritualitas

mungkin menjadi sumber daya penting yang dapat digunakan untuk menyesuaikan diri dengan tuntutan hidup dengan HIV di samping bantuan yang diterima dari konseling kesehatan mental, kelompok pendukung, keluarga dan teman.

Pasien HIV/AIDS biasanya menyalahkan Tuhan, merasa berdosa akan hal yang telah dilakukan pada masa lalunya sehingga tidak mau melakukan ibadah, tidak mau lagi memikirkan masa depan karena merasa telah mendekati ajal. Respon spiritual yang diharapkan pada pasien HIV/AIDS adalah : harapan yang realistis, tabah dan sabar, serta pandai mengambil hikmah dari kondisinya saat ini karena spiritualitasnya dapat berfungsi sebagai sumber individu untuk menangani penyakit.

3) Intervensi Keperawatan Pasien terinfeksi HIV (PHIV)

Perawat memiliki peranan penting dalam asuhan keperawatan pasien HIV/AIDS. Ada dua hal penting yang harus dilakukan perawat²⁶ :

a) Memfasilitasi strategi coping

- (1) Memfasilitasi sumber penggunaan potensi diri agar terjadi respon penerimaan.
- (2) Teknik kognitif, dapat berupa upaya membentuk penyelesaian masalah, memberikan harapan yang

realistis, dan mengingat pasien agar pandai mengambil hikmah.

- (3) Teknik perilaku, mengajarkan perilaku yang mendukung kesembuhan, seperti : control dan minum obat teratur, konsumsi nutrisi seimbang, istirahat dan aktivitas teratur, dan menghindari konsumsi atau tindakan yang dapat menambah parah sakitnya.

b) Dukungan sosial

- (1) Dukungan emosional, agar pasien merasa nyaman, dihargai, dicintai, dan diperhatikan.
- (2) Dukungan informasi, meningkatkan pengetahuan dan penerimaan pasien terhadap sakitnya.
- (3) Dukungan Material, bantuan/kemudahan akses dalam pelayanan kesehatan.

Asuhan keperawatan pada pasien HIV/AIDS juga memperhatikan dari segi mempertahankan kondisi biologis, psikologis, sosial, spiritual tidak hanya dari dukungan koping dan dukungan sosial saja.

4) Asuhan keperawatan berdasarkan respons

- a) Asuhan keperawatan respons biologis (Aspek fisik)²⁵.

Aspek fisik pada pasien HIV/AIDS adalah pemenuhan kebutuhan fisik sebagai akibat dari tanda dan gejala yang terjadi. Aspek perawatan fisik meliputi

(a) *Universal Precautions*; (b) Pengobatan infeksi sekunder; (c) pemberian ARV (antiretroviral); (d) Pemberian Nutrisi; dan (e) aktivitas dan istirahat.

(1) *Universal Precautions*

Selama sakit, penerapan *universal precautions* oleh perawat, keluarga dan pasien sendiri sangat penting. Hal ini ditujukan untuk mencegah terjadinya penularan virus HIV.

(2) Peran Perawat dalam Pemberian ARV

Pemerintah menetapkan panduan yang digunakan dalam pengobatan ARV berdasarkan lima aspek ⁶ : efektifitas, efek samping/toksisitas, interaksi obat, kepatuhan, harga obat. Prinsip dalam pemberian ARV meliputi panduan obat ARV harus menggunakan 3 jenis obat yang terserap dan berada dalam dosis terapeutik, prinsip tersebut untuk menjamin efektifitas penggunaan obat. Membantu pasien agar patuh minum obat antara lain dengan mendekatkan akses pelayanan ARV. Menjaga kesinambungan ketersediaan obat ARV dengan menerapkan manajemen logistik yang baik.

Panduan yang ditetapkan oleh pemerintah untuk lini pertama adalah : 2 NRTI + 1 NNRTI. Setiap jenis atau 'golongan' ARV menyerang HIV dengan cara

berbeda. Golongan obat anti-HIV pertama adalah *nucleoside reverse transcriptase inhibitor* atau NRTI, juga disebut analog nukleosida. Obat golongan ini menghambat langkah 4 di atas, yaitu bahan genetik HIV diubah dari RNA menjadi DNA. Obat dalam golongan ini yang disetujui di AS termasuk : AZT (ZDV, zidovudine), ddI (didanosine), ddC (zalcitabine), d4T (stavudine), 3TC (lamivudine), Abacavir (ABC), Emtricitabine (FTC), Tenofovir (TDF; analog nukleotida).

Golongan obat lain menghambat langkah yang sama dalam siklus hidup HIV, tetapi dengan cara lain. Obat ini disebut *non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor* atau NNRTI yang meliputi : Nevirapine (NVP), Delavirdine (DLV), Efavirenz (EFV).

Golongan ketiga ARV adalah *protease inhibitor (PI)* yang meliputi : Saquinavir (SQV-HGC, SQV-SGC), Indinavir (IDV), Ritonavir (RTV), Nelfinavir (NFV).

- b) Asuhan keperawatan respons adaptif psikologis (strategi coping).²⁵

Mekanisme coping adalah mekanisme yang digunakan individu untuk menghadapi perubahan yang

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

Mekanisme koping terbentuk melalui proses belajar dan mengingat. Belajar yang dimaksud adalah kemampuan menyesuaikan diri (adaptasi) pada pengaruh faktor internal dan eksternal. Koping yang efektif menempati tempat yang *central* terhadap ketahanan tubuh dan daya penolakan tubuh terhadap gangguan maupun serangan suatu penyakit baik bersifat fisik maupun psikis, sosial, spiritual. Perhatian terhadap koping tidak hanya terbatas pada sakit ringan tetapi justru penekanannya pada kondisi sakit yang berat.

- c) Asuhan keperawatan respons sosial (keluarga dan *peer group*)

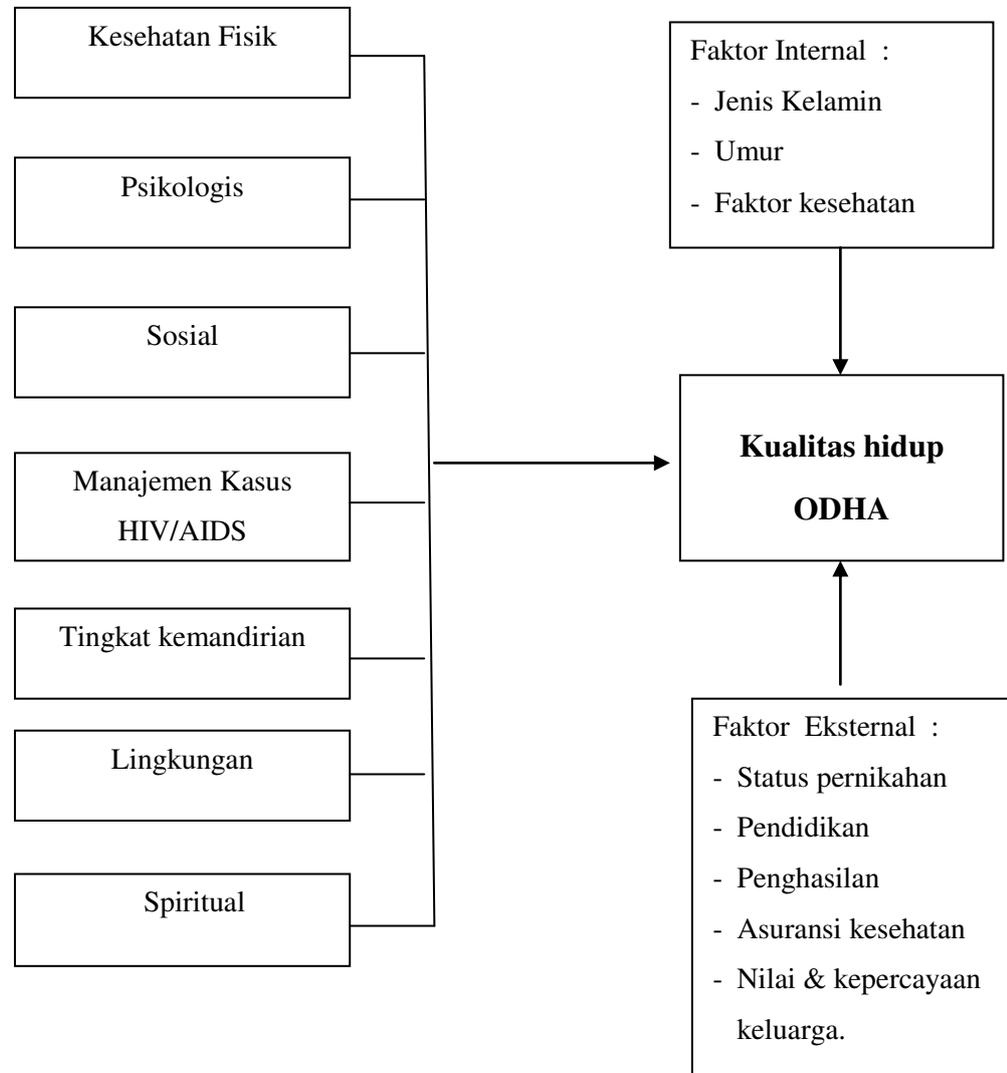
Dukungan sosial sangat diperlukan terutama pada PHIV yang kondisinya sudah sangat parah. Individu yang termasuk dalam memberikan dukungan sosial meliputi pasangan (suami/istri), orang tua, anak, sanak keluarga, teman, tim kesehatan, atasan dan konselor.

d) Asuhan keperawatan respons spiritual

Asuhan keperawatan pada aspek spiritual ditekankan pada penerimaan pasien terhadap sakit yang dideritanya, sehingga PHIV akan dapat menerima dengan ikhlas terhadap sakit yang dialami dan mampu mengambil hikmah. Asuhan keperawatan yang dapat diberikan adalah :

- (1) Menguatkan harapan yang realistis kepada pasien terhadap kesembuhannya.
- (2) Pandai mengambil hikmah
- (3) Ketabahan hati.

B. Kerangka Teori



Gambar 2.1. Kerangka Teori

Sumber : Modifikasi WHO (2002), Wong (2008) dan Kualitas Hidup (Nazir, 2006; Nojomi, Anbary, Ranjbar, 2008; Douaihy, 2001).

C. Kerangka Konsep



D. Hipotesis

Berdasarkan kerangka konsep diatas maka peneliti dapat menetapkan hipotesis penelitian sebagai berikut :

- Ada Pengaruh Manajemen Kasus HIV/AIDS terhadap Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini terdiri dari 2 tahap yaitu :

1. Tahap I

- a. Peneliti melakukan *assessment* tentang manajemen kasus HIV/AIDS yang dilakukan di RSUD Sele Be Solu Kota Sorong dan RSUD Kabupaten Sorong.
- b. Peneliti memilih dan menetapkan perawat yang akan diberi pelatihan manajemen kasus HIV/AIDS yaitu perawat dari RSUD Sele Be Solu Kota Sorong yang merupakan Rumah Sakit Pusat Rujukan Penanggulangan HIV/AIDS di Papua Barat dan memiliki jumlah pasien HIV/AIDS paling banyak.
- c. Setelah peneliti menetapkan jumlah perawat yang akan diberikan pelatihan, langkah selanjutnya ada melakukan *pre test* pengetahuan perawat tentang manajemen kasus HIV/AIDS.
- d. Perawat diberikan pelatihan tentang manajemen kasus HIV, studi kasus dan *role play* pelaksanaan manajemen kasus HIV/AIDS dengan pasien HIV/AIDS yang ada di ruang VCT RSUD Sele Be Solu Kota Sorong.

- e. Akhir dari kegiatan pelaksanaan manajemen kasus HIV/AIDS, dilakukan *posttest* untuk menilai peningkatan pengetahuan dan pemahaman perawat tentang Manajemen Kasus HIV/AIDS.

2. Tahap II

Pada tahap ini peneliti melakukan penelitian. Jenis penelitian ini yaitu kuantitatif menggunakan rancangan penelitian : *Quasy experiment with pretest-posttest control group design* untuk melihat pengaruh manajemen kasus HIV/AIDS terhadap kualitas hidup pasien HIV/AIDS di RSUD Sele Be Solu Kota Sorong.

Peneliti melakukan pengukuran tentang kualitas hidup pasien HIV/AIDS. Kualitas hidup pasien HIV/AIDS diukur sebelum dan sesudah dilakukan pelatihan manajemen kasus HIV/AIDS kepada perawat pelaksana di RSUD Sele Be Solu Kota Sorong.

Quasy experiment with pretest-posttest control group design dapat dilihat pada gambar di bawah ini³⁹.

Tabel 3.1. Desain penelitian menggunakan pendekatan *pretest-posttest control group design*

Subjek	<i>Pretest</i>	Intervensi	<i>Posttest</i>
K-A	O-A	1	O1-A
K-B	O-B	-	O1-B

Keterangan :

- K-A : Kelompok intervensi
- K-B : Kelompok kontrol
- O-A : *Pre test* kelompok intervensi
- O-B : *Pre test* kelompok kontrol
- I : Intervensi (Pelatihan Manajemen Kasus HIV/AIDS)
- : Asuhan Keperawatan di Rumah sakit
- O1A : *Post test* kelompok intervensi
- O1B : *Post test* kelompok kontrol

B. Populasi dan sampel Penelitian

1. Populasi

a. Populasi Pelatihan

Populasi pelatihan yaitu semua perawat yang bekerja di ruang rawat inap bangsal HIV/AIDS.

b. Populasi Pasien HIV/AIDS

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien HIV/AIDS yang dirawat di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Sele Be Solu Kota Sorong pada bulan Juli 2015. Berdasarkan data dari bidang keperawatan RSUD Sele Be Solu Kota Sorong rata – rata pasien HIV/AIDS yang dirawat tiap bulan berjumlah 30 orang.

2. Sampel dan Prosedur Pengambilan Sampel

a. Sampel Pelatihan

Pengambilan sampel pada kelompok perawat yang diberikan pelatihan adalah menggunakan *non probability sampling* dengan teknik *purposive sampling*, yaitu cara pengambilan sampel dengan tujuan tertentu. Cara pemilihan perawat pelaksana dalam hal ini dipilih perawat yang sama antara *pre test* dan *post test* dan memenuhi kriteria sampel.

Kriteria inklusi dalam penelitian ini untuk perawat pelaksana adalah : 1) bersedia untuk dilatih, 2) pendidikan minimal D3 Keperawatan, 3) telah bekerja minimal 1 tahun, 4) telah mengikuti pelatihan/*inhouse* atau seminar tentang HIV/AIDS. Kriteria eksklusi pada penelitian ini untuk perawat pelaksana adalah : 1) sedang cuti, 2) sakit, 3) belum pernah mendapatkan informasi tentang HIV/AIDS, 4) tidak bekerja di ruang rawat inap bangsal HIV/AIDS. Berdasarkan kriteria di atas maka jumlah perawat yang akan dilatih berjumlah 22 perawat yang berasal dari beberapa ruangan rawat inap bangsal HIV/AIDS di RSUD Sele Be Solu Kota Sorong.

b. Sampel Pasien

Sampel dalam penelitian ini untuk kelompok intervensi yaitu pasien HIV/AIDS yang menjalani perawatan di ruang rawat inap RSUD Sele Be Solu Kota Sorong, sedangkan kelompok kontrol

adalah pasien HIV/AIDS yang menjalani perawatan di ruang rawat inap RSUD Kabupaten Sorong.

Besar sampel adalah banyaknya anggota yang akan dijadikan sampel. Jumlah populasi karena dibawah 10.000, maka penentuan besar sampel dihitung menggunakan rumus *Slovin*, yaitu :

$$n = \frac{N}{1 + ne^2}$$

dimana

n : Jumlah sampel

N : Jumlah populasi

e : Batas toleransi kesalahan (*error tolerance*)

Jumlah populasi adalah 30, dan tingkat kesalahan yang dikehendaki adalah 5 %, maka jumlah sampel yang digunakan adalah : $n = 30 / 30 (0,05)^2 + 1 = 27,91$, dibulatkan 28. Dengan demikian untuk kelompok intervensi sebanyak 28 sampel dan untuk kelompok kontrol sebanyak 28 sampel. Jadi total sampel sebanyak 56 responden untuk pasien HIV/AIDS.

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan *total sampling*, hal ini disebabkan karena jumlah pasien HIV/AIDS yang ada di rumah sakit sedikit. Berdasarkan jumlah sampel yang didapat untuk kelompok intervensi sebanyak 33 responden dan untuk kelompok kontrol sebanyak 33 responden. Total sampel pasien HIV/AIDS dalam penelitian ini berjumlah 66 pasien HIV/AIDS.

C. Tempat dan waktu penelitian

1. Tempat

Penelitian ini dilakukan di instalasi rawat inap RSUD Sele Be Solu Kota Sorong dan RSUD Kabupaten Sorong, dimana kelompok intervensi di ruang rawat inap RSUD Sele Be Solu Kota Sorong dan kelompok kontrol di ruang rawat inap RSUD Kabupaten Sorong.

2. Waktu

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Juli s/d Agustus 2015.

D. Variabel Penelitian, Definisi Operasional, Skala Pengukuran

1. Variabel Penelitian

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang menilai beda terhadap sesuatu.⁴¹ Variabel yang dikaji dalam penelitian ini adalah variabel *independent* (bebas) dan variabel *dependent* (terikat).

Variabel dalam penelitian ini adalah :

a. Variabel bebas

Variabel bebas atau variabel *independent* adalah variabel yang kondisi dan nilainya dipengaruhi variabel lainnya. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah Manajemen Kasus HIV/AIDS.

b. Variabel terikat

Variabel terikat atau variabel *dependent* adalah variabel yang akan menentukan atau berpengaruh terhadap variabel bebas. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS.

2. Definisi Operasional

Definisi operasional dalam penelitian ini meliputi variabel bebas yaitu perlakuan berupa pemberian pelatihan manajemen kasus HIV/AIDS sedangkan variabel terikat dalam penelitian ini adalah kualitas hidup pasien HIV/AIDS.

Definisi operasional secara rinci tercantum dalam tabel 3.2 berikut ini :

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
<i>Variabel Independent</i>				
Manajemen Kasus HIV/AIDS	Pelayanan keperawatan berkesinambungan yang dilakukan oleh perawat melalui tahapan manajemen kasus HIV/AIDS yang meliputi proses penerimaan awal, pengkajian, perencanaan, pelayanan pengkaitan dan rujukan, monitoring dan evaluasi.			
<i>Variabel Dependent</i>				
Kualitas hidup pasien	Persepsi responden terhadap 6 domain yang menggambarkan kualitas hidup yaitu : kesejahteraan fisik, kesejahteraan psikologi, hubungan sosial, lingkungan, tingkat kemandirian, dan kesejahteraan spiritual	Kuesioner Kualitas Hidup yang dimodifikasi dari <i>WHOQOL-BREF</i> Kuesioner terdiri dari 26 item pertanyaan	Skor Kumulatif a. Min = 26 b.Max= 130	Interval

E. Alat Penelitian dan Cara pengumpulan data

1. Alat penelitian

Instrumen adalah alat bantu yang dipilih dan digunakan oleh peneliti dalam kegiatannya mengumpulkan data agar kegiatan tersebut menjadi sistematis dan lebih mudah. Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan menggunakan kuesioner, lembar observasi dan menggunakan modul pelatihan manajemen kasus HIV/AIDS yang dijelaskan sebagai berikut :

a. Tahap I

Pada tahap I instrumennya adalah lembar *pre test* dan *post test* yang akan diberikan kepada perawat yang akan mengikuti pelatihan manajemen kasus HIV/AIDS untuk menilai pemahaman perawat sebelum dan sesudah dilakukan pelatihan manajemen kasus HIV/AIDS.

b. Tahap II

1) Instrumen A

Instrumen A berupa kuesioner data demografi yang meliputi usia, jenis kelamin, status marital, tingkat pendidikan, pekerjaan.

2) Instrumen B

Instrumen B berupa lembar observasi yang digunakan untuk mengidentifikasi pelaksanaan dokumentasi manajemen kasus HIV/AIDS. Lembar observasi berupa *check list* yang disusun berdasarkan format pengkajian manajemen kasus pasien

HIV/AIDS yang terdiri dari 40 item, dengan alternative observasi tindakan “ya” (bila tindakan dilakukan) dengan skor 1 dan “tidak” (bila tindakan tidak dilakukan) dengan skor 0. Observasi tentang pelaksanaan dokumentasi manajemen kasus HIV perawat akan dilakukan oleh peneliti sendiri serta *observer* (asisten peneliti) dari internal rumah sakit yaitu ketua Tim (wakil kepala ruang).

3) Instrumen C

Instrumen bagian C untuk mengkaji kualitas hidup pasien HIV/AIDS sebelum perawat diberikan intervensi pelatihan manajemen kasus HIV/AIDS dan setelah perawat diberikan pelatihan manajemen kasus HIV/AIDS. Menggunakan kuesioner yang dimodifikasi dari *WHOQOL BREF*. Kuesioner ini terdiri dari 26 item pertanyaan yang mencakup 6 domain dalam penilaian kualitas hidup, yaitu : domain fisik, domain psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, lingkungan, dan spiritual / religi/ keyakinan personal.

4) Modul Pelatihan

Modul pelatihan manajemen kasus HIV/AIDS yang berisi tentang kegiatan inti/fungsi manajemen kasus HIV/AIDS yang diterjemahkan oleh Yayasan Layak Indonesia.

2. Cara Pengumpulan data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan dalam suatu penelitian. Pengumpulan data dalam penelitian ini melalui beberapa tahap, antara lain :

a. Persiapan penelitian

1) Prosedur administratif

a) Peneliti mengajukan kaji etik penelitian pada Komite Etik Universitas Diponegoro dan telah di terbitkan pada tanggal 06 Juli 2015.

b) Peneliti mengajukan surat ijin penelitian yang dikeluarkan oleh Universitas Diponegoro yang ditujukan kepada RSUD Sele Be Solu Kota Sorong sebagai tempat penelitian. Surat ijin penelitian ini telah diperoleh pada tanggal 08 Juli 2015.

2) Prosedur teknis

a) Setelah surat ijin penelitian diterbitkan, peneliti berkoordinasi dengan Kepala Bidang Keperawatan dan ruangan yang digunakan sebagai tempat penelitian

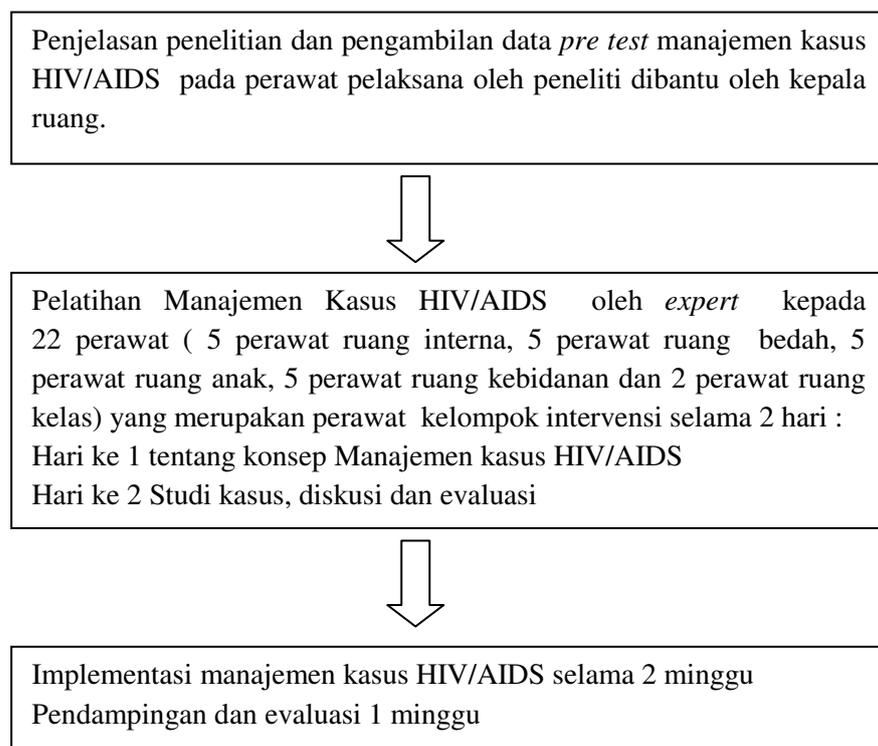
b) Peneliti menjelaskan kepada kepala ruang mengenai penelitian yang akan dilakukan, tujuan penelitian, manfaat penelitian, dan menjelaskan bahwa penelitian yang dilakukan tidak menimbulkan dampak buruk.

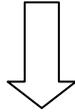
- c) Menentukan calon responden dan memberikan penjelasan tentang prosedur penelitian kepada responden.
- d) Setelah responden jelas mengenai informasi penelitian dan bersedia untuk menjadi subyek penelitian, responden diminta menandatangani lembar persetujuan dalam *informed consent* dan mengisi instrumen A yang berisi tentang karakteristik pasien dan kuesioner C tentang kualitas hidup pasien HIV/AIDS.

b. Pelaksanaan pelatihan

Pelaksanaan pelatihan yang dilakukan pada kelompok perawat dilakukan pada tanggal 24 – 25 Juli 2015 melalui tahapan pelaksanaan kegiatan yang dapat dilihat pada bagan berikut :

Bagan 3.1. Tahapan pelaksanaan pelatihan





Pengambilan data akhir (*post test*) manajemen kasus HIV/AIDS perawat pelaksana yang dilakukan oleh peneliti dengan dibantu kepala ruang selama 3 hari.

1) Tahap pengumpulan data awal (*pre test*)

Tahap pengumpulan data awal dengan melakukan observasi pelaksanaan manajemen kasus HIV/AIDS di masing – masing ruang rawat inap yang dilakukan selama 2 hari pada tanggal 22 dan 23 Juli 2015. Data tersebut digunakan untuk mengidentifikasi pelaksanaan manajemen kasus HIV/AIDS perawat pelaksana sebelum dilakukan intervensi pelatihan manajemen kasus HIV/AIDS pada kelompok perawat. Pengambilan data awal dilakukan dengan menggunakan lembar observasi pelaksanaan manajemen kasus HIV/AIDS yang dilakukan oleh peneliti dibantu kepala ruang.

2) Intervensi

Intervensi yang diberikan berupa pelatihan manajemen kasus HIV/AIDS kepada perawat pelaksana berjumlah 22 orang yang dilaksanakan selama 2 hari pada tanggal 24 dan 25 Juli 2015. Pelatihan manajemen kasus HIV/AIDS diberikan oleh Tim VCT & CST RSUD Sele Be Solu bekerja sama dengan KPAD (Komisi Penanggulangan AIDS Daerah) Kota Sorong, pelatihan ini dilakukan sesuai dengan modul yang telah dipersiapkan.

Tabel 3. 3. *Gannchart* Pelatihan

Materi			Hari 1	Hari 2
Konsep	Manajemen	Kasus		
HIV/AIDS				
Studi kasus, Diskusi dan Evaluasi				

Setelah dilakukan tahapan pelatihan, selanjutnya dilakukan pendampingan dan evaluasi penerapan manajemen kasus HIV/AIDS oleh peneliti dan kasie keperawatan selama 2 minggu pada perawat pelaksana yang telah mendapatkan pelatihan, dengan tujuan perawat dapat menerapkan pelayanan manajemen kasus HIV/AIDS kepada pasien HIV/AIDS yang ada di ruang rawat inap. Kegiatan pendampingan ini dilakukan mulai tanggal 27 Juli 2015 sampai dengan 08 Agustus 2015.

3) Tahapan pengumpulan data akhir (*post test*)

Pengumpulan data akhir dilakukan untuk mengidentifikasi proses manajemen kasus HIV/AIDS perawat pelaksana setelah dilakukan pelatihan manajemen kasus HIV/AIDS. Tahapan pengumpulan data dengan menggunakan lembar observasi pelaksanaan manajemen kasus HIV/AIDS setelah perawat pelaksana mendapatkan pendampingan pelaksanaan manajemen kasus HIV/AIDS selama kurun waktu 2 minggu. Tahap pengumpulan data akhir ini dilakukan pada tanggal 08 – 10 Agustus 2015.

F. Teknik pengolahan dan analisis data

1. Uji Validitas

Validitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan tingkat – tingkat kevalidan atau kesahihan suatu instrument. Sebuah instrument dikatakan valid apabila mampu mengukur apa yang diinginkan. Sebuah instrumen dikatakan valid apabila dapat mengungkapkan data dari variabel yang diteliti secara tepat. Tinggi rendahnya validitas instrumen menunjukkan sejauh mana data yang terkumpul tidak menyimpang dari gambaran tentang validitas yang dimaksud.^{42,43}

Uji validitas menggunakan *content validity*. *Content validity* relevan untuk mengukur afektif (perasaan, emosi, perilaku/kepribadian) dan mengukur pengetahuan. *Content validity* harus didasarkan pada penilaian, dilakukan dengan cara meminta *expert* atau ahli dibidangnya untuk menilai.

Expert yang dipilih dari peneliti berjumlah dua ahli yang pertama adalah Ibu Zahroh Shaluhayah, MPH, Ph.D yang menjabat sebagai Ketua Program Studi Magister Promosi Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro dan yang kedua adalah Ibu Diyan Yuli Wijayanti, S.Kep.,M.Kep, Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.

Hasil Uji *expert* I tentang lembar observasi pelaksanaan manajemen kasus HIV/AIDS, sudah mencakup semua aspek pelaksanaan pelayanan manajemen kasus HIV/AIDS tetapi bahasa pada

setiap item pertanyaan terlalu teoritis sehingga akan sulit dipahami. Bahasa perlu lebih aplikatif dan operasional sehingga perawat lebih memahami pelaksanaan kegiatan manajemen kasus HIV/AIDS. Pada kolom *assessment* sosial dan *assessment* psikologis perlu di fokuskan pada hasil wawancara yang dilakukan bersama pasien HIV/AIDS.

Hasil uji Expert II, pada setiap pertanyaan di rubah ke bentuk pernyataan sehingga membuat pasien lebih memahami. Pilihan jawaban harus lebih sederhana dan tidak menimbulkan beberapa jawaban.

2. Tehnik Pengolahan data

Data yang sudah terkumpul kemudian dilakukan pengolahan dengan langkah – langkah sebagai berikut : ^{44,45}

a. *Editing*

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. *Editing* dilakukan pada tahap pengumpulan data dan setelah data terkumpul pada kuesioner penelitian dan lembar observasi dapat dilihat kembali semua pernyataan yang sudah terisi, tulisannya cukup jelas terbaca, dan konsisten.

b. *Coding*

Coding merupakan kegiatan pemberian kode *numerik* (angka) terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori. Biasanya dalam pemberian kode dibuat juga daftar kode artinya dalam satu buku

(*code book*) untuk memudahkan kembali melihat lokasi dan arti suatu kode dari suatu variabel.

. Untuk jawaban kuesioner manajemen kasus HIV/AIDS dan kuesioner kualitas hidup pasien HIV/AIDS akan menggunakan kode *numerik* (angka), sedangkan untuk kode kelompok intervensi A dan kelompok kontrol B.

c. *Scoring*

Scoring adalah kegiatan pemberian skor terhadap item – item variable/sub variabel.

d. *Transferring* (entri data)

Entri data adalah kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan kedalam master tabel atau *database* computer, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana.

3. Analisa Data

Analisa data yaitu merupakan kegiatan yang bertujuan untuk mengetahui pengaruh antara variabel bebas dan variabel terikat seperti dalam konsep.⁴⁶

Teknik analisa data yang digunakan adalah sebagai berikut :

a. Analisa univariat

Analisis ini dilakukan untuk mendiskripsikan seluruh variabel yaitu variabel bebas dan variabel terikat dengan menggunakan tabel distribusi frekuensi. Analisis univariat bertujuan menyederhanakan atau memudahkan interpretasi data menjadi suatu informasi yang

berguna dalam bentuk narasi dan tabel distribusi frekuensi responden menurut variabel yang diteliti.⁴⁷

b. Analisa bivariat

Analisis bivariat dilakukan dengan uji beda (*uji t paired*) yaitu untuk mengetahui perbandingan nilai kualitas hidup pasien HIV/AIDS sebelum dan sesudah perawat diberikan pelatihan manajemen kasus HIV/AIDS serta perbedaan antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.

Tabel 3.4
Analisis bivariat Penelitian Pengaruh Pelatihan Manajemen Kasus HIV/AIDS Terhadap Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS

No	Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS		Skala	Uji Statistik
1	Kelompok eksperimen (<i>Pre Test</i>)	Kelompok eksperimen (<i>Post Test</i>)	Ordinal	Paired T-Test
2	Kelompok kontrol (<i>Pre Test</i>)	Kelompok kontrol (<i>Post Test</i>)	Ordinal	Paired T-Test
3	Kelompok kontrol (<i>Pre Test</i>)	Kelompok eksperimen (<i>Pre Test</i>)	Ordinal	Paired T-Test
4	Kelompok kontrol (<i>Post Test</i>)	Kelompok eksperimen (<i>Post Test</i>)	Ordinal	Paired T-Test

Sebelum data diolah dilakukan uji normalitas data, yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji *Shapiro Wilk* dimana distribusi data dinyatakan normal bila diperoleh nilai $\text{sig} > 0.05$.

Uji *Pearson Chi Square* digunakan untuk mengetahui hubungan antara pelaksanaan manajemen kasus HIV/AIDS terhadap kualitas hidup pasien HIV/AIDS pada kelompok intervensi. Sedangkan untuk mengetahui pengaruh pelaksanaan manajemen kasus

terhadap kualitas hidup pasien HIV/AIDS digunakan analisis regresi linear sederhana.

c. Uji Homogenitas

Uji Homogenitas digunakan untuk mengetahui varian dari populasi sama atau tidak. Tujuan dilakukannya uji homogenitas yaitu memperkuat atau membuktikan secara statistik kesetaraan pada kondisi awal kedua kelompok subjek. Uji homogenitas dilakukan untuk mengetahui apakah varian antar kelompok yang dibandingkan identik atau tidak. Uji homogenitas dilakukan dengan metode *Levene test* dengan taraf signifikansi $p > 0.05$ yang berarti data homogen.

Dengan demikian, bahwa pada awal sebelum dilaksanakan intervensi kondisi atau variasi kualitas hidup sama yaitu pada kelompok intervensi dengan nilai kualitas hidup ada yang tinggi dan rendah, sama halnya dengan kelompok kontrol memiliki nilai kualitas hidup ada yang tinggi dan rendah.

G. Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian, peneliti mengajukan permohonan kepada pihak terkait untuk mendapatkan persetujuan. Setelah mendapatkan persetujuan, maka penelitian dilakukan dengan menekankan pada masalah etika penelitian sebagai berikut : ^{48,49}

1. *Ethical clearance*

Keterangan tertulis yang diberikan oleh komisi etik penelitian untuk riset yang melibatkan makhluk hidup yang menyatakan bahwa suatu proposal riset layak dilaksanakan setelah memenuhi persyaratan tertentu.

2. *Inform consent*

Merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden. Peneliti memberikan lembar persetujuan, sebelum pengambilan sampel terlebih dahulu meminta ijin pada subjek – subjek yang akan diteliti baik secara lisan maupun lembar persetujuan atas kesediaannya dijadikan subjek penelitian dengan tujuan agar objek mengetahui maksud dan tujuan penelitian dan mengerti dampaknya.

3. *Anomity* (tanpa nama)

Subjek mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan, untuk itu perlu adanya *anomity* atau tanpa nama. Subjek tidak perlu mencantumkan nama dalam kuesioner untuk menjaga privasi. Untuk mengetahui keikutsertaan subjek penelitian menulis nomor kode pada masing – masing lembar pengumpulan data.

4. *Confidentiality*, diartikan sebagai kerahasiaan. Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan kerahasiaan hasil penelitian baik informasi maupun masalah lainnya. Semua informasi yang telah diperoleh dari subjek dijamin kerahasiaannya oleh peneliti hanya data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.