

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Saat seseorang dinyatakan menderita suatu penyakit ganas atau mematikan membuat seseorang merasa bahwa hidupnya tidak akan lama lagi di dunia ini. Kehidupan menjelang ajal pada penderita penyakit ganas tidak sama dengan yang dialami oleh korban kecelakaan, serangan jantung mendadak dan orang yang bunuh diri. Individu yang mungkin memiliki waktu untuk mempersiapkan kematiannya adalah mereka yang menderita penyakit ganas dan mematikan, salah satunya adalah penderita HIV/AIDS. Penyakit HIV merupakan suatu penyakit yang membunuh penderita secara perlahan-lahan. Dimana masa inkubasi penyakit ini membutuhkan waktu yang cukup lama sekitar lima hingga sepuluh tahun hingga timbulnya gejala penyakit. Virus penyakit ini menyerang sistem kekebalan tubuh seseorang sehingga individu yang terkena penyakit ini akan mengalami kerusakan sistem kekebalan tubuh yang mengakibatkan individu tersebut mudah terserang penyakit.

Penderita HIV/AIDS termasuk penyakit yang menyebabkan kematian terbanyak di dunia. Menurut data Badan Kesehatan Dunia atau WHO, penderita HIV/AIDS di seluruh dunia jumlahnya sekitar 42 juta jiwa termasuk anak-anak dan dewasa dengan persentase antara pria dan wanita masing-masing 50 persen. Diperkirakan usia dewasa yang terinfeksi selama tahun 2002 sekitar 5 juta jiwa, sedangkan angka kematian penderita HIV/AIDS dewasa selama tahun 2002 sekitar 3,1 juta jiwa (**Kompas, 30 November 2002**). Salah satunya di kota Bandung, menurut fakta ada 673 kasus penderita dengan HIV, 46 kasus penderita AIDS, dan 358 kasus HIV/AIDS (**Yayasan Priangan Bandung**). Jumlah tersebut terutama disumbangkan dari kelompok IDU (*injecting drug user*) yang menggunakan jarum suntik tidak steril dan penggunaan jarum suntik yang sudah terinfeksi virus HIV bersama-sama secara bergantian.

Ketika seseorang dinyatakan positif mengidap HIV maka semua impian masa depan yang di cita-citakan seolah-olah hilang begitu saja. Hal ini disebabkan karena ketidaktahuan dan ketidakmengertian masyarakat terhadap penyakit ini serta kurangnya informasi yang didapatkan sehingga penderita cenderung dikucilkan dan mengucilkan diri. Hal ini merupakan suatu tekanan yang berat dan berkepanjangan bagi odha, selain penyakitnya merupakan penyakit yang belum ada obatnya, gejala-gejala fisik yang dialami odha juga mempunyai konsekuensi sosial, misalnya odha tidak dapat melanjutkan pendidikannya, kehilangan pekerjaan, dijauhi teman, ataupun dikucilkan oleh masyarakat. Stigma di masyarakat yang seperti ini membuat odha menutup diri terhadap lingkungannya sehingga menimbulkan jarak antara odha dengan lingkungan serta adanya hambatan sosialisasi pada odha maupun sosialisasi tentang penyakitnya seperti tentang hal-hal yang berkaitan dengan penyebab, akibat dan penyebaran penyakitnya.

Menurut **Nona Pooroe Utomo, S.Psi, M.A** seorang Direktur Eksekutif Yayasan AIDS Indonesia, selain tekanan yang berat seperti penjelasan diatas, proses kemarahan dan pengingkaran terhadap penyakitnya ini juga dapat berlangsung lama, bahkan dapat terus menerus muncul kembali walaupun pada awalnya telah berhasil dilewati dalam masa konseling. Berat ringannya atau cepat lambatnya proses kemarahan dan pengingkaran ini sangat tergantung pada dua hal utama, yaitu pertama, hal-hal yang berhubungan dengan penyebab keberadaannya. Hal-hal yang berhubungan dengan penyebab keberadaannya, dapat kita artikan sebagai kesadaran individu terhadap penyebab kondisinya yang positif HIV. Apakah ia menganggap bahwa penyebab itu datang dari dirinya atautkah orang lain yang ia jadikan sebagai sumber kepedihannya. Hal yang kedua, situasi psikososialnya, yaitu keluarga. Keluarga sebagai sumber keterikatan yang sulit dilepaskan oleh individu. Semakin tidak mungkin Odha memberitahukan keluarga khususnya orang tua, semakin sulit membebaskan diri dari keterikatan penyakitnya. Semakin sulit pula proses terapi untuk sampai pada saat yang lebih konstruktif untuk meyakinkan individu

menghadapi hidup yang lebih positif. (Perawatan dan dukungan untuk orang dengan HIV/AIDS, 1996)

Menurut **Sidney Cobb, 1976 (dalam E.P Sarafino, 1990)** bahwa individu yang memperoleh dukungan sosial percaya bahwa mereka dicintai dan diperhatikan, merasa dihargai dan bernilai, dan merasa menjadi bagian dari jaringan sosial seperti keluarga dan organisasi masyarakat, hal ini memberikan hal-hal yang baik seperti saling melayani dan saling membutuhkan dalam situasi yang menyenangkan ataupun tidak menyenangkan. Hal positif lain yang didapatkan dari dukungan sosial bahwa dukungan sosial dapat membantu masyarakat untuk menghadapi kondisi psikologis yang membuat stres serta kejadian-kejadian yang tidak menyenangkan

Berdasarkan hasil survey yang dilakukan oleh peneliti pada sepuluh Odha, pada saat pertamakali dinyatakan positif menderita HIV, masing-masing odha merasakan berbagai macam perasaan misalnya perasaan sedih, marah, bingung, kaget, *frozen feeling*, perasaan hancur dan terpuruk, bahkan putus asa. Reaksi yang ditimbulkan pun berbeda-beda misalnya mengucilkan diri, tetap menggunakan narkoba, merenung, melakukan konseling, berusaha berpikir ke arah positif walaupun banyak penyangkalan, bersikap diam karena takut penyakitnya diketahui orang lain, berhenti menggunakan narkoba dan mencari dukungan kelompok.

Adapun upaya-upaya yang dilakukan sepuluh Odha tersebut dalam menghadapi penyakitnya yaitu mencari kelompok dukungan untuk memperoleh informasi tentang pengobatan, menjaga pola hidup sehat, mengumpumpulkan dan mencari informasi yang benar tentang HIV mulai dari pencegahan maupun penyebarannya, melakukan tes CD4, pengobatan alternatif, serta berupaya mencari pasangan yang baik. Melihat upaya-upaya yang dilakukan odha menunjukkan adanya upaya yang positif. Hal ini menunjukkan adanya kegigihan odha dalam menghadapi penyakitnya dan berjuang untuk mengatasinya sehingga diharapkan odha dapat mengetahui kekuatan dan kelemahan dirinya dan menghasilkan kemampuan yang tepat untuk menentukan harapan yang sesuai dengan situasi dan kondisi.

Menurut hasil survey awal yang dilakukan peneliti pada sepuluh Odha, dari lima orang odha yang memperoleh dukungan dari orang tua, dua orang merasa bahwa dukungan itu membuat odha punya harapan untuk tetap bertahan hidup, tetap menjaga kondisi kesehatannya, selalu melakukan *check up* kesehatan, rajin meminum obat yang diberikan, mencari pengobatan alternatif, melakukan konseling, tidak menggunakan narkoba lagi, mengikuti kegiatan-kegiatan di tempat rehabilitasi dengan sungguh-sungguh dan tetap bekerja. Tiga odha yang mendapat dukungan namun dukungan yang dihayati odha adalah odha merasa harapan hidupnya kecil, masa depannya hancur karena tidak bisa kuliah atau bekerja lagi, khawatir tentang kelangsungan hubungan dengan pasangan, putus asa, dan menerima begitu saja keadaan yang dialaminya.

Lima orang odha yang merasa tidak memperoleh dukungan dari orang tua seperti dijauhi orang tua, tidak pernah dikunjungi, tidak diberikan biaya pengobatan, dan merasa malu terhadap keadaan odha. Tiga orang odha menghayati keadaan itu dengan sikap tetap punya harapan hidup, menjadi odha yang berdaya dengan status HIV positif, tetap melakukan konseling, dan tetap menjaga kondisi kesehatannya. Dua orang odha menghayati keadaan yang tidak di dukung dengan sikap mengucilkan diri, merasa harapan hidupnya kecil, tetap menggunakan narkoba, merasa putus asa, ada keinginan untuk bunuh diri, dan merasa bosan dengan hidup yang dijalani.

Berdasarkan fakta-fakta diatas bahwa ada Odha yang merasa tidak didukung namun tetap memiliki harapan hidup, sebaliknya ada Odha yang merasa didukung tapi merasa pesimis. Oleh karena itu maka peneliti tertarik untuk mengetahui apakah terdapat hubungan antara dukungan orang tua dan optimisme pada Odha di Yayasan “X” Bandung.

1.2 IDENTIFIKASI MASALAH

Berdasarkan apa yang telah diuraikan dalam latar belakang masalah sebelumnya, maka masalah yang hendak diteliti adalah:

Apakah terdapat hubungan antara dukungan orang tua dan optimisme pada Odha di Yayasan 'X' ?

1.3 MAKSUD DAN TUJUAN PENELITIAN

Maksud dari penelitian ini adalah untuk memperoleh gambaran mengenai dukungan orang tua dan optimisme pada odha di Yayasan 'X' .

Tujuan dari penelitian ini adalah ingin mengetahui apakah terdapat hubungan antara dukungan orang tua dan optimisme pada odha di Yayasan 'X'.

1.4 KEGUNAAN PENELITIAN

Berdasarkan latar belakang, maksud dan tujuan dari penelitian ini, maka penelitian ini diharapkan memiliki kegunaan yang berarti baik bagi kepentingan ilmiah maupun bagi kepentingan praktis yang dapat diterapkan langsung dalam kehidupan sosial, khususnya bagi kepentingan odha.

1.4.1 Kegunaan Ilmiah

- a. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperluas wawasan ilmu Psikologi Sosial dan Psikologi Klinis tentang dukungan keluarga dan optimisme pada odha.
- b. Menambah khasanah penelitian-penelitian psikologi yang berhubungan dengan odha, penghayatan Odha terhadap dukungan yang diberikan oleh orang tua dan optimisme.
- c. Penelitian ini diharapkan dapat memberi informasi kepada pihak-pihak yang ingin meneliti lebih lanjut mengenai hubungan antara dukungan orang tua dan optimisme pada odha.

1.4.2 Kegunaan Praktis

- a. Memberikan informasi kepada orang tua Odha perlunya dukungan orang tua bagi Odha baik moril maupun materil dalam menghadapi penyakitnya.
- b. Informasi ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi konselor yang menangani penderita HIV/AIDS dalam memberikan penyuluhan dan dampingan.
- c. Memberikan informasi kepada odha mengenai gambaran optimisme yang dimiliki odha sebagai upaya mengembangkan sikap optimis pada odha.

1.5 KERANGKA PEMIKIRAN

Salah satu penyakit di dunia ini yang sampai saat ini belum diemukan obatnya adalah AIDS, singkatan dari *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (sekumpulan gejala penyakit yang didapat karena berkurangnya kekebalan tubuh). AIDS disebabkan oleh virus yang diberi nama HTLV-III (*human T-lymhotropic virus*, tipe III) yang saat ini disebut HIV (*Human Immunodeficiency Virus*). Penyakit ini mengakibatkan menurunnya sistem kekebalan tubuh seseorang khususnya terhadap penyakit sehingga orang yang mengidap AIDS mudah sekali terserang penyakit. Adapun masa inkubasi penyakit ini membutuhkan waktu yang cukup lama sekitar lima sampai sepuluh tahun hingga timbulnya gejala penyakit. Pada sebagian orang yang terjangkit virus ini tidak menunjukkan gejala, malah merasa sehat. Penyakit ini dapat dideteksi dengan melakukan tes darah yang disebut tes ELISA dan tes *Western Blot*.

Adapun akibat dari penyakit ini yaitu menurunnya sistem kekebalan tubuh seseorang. Seperti diketahui apabila kekebalan tubuh seseorang menurun maka akan mudah terserang penyakit. Penyakit yang pada umumnya menyerang ODHA dan pasti mengakibatkan kematian adalah *Pneumonia Pneumocystis Carinii* (PPC), *Meningitis cryptococcus*, *Cryptococcus neoformans*, *Penicillium marnefey* dan *Tuberkulosis*.

Tidak hanya akibat kematian yang ditimbulkan oleh penyakit HIV yang harus dialami odha, pandangan masyarakat terhadap odha pun mempengaruhi keadaan odha. Kenyataan yang dihadapi ODHA bahwa didalam tubuhnya mengandung virus yang mematikan. Masyarakat memandang bahwa keadaan odha sebagai pencemaran atau sesuatu yang kotor karena masyarakat menganggap penularan HIV itu terjadi hanya karena perilaku seks bebas, hal ini berkaitan dengan adanya pelanggaran nilai dan norma di masyarakat. Kenyataan akan tanggapan masyarakat yang seperti ini membuat odha merasa sedih, kecewa, bahkan gusar karena masih kurangnya pengetahuan masyarakat tentang penyakit ini. Kenyataan ini tidak jarang membuat Odha memiliki cara pandang yang negatif terhadap dirinya ketika divonis menderita HIV positif. Selain itu tidak jarang juga Odha diliputi oleh pikiran-pikiran akan bayangan kematian dimasa muda. Meskipun kematian itu sendiri tidak dapat ditentukan manusia. Dengan beratnya tekanan dan stigma dari masyarakat maka dirasakan bahwa Odha membutuhkan dukungan sosial terutama dari orang tua.

Menurut **House (1981, dalam Vaux 1988)** dukungan sosial merupakan transaksi interpersonal yang melibatkan satu atau lebih hal-hal berikut: perhatian emosional (suka cinta, empati), bantuan instrumental (benda-benda dan pelayanan), informasi tentang lingkungan dan penilaian terhadap informasi yang relevan untuk evaluasi diri.

Salah satu sumber dukungan sosial pada Odha adalah orang tua. Odha masih berada dalam lingkungan keluarga sebagai orang terdekatnya baik itu orang tua maupun pasangan hidupnya. Adapun beberapa jenis dukungan menurut **Sarafino (1990)** yang dapat diberikan yaitu dukungan emosional, penghargaan, instrumental, dan informatif. Dukungan emosional adalah dukungan yang berhubungan dengan pengungkapan rasa senang, kasih sayang, empati, pemeliharaan, kesediaan untuk mendengarkan dan perhatian. Dukungan penghargaan adalah dukungan yang berhubungan dengan pemberian penghargaan positif, dorongan untuk maju atau dukungan terhadap ide-ide atau perasaan individu dan memberikan perbandingan positif antar individu dengan orang lain sehingga individu merasa lebih berharga. Dukungan instrumental adalah dukungan yang berhubungan dengan bantuan

langsung untuk menyelesaikan tugas mereka atau bantuan finansial. Selanjutnya dukungan informasi adalah dukungan yang meliputi pemberian nasehat, arah, sugesti atau umpan balik mengenai apa yang sebaiknya dilakukan oleh individu.

Individu yang memperoleh dukungan sosial misalnya dalam bentuk kasih sayang, perhatian dan hubungan persahabatan yang mendalam dapat membantu individu itu untuk mengembangkan sikap optimis.

Menurut **Martin E.P Seligman (1990)** individu yang optimis adalah individu yang percaya bahwa kekalahan dan kegagalan hanya sementara, terjadi pada peristiwa tertentu saja, kekalahan itu terjadi bukan karena dirinya tetapi karena keadaan lingkungan (keadaan diluar dirinya). Menurut **Seligman (1990)** individu yang optimis juga memiliki kebiasaan hidup sehat yang baik dibandingkan dengan individu yang pesimis, dan sistem kekebalan tubuh pada individu yang optimis juga akan bekerja dengan lebih baik oleh karena itu sikap optimis diharapkan dapat membantu odha dalam menghadapi penyakitnya, memiliki harapan akan hidupnya, dan kemampuan untuk memahami kondisi yang dialaminya. Hal ini didukung oleh pendapat **Seligman dan Buchanan** (dalam www.apa.org) dalam kaitannya dengan kesehatan mengatakan bahwa individu yang memiliki sikap optimis akan terhindar dari depresi bahkan dapat meningkatkan kesehatan fisik mereka. Selain itu individu yang memiliki optimisme dapat memimpin dirinya untuk bertindak terus menerus penuh semangat karena menganggap keadaan yang kritis sebagai proses mencapai kondisi kesehatan yang lebih baik (**Peterson and Bossio**, dalam www.apa.org).

Seligman (1990) berpendapat bahwa individu yang optimis akan melawan ketidakberdayaan. Ketika individu yang optimis gagal maka mereka tidak menjadi depresi dan tidak mudah putus asa. Ketidakberdayaan (*learned helplessness*) pada individu yang optimis lebih kecil dibandingkan individu yang pesimis. Selain itu ada beberapa hal dari sikap optimis yang berdampak bagi kesehatan yaitu pertama, sikap optimis akan menghindari keadaan tidak berdaya sehingga dapat mencegah menurunnya sistem kekebalan tubuh dengan cepat. Kedua, sikap optimis dapat menghasilkan kesehatan yang baik, memimpin individu mengatur pola hidup sehat,

dan akan mencari nasehat tentang kesehatan. Ketiga, sikap optimis dapat membantu seseorang dalam menghadapi keadaan yang buruk sehingga dapat mempengaruhi kondisi kesehatan individu tersebut. Keempat, individu yang didukung dan memperoleh kasih sayang dari sahabatnya akan dapat membantu individu itu untuk bersikap optimis sehingga mempengaruhi kesehatan fisiknya menjadi lebih baik.

Menurut **Seligman (1990)**, individu yang pesimis adalah individu yang percaya bahwa keadaan yang buruk tersebut bersifat menetap, terjadi pada semua situasi dan disebabkan karena kesalahannya sendiri. *Explanatory style* dari sikap pesimis adalah inti dari pikiran sedih. Adanya konsep negatif terhadap masa depan, terhadap dirinya, dan kesukaran hidup karena memandang bahwa keadaan yang buruk bersifat *permanent, pervasive, dan personal*. Sedangkan keadaan yang baik dipandang sebaliknya. Tingkah laku yang biasanya dimunculkan adalah pasif, keragu-raguan atau kebingungan, dan keinginan untuk bunuh diri. Apabila odha bersikap pesimis akan mempengaruhi kondisi kesehatannya menjadi semakin memburuk. Hal ini disebabkan orang yang pesimis lebih mudah mengalami stres sehingga pada umumnya orang yang pesimis memiliki aktivitas kekebalan tubuh yang kurang baik. Ini berasal ketika habisnya *catecholamines* yang dikenal dengan nama *endorphins* (*morphine* dalam tubuh yang berfungsi meningkatkan energi). Sel dari sistem kekebalan tubuh memiliki *reseptors* yang dapat merasakan tingkatan *endorphins*. Pada saat *catecholamines* menurun, seperti halnya saat seseorang mengalami depresi, *endorphins* keluar dan dideteksi oleh sistem kekebalan tubuh dan kemudian mengakibatkan menurunnya sistem kekebalan tubuh seseorang (**Martin E.P Seligman, 1990**). Kondisi ini berakibat buruk bagi kondisi kesehatan odha karena penyakit yang dialami odha berkaitan dengan menurunnya sistem kekebalan tubuh.

Untuk mengetahui optimisme dan pesimisme seseorang dapat dilihat dari kebiasaan yang dibentuk dari sejak kanak-kanak hingga remaja dalam berpikir tentang penyebab dari suatu keadaan. Kebiasaan ini, menurut **Seligman (1990)** dikatakan sebagai *explanatory style*. *Explanatory style* menurut **Seligman (1990)** adalah kebiasaan atau cara seseorang untuk menjelaskan mengapa suatu peristiwa

terjadi pada dirinya atau penyebab dari peristiwa yang dihadapinya. *Explanatory style* dipengaruhi juga oleh kritik orang dewasa, genetik, *explanatory style* ibu serta *mastery and helplessness experiences*. *Explanatory style* tidak diturunkan melainkan dipelajari seiring dengan pengalaman kehidupan individu. Dengan *explanatory style*, odha berpikir apakah dirinya berdaya atau tidak berdaya. Hal tersebut merupakan indikator apakah odha tersebut optimis atau pesimis. Pertama kali, seorang anak akan mempelajari optimisme dari orang tuanya khususnya ibu yang mengasuhnya. Anak akan belajar ketika ibunya berbicara, menjawab pertanyaan dari anaknya. Seorang anak akan mendengarkan dengan teliti apa yang dikatakan ibunya dan perkataan ibunya yang didengar anak setiap hari dan berulang-ulang sehingga mempengaruhi *explanatory style* anak. Demikian juga dengan kritik yang diberikan oleh orang dewasa ketika anak mengalami kegagalan. Anak akan mendengarkan dengan teliti isi dan bentuk dari kritikan serta akan memperhatikan bagaimana cara orang dewasa mengatakan kritikan tersebut. Hal itu juga akan mempengaruhi *explanatory style* anak. Sementara pada kenyataan bahwa ketika masih kecil anak pernah mengalami kehilangan atau trauma juga merupakan salah satu hal yang dapat mempengaruhi pembentukan *explanatory style* anak. Selain itu, faktor genetik juga merupakan salah satu hal yang turut membentuk *explanatory style* anak karena genetik yang dimaksud disini adalah pengalaman yang didapat karena faktor gen (**Martin E.P Seligman, 1990**).

Adapun tiga dimensi yang digunakan dalam berpikir tentang sebab dari situasi, yaitu: pertama *permanence*, yang dipermasalahkan adalah soal waktu, yaitu apakah keadaan yang baik atau keadaan yang buruk tersebut *permanecet* (menetap) atau *temporary* (sementara). Odha yang optimis akan berpikir bahwa keadaan yang baik itu menetap dan keadaan yang buruk hanyalah sementara. Sebaliknya odha yang pesimis akan berpikir bahwa keadaan yang baik bersifat sementara dan keadaan yang buruk akan menetap. Kedua *pervasiveness*, yang dibicarakan adalah soal ruang lingkupnya, dibedakan antara *universal* atau *spesific* yaitu apakah keadaan yang baik dan buruk akan terjadi menyeluruh ke segala aspek kehidupan atau hanya pada satu

aspek kehidupan saja. Odha yang optimis akan berpikir bahwa keadaan yang baik akan terjadi ke segala aspek dan keadaan yang buruk akan terjadi pada salah satu aspek kehidupannya. Sebaliknya odha yang pesimis akan berpikir bahwa keadaan yang buruk akan terjadi pada semua aspek kehidupan dan keadaan yang baik akan terjadi pada salah satu aspek kehidupan saja. Ketiga *personalization*, memfokuskan pada dari mana keadaan baik ataupun keadaan buruk berasal, apakah dari dalam diri (*internal*) atau dari lingkungan diluar dirinya (*eksternal*). Odha yang optimis akan berpikir bahwa keadaan yang baik berasal dari dirinya dan keadaan yang buruk berasal dari lingkungan. Sebaliknya Odha yang pesimis berpikir bahwa keadaan yang buruk berasal dari dalam dirinya dan keadaan yang baik berasal dari lingkungan.

Dukungan sosial merupakan salah satu yang terpenting yang dapat menumbuhkan optimisme dalam diri Odha. Apabila Odha merasa optimis maka sikap ini juga dapat mempengaruhi kondisi kesehatannya kepada kondisi yang lebih baik. Selain itu odha yang optimis akan memiliki harapan-harapan terhadap masa depannya dan berupaya akan melakukan hal-hal yang bermakna dalam kehidupannya.

Odha yang menghayati bahwa orang tua memberikan dukungan emosional berupa kasih sayang dan perhatian akan merasa aman dan diterima oleh lingkungan keluarganya. Ketika Odha dinyatakan terinfeksi virus HIV, Odha merasa bahwa keluarganya akan mengerti dan menerima Odha apa adanya. Odha akan mendapatkan perhatian serta empati yang membuatnya merasa tenang dan tidak putus asa. Ini akan membangun kembali kepercayaannya dan menimbulkan harapan untuk menghadapi penyakitnya serta termotivasi untuk meningkatkan kualitas hidupnya dengan tetap menjaga kondisi kesehatannya. Odha berpikir bahwa penyakitnya tidak mempengaruhi seluruh aktivitasnya sehari-hari (*PvG-Universal*). Odha juga tetap memiliki semangat bahwa keadaan yang dialaminya dapat berangsur-angsur membaik (*PmB-Temporary*) dan jumlah virus yang ada ditubuhnya semakin berkurang dengan mengkonsumsi obat yang dianjurkan (*PsG-Internal*). Odha merasa mampu menghadapi penyakitnya dengan mengisi waktunya dengan hal-hal yang bermanfaat. Dengan demikian dalam diri odha tersebut akan terbentuk sikap optimis.

Bila Odha bisa menerima keadaan dirinya, maka perhatian dan kasih sayang yang didapatkannya membuat Odha merasa lebih percaya diri. Odha akan bersemangat untuk mengikuti program-program terapi serta secara rutin akan melakukan konsultasi kesehatan. Odha percaya bahwa selanjutnya hal itu dapat membantu peningkatan kondisi kesehatannya (*PmG-Permanence*) dan Odha merasa yakin bahwa kondisi kesehatan yang baik bisa didapatkannya karena Odha sudah merawat dirinya dengan baik (*PsG-Internal*).

Namun Odha yang menghayati bahwa orang tua tidak memberikan dukungan emosional berupa kasih sayang dan perhatian akan timbul perasaan tidak aman dalam dirinya. Seperti saat odha dinyatakan positif menderita HIV. Odha merasa tidak ada yang peduli padanya dan berpikir bahwa orang tuanya tidak menerima dirinya. Orang tuanya pasti menjauhinya dan tidak mau mengerti. Odha merasa putus asa dan tidak ada keinginan untuk berusaha lagi dan odha tidak termotivasi serta tidak memiliki harapan bahwa odha mampu menghadapi dan menerima kenyataan tentang penyakitnya (*PmB-Permanence*). Odha merasa penyakitnya itu terjadi karena kesalahannya (*PsB-Internal*) dan mempengaruhi seluruh aspek kehidupannya (*PvB-Universal*). Hal ini menyebabkan Odha merasa tidak berguna lagi dan tidak berani menerima kenyataan. Odha takut karena ia kemungkinan meninggal dunia dalam usia muda. Dengan demikian dalam dirinya akan terbentuk sikap pesimis. Ketika Odha mencapai kondisi kesehatan yang lebih baik, odha yang merasa tidak diperhatikan akan berpikir bahwa orang tuanya tidak peduli kepadanya. Odha merasa tidak diterima didalam orang tuanya dan tidak memiliki harapan bahwa ia mampu mencapai kondisi kesehatan yang lebih baik. Odha merasa kondisi kesehatannya yang baik hanya pada saat itu saja (*PmG-Temporary*) dan merasa bahwa keadaan yang baik itu karena lingkungan disekitarnya (*PsG-Eksternal*).

Dukungan lainnya yang diberikan orang tua adalah dukungan penghargaan yang berupa perbandingan positif antara odha dengan orang lain. Hal ini akan membangun perasaan yang lebih baik akan dirinya dan membuat odha merasa lebih berharga. Odha dapat termotivasi untuk lebih maju, misalnya ketika odha sudah mulai tidak

teratur mengkonsumsi obat yang berfungsi untuk mengurangi jumlah virus dalam tubuhnya (ARV), orang tua odha tetap mendorongnya supaya rutin meminum obat tersebut demi kesehatannya. Dukungan ini membuat odha merasa berharga bagi orang tuanya. Odha berpikir apabila obatnya tidak diminum secara rutin, ia membuat orang tuanya sedih (*PsG-Internal*). Odha berpikir bahwa obat itu tidak dikonsumsi hanya untuk sementara saja (*PmB-Temporary*). Bila ia tetap dengan rutin meminum obatnya maka Odha akan mendapat dukungan yang positif dari orang tuanya. Dukungan ini membuat Odha merasa berharga dan membuat odha berusaha dan terus memotivasi dirinya untuk secara teratur meminum obat supaya kondisi kesehatannya membaik (*PsG-Internal*). Dengan demikian akan terbentuk dalam diri odha sikap optimis. Odha merasa ia memiliki harapan akan kondisi kesehatan yang lebih baik sehingga mempengaruhi juga kondisi fisik dan psikisnya (*PvG-Universal*) dan kondisi itu akan berlangsung seterusnya (*PmG-Permanence*).

Odha yang menghayati bahwa orang tua yang tidak memberikan dukungan penghargaan akan mengembangkan kepercayaan bahwa ia tidak dihargai. Pada waktu Odha mengalami suatu kegagalan ia akan berpikir bahwa masalah itu timbul karena kesalahannya sendiri (*PsB-Internal*). Odha merasa tidak akan mampu bila harus menghadapi masalah yang sama (*PmB-Permanent*) dan berpikir akan muncul masalah-masalah lainnya yang akan terjadi pada seluruh aspek kehidupannya (*PvB-Universal*). Hal ini dapat terbentuk sikap pesimis pada Odha. Walaupun Odha mengalami keberhasilan, Odha merasa orang tuanya tidak menghargainya. Odha merasa tidak memiliki harapan dan kepercayaan bahwa keberhasilan itu karena dirinya (*PsG-Eksternal*). Keberhasilan yang diraihny sekarang hanya untuk sementara waktu saja dan tidak akan ia dapatkan lagi (*PmG-Temporary*) dan hanya bermanfaat bagi salah satu aspek dari kehidupannya saja (*PvG-Specific*).

Selain itu Odha yang menghayati bahwa orang tuanya memberikan dukungan instrumental berupa uang dan waktu luang serta membantu Odha menyelesaikan tugas-tugasnya saat odha mengalami stres akan sangat menolong kondisi Odha. Odha merasa bahwa ia diperhatikan dan dirawat oleh orang tuanya. Dukungan materi serta

waktu luang yang diberikan orang tua untuk mengunjungi Odha dapat membantu odha merasa diperhatikan dan tetap menjadi bagian dari keluarga. Odha berpikir uang dan waktu luang yang diberikan akan mendukung seluruh proses pengobatan (*PvG-Universal*) sehingga odha tetap mendapatkan layanan kesehatan yang membantu meningkatkan kondisi kesehatannya (*PmG-Permanence*). Odha merasa bahwa masalah yang berkaitan dengan biaya pengobatan tidak akan dialami selamanya (*PmB-Temporary*) sehingga odha berusaha untuk mempertahankan kondisi kesehatannya pada keadaan yang baik. Dengan demikian akan terbentuk sikap optimis pada Odha dalam menghadapi penyakitnya. Odha merasa kemungkinan kesulitan biaya selama masa pengobatan tidak dialaminya dan bantuan orang tua dalam menyelesaikan masalah saat Odha mengalami stres akan membantu pemulihan kesehatan Odha baik fisik maupun psikis (*PvG-Universal*).

Sebaliknya Odha yang menghayati bahwa ia tidak memperoleh dukungan instrumental dari orang tuanya menimbulkan adanya beban yang berat buat Odha sehingga menyebabkan stres pada Odha. Odha kesulitan dalam mendapatkan biaya yang sangat diperlukan untuk membantu proses pengobatan penyakitnya. Odha akan merasa bahwa penyakitnya ini menjadi beban buat orang tuanya (*PsB-Internal*). Tidak adanya dukungan biaya dari orang tua membuat odah merasa bahwa penyakit ini akan selama-lamanya tidak dapat diobati (*PmB-Permanence*) dan hal ini akan mempengaruhi seluruh kondisi fisik dan psikisnya. Keadaan ini dapat membentuk sikap pesimis pada Odha. Bila ia mendapat bantuan biaya, ia merasa itu hanya untuk sementara saja (*PmG-Temporary*) dan kondisi kesehatan yang lebih baik yang dialaminya karena lingkungan (*PsG-Eksternal*). Hal ini dapat mempengaruhi kepercayaan dan harapan Odha untuk bisa mencapai kondisi kesehatan yang lebih baik. Odha merasa bahwa keadaan yang lebih baik itu tidak mungkin didapatkannya.

Odha yang menghayati bahwa orang tuanya memberikan dukungan informasi berupa nasehat, pengarahan, sugesti atau umpan balik mengenai apa yang sebaiknya dilakukan oleh Odha akan membuat odha memiliki wawasan yang lebih luas terhadap penyakit yang dideritanya. Misalnya, informasi mengenai terapi atau pengobatan

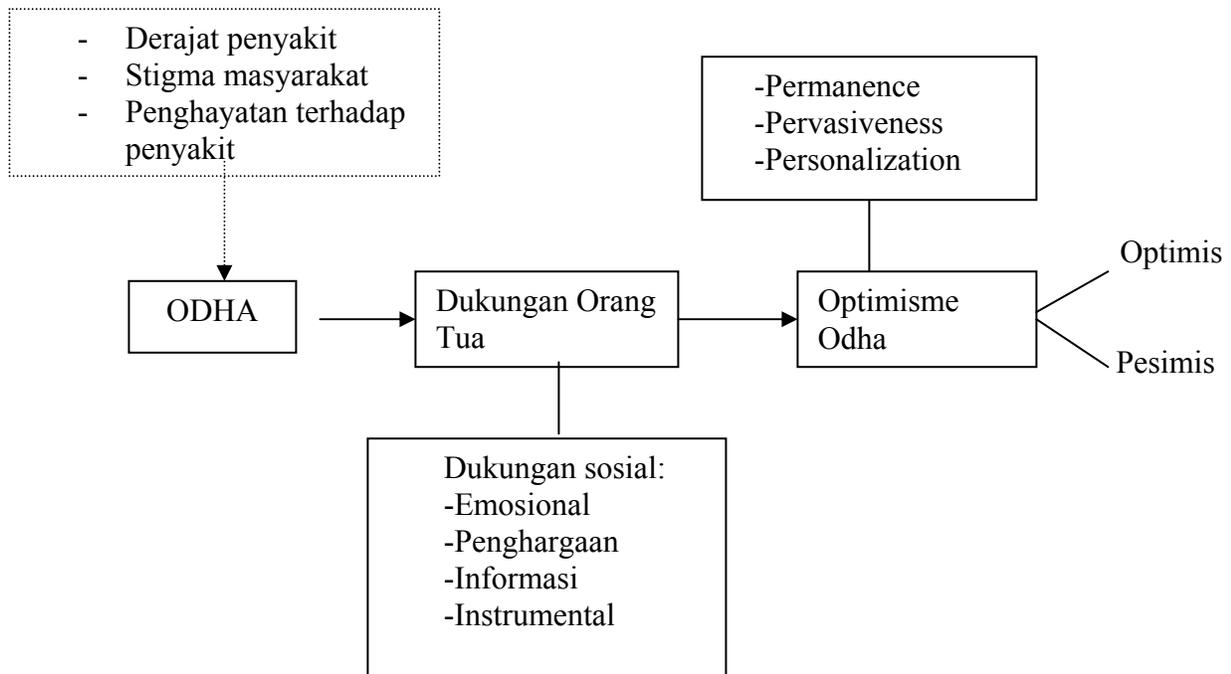
penyakitnya, akibat dan cara penularannya, hal ini membantu odha mengenali dan memahami tentang penyakit yang dideritanya. Odha akan mengetahui hal-hal yang baik maupun yang buruk bagi dirinya berkaitan dengan penyakitnya. Hal ini menjadikan Odha merasa yakin bahwa ia dapat menerima kondisinya apa adanya dan kondisi itu tidak berpengaruh terhadap seluruh aspek kehidupannya (*PvB-Specific*). Apabila Odha memperoleh banyak informasi dan masukan mengenai penyakitnya maka dapat menimbulkan harapan untuk mencapai kondisi kesehatan yang lebih baik seterusnya (*PmG-Permanence*). Hal ini juga dapat menimbulkan upaya-upaya positif dari diri Odha untuk proses pengobatan penyakitnya (*PsG-Internal*). Dengan demikian akan terbentuk sikap optimis pada Odha. Odha memiliki harapan-harapan untuk keadaan selanjutnya khususnya harapan kondisi kesehatannya semakin membaik.

Sebaliknya, jika Odha merasa tidak mendapat dukungan informasi dari orang tuanya maka Odha kurang memiliki pengetahuan yang luas mengenai upaya-upaya dan sikap yang diperlukan untuk menghadapi penyakitnya. Kurangnya informasi juga membuat Odha cenderung menyelesaikan masalahnya sendiri dan menganggap peristiwa ini karena kesalahannya dari dirinya (*PvB-Internal*). Hal ini dapat membentuk sikap pesimis pada odha. Odha merasa tidak ada satu hal pun yang dapat dia lakukan untuk menjalani pengobatan penyakitnya dan merasa tidak ada upaya-upaya yang dapat dilakukan supaya kesehatannya menjadi baik. Odha akan merasa putus asa dan tidak memiliki harapan terhadap kemungkinan peningkatan kondisi kesehatannya. Odha menganggap keadaan ini dapat mengacaukan seluruh harapan dan cita-citanya (*PvB-Universal*).

Berdasarkan penjelasan diatas, dapat dilihat bagaimana seseorang menjelaskan suatu keadaan yang terjadi mencerminkan bagaimana harapan seseorang atau seberapa besar energi yang dimiliki orang tersebut untuk menghadapi keadaan tersebut. Selain itu dengan optimisme seseorang akan dilengkapi kegigihan dalam menghadapi suatu situasi yang menguntungkan serta kemampuan berjuang untuk mengatasi masalah. Dengan optimisme seseorang diharapkan dapat mengetahui

kelemahan dan kelebihan diri sendiri sehingga dapat mempunyai kemampuan yang tepat untuk menentukan harapan yang sesuai dengan situasi dan kondisi.

Dengan demikian kerangka pemikiran ini dapat digambarkan dengan bagan sebagai berikut :



Bagan 1.5 Bagan Kerangka Pikir

1.6 ASUMSI PENELITIAN

Berdasarkan latar belakang masalah dan kerangka pemikiran diatas maka dapat diambil asumsi sebagai berikut:

1. Faktor yang mempengaruhi optimisme pada saat seseorang menderita HIV/AIDS adalah derajat penyakit, stigma masyarakat, penghayatan terhadap penyakit, dan dukungan orang tua.
2. Dukungan orang tua merupakan salah satu faktor yang berperan penting dalam terbentuknya optimisme pada Odha
3. Dukungan orang tua yang dihayati oleh Odha membuat Odha menjadi optimis atau pesimis

1.7 HIPOTESIS PENELITIAN

Terdapat hubungan antara dukungan orang tua dan optimisme pada penderita HIV/AIDS pada yayasan 'X' Bandung.

BAB II

TINJAUAN TEORETIS

2.1 DUKUNGAN SOSIAL

Menurut **Thoit (Vaux, 1988)**, dukungan merupakan tingkat kebutuhan dasar seseorang yang dipenuhi melalui interaksi dengan orang lain. Kebutuhan-kebutuhan ini antara lain : afeksi, penghargaan, rasa memiliki, identitas dan keamanan.

Menurut **House (Vaux, 1988)**, dukungan merupakan transaksi interpersonal yang melibatkan satu atau lebih hal-hal berikut : perhatian emosional (suka, cinta, empati), bantuan instrumental (benda-benda dan pelayanan), informasi tentang lingkungan dan penilaian terhadap informasi yang relevan untuk evaluasi diri.

Beberapa ahli meletakkan dukungan sosial sebagai perilaku yang meliputi ekspresi perasaan yang positif yang membuat individu merasa yakin bahwa ia memperoleh bantuan dan pertolongan, dicintai dan diperhatikan, dihargai dan dinilai tinggi, tetap merupakan bagian dari kelompoknya dan perasaannya dimengerti oleh orang lain (**Taylor, 1991**). Sedangkan menurut **Rodin dan Salovey (1989)**, perkawinan dan keluarga merupakan sumber dukungan sosial yang paling penting. **Cobb (1976)** menekankan orientasi subyektif yang memperlihatkan bahwa dukungan sosial itu terdiri atas informasi yang menuntun orang meyakini bahwa dirinya diurus dan disayangi. Setiap informasi apapun dari lingkungan sosial yang meyakinkan individu bahwa ia menerima afeksi, penegasan atau bantuan menandakan ungkapan dukungan sosial (**Gottlieb, 1983**). Selain itu, **Sarafino (1990)** mengusulkan definisi operasional dari dukungan sosial adalah sebagai berikut : “ *dukungan sosial mengacu pada kesenangan yang dirasakan, penghargaan akan kepedulian atau membantu orang menerima suatu keadaan dari orang-orang atau kelompok lain .*”

Dengan demikian, interaksi antara dukunganyang sebenarnya yang dapat diraih didalam jaringan sosial dengan dukunganyang dirasakan menjadi sangat

penting. Dukungan ini dapat membantu individu mengatasi kondisi stres atau mempengaruhi reaksi individu terhadap stres.

Dukungan sosial disini yang berkaitan dengan adanya kesenangan, perhatian, esteem atau bantuan yang didapatkan oleh seseorang dari orang lain atau kelompok lain (**Cobb, 1976 ; Gentry dan Kobana, 1984 ; Wallston, Alagna De Vellis dan De Vellis, 1983 ; Wills, 1984**). Dukungan ini dapat berasal dari berbagai macam sumber, seperti pasangan individu (suami/istri) atau teman dekat, keluarga, teman, rekan kerja, ahli jiwa/psikolog atau organisasi masyarakat. Menurut **Sidney Cobb** (1976), individu yang mendapatkan dukungan sosial percaya bahwa mereka dicintai dan diperhatikan, diakui dan merasa berharga, mereka yang merasa bahwa dirinya merupakan bagian dari jaringan sosial seperti keluarga atau organisasi lain. Hal ini dapat membuat pertahanan yang baik, yang lebih berguna pada waktu dibutuhkan atau menghadapi situasi yang berbahaya.

2.1.1. Jenis Dukungan Sosial

Dari hasil penelitian untuk mengklasifikasikan tipe-tipe dukungan sosial (**Cobb, 1976 ; Cohen dan McKay, 1984 ; House, 1984 ; Schaefer, Coyne dan Lazarus, 1984 ; Wills, 1984 dalam Sarafino, 1990**) terdapat empat macam tipe dukungan sosial, yaitu :

- a. *Emotional support*, meliputi ekspresi dan empati, memelihara dan penuh perhatian terhadap individu hal ini akan membuat individu merasa nyaman atau aman, merasa menjadi bagian dari kelompok dan merasa dicintai saat mendapatkan stres.
- b. *Esteem support*, meliputi ekspresi dari penghargaan secara positif pada individu, memberi dorongan atau dukungan terhadap ide-ide atau perasaan individu dan memberikan perbandingan positif antar individu dengan orang lain, yaitu orang-orang yang lebih kurang mampu atau lebih buruk

keadaannya daripada dirinya. Dukungan seperti ini akan membangun perasaan yang lebih baik akan dirinya, kemampuannya dan membuatnya merasa lebih berharga. Dukungan ini terutama akan berguna saat individu mengalami stres.

- c. *Tangible or Instrumental support*, meliputi bantuan langsung seperti ketika seseorang memberikan atau meminjamkan uang atau membantu mereka menyelesaikan tugas-tugasnya saat mereka mengalami stres.
- d. *Informational support*, meliputi pemberian nasehat, arah, sugesti atau umpan balik mengenai apa yang sebaiknya dilakukan oleh mereka.

Tipe dukungan mana yang diterima dan dibuhkan oleh individu akan tergantung pada kondisi stres yang mereka alami. Sebagai contoh, dukungan emosional dan informasional mungkin dirasakan lebih penting bagi mereka yang menderita sakit parah (**Wortman dan Dunkel Schetter, 1987**). Walaupun dukungan emosional and informasional merupakan dukungan yang paling sering diterima saat individu mengalami stres, penerimaan dukungan esteem tidak tergantung dari stres. Pelajar yang menerima dukungan esteem yang lebih sering akan mempunyai kecenderungan yang lebih kecil menjadi cemas saat mengalami stres, dukungan ini dapat melindungi individu dari konsekuensi negatif stres.

Ada beberapa faktor yang secara potensial berhubungan dengan penerimaan dukungan. Salah satunya, individu kurang dapat menerima dukungan sosial apabila mereka tidak mengizinkan orang lain mengetahui apa yang mereka butuhkan. Individu yang kurang asertif untuk meminta bantuan atau merasa bahwa mereka seharusnya bersikap independen dan tidak menyusahkan orang lain atau merasa sulit menceritakan masalahnya pada orang lain atau tidak tahu harus meminta bantuan kepada siapa. Kadang-kadang penerima dukungan itu sendiri memiliki karakteristik yang tidak mengundang untuk diberi dukungan. Faktor lainnya adalah tidak adanya sumber yang dapat memberikan yang dapat memberikan dukungan atau mereka yang

diharapkan memberikan dukungan sedang mengalami stres atau mereka tidak cukup peka akan kebutuhan orang lain.

Selain itu, individu yang menerima dukungan sosial juga dipengaruhi oleh komposisi dan struktur dari jaringan sosial yang memberikan dukungan, disini berarti hubungan yang mereka miliki dengan keluarga dan komunitas (**Mitchell, 1969 ; Schaefer, Loyne dan Lazarus, 1981**). Hubungan ini berbeda antara kualitas dan kuantitas, yaitu frekuensi pertemuan, komposisi dan jaringan sosial (keluarga, teman, rekan kerja), kedekatan. Individu yang memiliki jaringan sosial yang memiliki kualitas dan kuantitas yang tinggi akan memiliki banyak kesempatan untuk mendapatkan dukungan sosial.

Kebutuhan, potensi dan kemampuan individu untuk menerima dukungan sosial yang diberikan akan berubah seiring dengan perkembangan individu (**Antonucci, 1985 ; Broadhead et al ., 1983 ; Bruhn dan Philips, 1987 ; Sarafino dan Armstrong, 1986**). Sebagai contoh, anak-anak dapat meminta dan menerima dukungan dari orang yang lebih tua, tapi kekurangmatangan kognisi dan kemampuan sosial mereka akan menghambat kemampuan mereka untuk menerimanya. Orang-orang dewasa memiliki level yang lebih tinggi untuk menerima tanggung jawab dalam keluarga, dalam pekerjaan ataupun dalam lingkungan sosial. Kondisi ini menciptakan stres baru baginya, tetapi juga membawa kemampuan dan kesempatan untuk menerima dukungan sosial.

Dari hasil penelitian didapat bahwa dukungan sosial dapat meredakan stres yang dirasakan individu. Selain itu, individu yang memiliki kontak sosial dengan teman dan keluarga yang lebih sedikit, memiliki tingkat kematian yang lebih tinggi dibandingkan dengan mereka yang memiliki kontak sosial yang lebih tinggi.

2.1.2 Pengaruh Dukungan Sosial Terhadap Kesehatan

Untuk menjelaskan bagaimana dukungan sosial dapat mempengaruhi kesehatan dan kondisi seseorang, para peneliti telah mengajukan dua buah teori, yaitu '*Buffering*' dan '*Direct Effects*'. Telah didapatkan bukti yang konsisten dari

penelitian-penelitian yang dilakukan (**Cohen dan Wills, 1985 ; Loyne dan Jones, 1987 ; Thoits, 1982 ; Worthman dan Dunkel Schetter, 1987 dalam Sarafino, 1990**).

Buffering hypothesis, menurut teori ini dukungan sosial akan mempengaruhi kesehatan dengan melindungi individu dari efek negatif yang disebabkan karena adanya stres yang tinggi. Fungsi perlindungan tersebut akan efektif bila individu dihadapkan pada stresor yang kuat. Bila stres yang dialami tidak terlalu tinggi, maka kurang dapat melindungi individu. Terdapat dua cara dimana ‘Buffering’ ini bekerja (**Cohen dan Wills, 1985**). Cara yang pertama meliputi proses penilaian kognisi, yaitu ketika individu menghadapi stresor yang kuat, maka individu yang memiliki level dukungan sosial yang tinggi akan memiliki tingkat yang lebih rendah dalam menilai situasi yang dihadapinya sebagai situasi yang penuh stres dibandingkan mereka yang kurang mendapatkan dukungan sosial. Individu yang tingkat dukungannya tinggi dapat mengharapkan seseorang yang dikenalnya akan menolong dirinya seperti meminjamkan uang atau memberi nasehat mengenai bagaimana untuk mendapatkannya. Kesimpulannya, mereka menilai bahwa mereka dapat menghadapi masalah dan memutuskan bahwa situasi itu tidak terlalu membuat stres baginya. Cara yang kedua adalah dengan memodifikasi respon individu terhadap stres setelah mereka menilai situasi yang dihadapi merupakan situasi yang penuh stres. Sebagai contoh, individu yang memiliki dukungan sosial mungkin memiliki seseorang yang menyediakan penyelesaian, meyakinkan mereka bahwa masalah yang dihadapinya itu bukanlah segalanya atau menyemangati mereka dengan ‘melihat sisi baiknya’ atau ‘mengingatkan keuntugan yang dimiliki’. Individu yang kurang mendapatkan dukungan sosial tidak mendapatkan keuntugan seperti diatas. Maka efek negatif dari stres akan lebih mempengaruhi mereka dibandingkan mereka yang mendapatkan dukungan sosial.

The Direct Effects hypothesis mengatakan bahwa dukungan sosial akan memberikan pengaruh positif terhadap kesehatan dan kondisi individu tanpa dipengaruhi oleh besarnya stres yang dialami. Jadi keuntungannya, dukungan sosial

akan sama baik dibawah stresor yang kuat maupun lemah. Terdapat beberapa cara dimana *'direct effect'* dapat berperan (Cohen dan Wills, 1985 ; Wortman dan Dunkel Schetter, 1987). Sebagai contoh, individu yang mendapat dukungan sosial yang besar dapat lebih besar merasakan bahwa dirinya merupakan bagian dari kelompok yang memiliki *'self esteem'* dibandingkan mereka yang negatif mendapatkan dukungan sosial. Dukungan sosial juga dapat membuat individu menjalani cara hidup yang lebih sehat. Individu yang mendapatkan dukungan sosial dapat merasa seperti misalnya karena orang lain memperhatikan mereka dan membutuhkan mereka, mereka harus latihan, makan yang baik, mencari pengobatan sebelum masalahnya menjadi lebih serius.

Terdapat beberapa keadaan dimana pertalian sosial dengan orang lain dapat merusak kesehatan individu (Suis, 1982). Diantaranya adalah jika lingkungan memberikan contoh yang negatif bagi individu seperti kebiasaan merokok, kebiasaan makan yang tidak seimbang. Selain itu, individu yang telah menderita dalam waktu lama dan menderita sakit yang serius, keluarga kemungkinan menjadi *over protective* dan tidak mendukung keinginan penderita untuk menjadi lebih aktif dan kembali bekerja. Hal ini dapat mengganggu program rehabilitasi yang dilakukan dan membuat penderita menjadi tergantung dan menjadi lebih tidak berdaya karena mereka tidak diijinkan untuk melakukan aktifitasnya.

2.2 OPTIMISME

Optimisme adalah bagaimana seseorang berpikir tentang sebab dari suatu keadaan, apakah itu keadaan baik atau keadaan buruk. Setiap orang mempunyai kebiasaan dalam berpikir tentang penyebab dari suatu keadaan. Karakteristik dari individu yang optimis adalah orang yang berpikir mengenai ketidakberuntungan dalam cara yang berlawanan, percaya bahwa kekalahan hanya bersifat sementara dan hanya terbatas pada satu masalah saja, keadaan lingkungan (di luar diri) merupakan penyebabnya. Orang yang optimis menerima situasi buruk tersebut dan

menganggapnya sebagai tantangan serta berusaha lebih keras lagi. Sebaliknya karakteristik dari individu yang pesimis adalah percaya bahwa kejadian buruk yang menimpanya akan menetap, menyebar ke hal-hal yang lain dalam kehidupannya, dan disebabkan oleh kesalahannya sendiri.

Menurut **Martin E.P Seligman**, kebiasaan untuk memberikan penjelasan atas kejadian buruk yang terjadi adalah lebih dari sekedar kata-kata yang diucapkan pada saat mengalami kegagalan. Ini adalah suatu bentuk kebiasaan dalam berpikir yang dipelajari pada saat anak-anak remaja. Kebiasaan berpikir ini disebut *explanatory style*. *Explanatory style* langsung bersumber pada pandangan tentang keberadaan diri di dunia, apakah berharga dan layak atau tidak berharga dan tidak berpengharapan. Ini menjadi ciri khas apakah seseorang pesimis atau optimis.

2.2.1 Dimensi dalam Explanatory Style

Menurut **Martin E.P Seligman (1995)**, ada tiga dimensi dalam *explanatory style* yang digunakan seseorang dalam berpikir tentang penyebab dari sesuatu keadaan yaitu *permanence*, *pervasiveness*, dan *personalization*.

1. Dimensi Permanence

Dimensi ini membicarakan tentang waktu yaitu lamanya suatu keadaan berlangsung, apakah keadaan itu menetap (*permanence*) atau sementara (*temporary*). Dalam dimensi ini seseorang akan berpikir seberapa lama suatu keadaan akan dialaminya jika seseorang berpikir dalam dimensi *permanence* keadaan baik disebut *permanence good* (PmG), sedangkan pada keadaan buruk disebut *permanence bad* (PmB).

Dalam dimensi *permanence* ini, orang yang optimis akan berpikir bahwa keadaan yang buruk akan dialami hanya sementara (PmB *temporary*). Orang yang pesimis akan berpikir bahwa keadaan buruk yang dialami akan menetap (PmB *permanence*). Pada keadaan baik, orang yang optimis berpikir bahwa keadaan tersebut akan

menetap (PmG *permanence*) sedangkan orang yang pesimis menganggap bahwa keadaan baik yang dialami hanya sementara (PmG *temporary*).

2. Dimensi Pervasiveness

Dimensi ini membicarakan tentang ruang lingkup dari suatu keadaan, yaitu ruang lingkup yang *universal* dan *specific*. Jika seseorang berpikir dalam dimensi *pervasiveness* pada keadaan baik disebut *pervasiveness good* (PvG) sebaliknya dalam keadaan yang buruk disebut *pervasiveness bad* (PvB).

Dalam dimensi *pervasiveness*, orang yang optimis akan berpikir bahwa keadaan yang baik akan terjadi pada semua yang dilakukannya (PvG *universal*), peristiwa tertentu (PvG *specific*). Pada keadaan yang buruk, orang optimis berpikir bahwa keadaan tersebut hanya terjadi pada peristiwa tertentu saja (PvB *specific*), sebaliknya pada orang yang pesimis akan berpikir bahwa keadaan buruk tersebut akan terjadi pada semua peristiwa dalam hidupnya (PvB *universal*).

3. Dimensi Personalization

Dimensi ini membicarakan tentang siapa penyebab dari keadaan tersebut, yaitu antara penyebab internal dan eksternal. Jika seseorang berpikir dalam dimensi *personalization* pada keadaan baik disebut *personalization good* (PsG) dan dalam keadaan buruk disebut *personalization bad* (PsB).

Dalam dimensi *personalization*, orang yang optimis berpikir bahwa penyebab dari keadaan baik itu karena dirinya sendiri (PsG *internal*), tetapi pada orang yang pesimis berpikir bahwa yang menyebabkan keadaan baik terjadi karena sesuatu diluar dirinya (PsG *eksternal*). Dalam keadaan buruk, orang yang optimis berpikir bahwa keadaan penyebab dari keadaan buruk itu karena sesuatu diluar dirinya (PsB *eksternal*), sebaliknya orang yang pesimis berpikir bahwa penyebab terjadinya keadaan buruk tersebut karena dirinya sendiri (PsB *internal*).

2.2.2. Harapan

Harapan dapat diketahui dengan menemukan penyebab yang bersifat sementara (*temporary*) dan penjelasan yang spesifik dari suatu kejadian yang bersifat sementara akan membatasi ketidakberdayaan di bidang waktu sedangkan penjelasan yang spesifik akan membatasi...

Dari ketiga dimensi ini dapat diketahui bagaimana harapan seseorang terhadap suatu keadaan, termasuk keadaan yang baik maupun keadaan yang buruk. Harapan seseorang tergantung pada dimensi *permanence* dan *pervasiveness*. Seseorang dikatakan kurang mempunyai harapan pada suatu keadaan yang buruk, jika orang tersebut menjelaskan waktu berlangsungnya dari keadaan buruk itu menetap (PmB *permanence*) dan terjadi pada seluruh kegiatan atau peristiwa (PvB *universal*). Orang tersebut akan berpikir bahwa keadaan buruk akan berlangsung dalam waktu yang lama dan mendasari semua kegiatan atau peristiwa. Hal ini membuat seseorang berpikir tidak ada gunanya melakukan suatu tindakan karena keadaan buruk tersebut akan berlangsung terus menerus dan menganggap usaha yang dilakukan akan sia-sia. Sebaliknya seseorang dikatakan mempunyai harapan pada keadaan buruk, jika orang tersebut berpikir bahwa keadaan buruk yang terjadi hanya sementara (PmB *temporary*) dan terjadi pada peristiwa tertentu saja (PvB *specific*).

Seseorang dikatakan mempunyai harapan pada keadaan yang baik jika ia menjelaskan bahwa keadaan yang baik itu menetap (PmG *permanence*) dan meliputi seluruh kegiatan atau peristiwa (PvG *universal*). Sebaliknya seseorang dikatakan kurang mempunyai harapan pada keadaan yang baik jika ia berpikir bahwa keadaan baik itu hanya terjadi sementara (PmG *temporary*) dan hanya meliputi kegiatan atau peristiwa tertentu (PvG *specific*).

Berdasarkan penjelasan diatas, dapat dilihat bagaiman seseorang menjelaskan suatu keadaan yang terjadi mencerminkan bagaimana harapan seseorang atau seberapa besar energi yang dimiliki orang tersebut untuk menghadapi keadaan tersebut. Menurut **Martin E.P Seligman (1990)** *explanatory style* merefleksikan atau menggambarkan “ pandangan dunia dalam hati seseorang”.

Jadi optimis bukanlah pikiran positif tentang diri sendiri, seperti “hidup saya akan baik dan lebih baik lagi”, dengan perkataan seperti ini tidak mendorong seseorang mencapai tujuan (*goal*). Optimisme tidak membawa seseorang sampai pada perkataan-perkataan yang membuat lega hatinya, tetapi optimisme lebih mengarah pada belajar mengenal diri sendiri, membuat orang ingin tahu tentang diri sendiri dan dunia, mendorong sikap mental seseorang yang aktif dan mampu membentuk diri sendiri daripada pasif menerima apa adanya.

Selain itu dengan optimisme seseorang akan dilengkapi kegigihan dalam menghadapi suatu situasi yang menguntungkan serta kemampuan berjuang untuk mengatasi masalah. Dengan optimisme seseorang diharapkan dapat mengetahui kelemahan dan kelebihan diri sendiri sehingga ia dapat mempunyai kemampuan yang tepat untuk menentukan harapan yang sesuai dengan situasi dan kondisi.

2.2.3. Faktor-faktor yang mempengaruhi optimisme

Explanatory style yang merupakan dasar dari pembentukan cara berpikir seseorang mulai terbentuk pada masa awal kehidupan seseorang. Bentuk yang paling jelas mulai terlihat sejak usia kira-kira delapan tahun (**Seligman, 1990**).

Martin E.P Seligman (1990) mengungkapkan tiga hipotesis utama yang mempengaruhi pembentukan *explanatory style* pada diri individu :

1. *Explanatory style* yang dimiliki oleh ibu :

Cara seorang ibu berbicara mengenai dunia pada anaknya akan memberikan dampak pada *explanatory style* yang akan dimiliki oleh anak tersebut. Penelitian membuktikan bahwa derajat optimisme yang dimiliki oleh ibu tidak berbeda jauh dengan derajat optimisme yang dimiliki oleh anak mereka.

Bentuk *explanatory style* yang dimiliki ibu mirip dengan *explanatory style* yang dimiliki oleh anak mereka, baik itu pria maupun wanita. Tetapi bentuk *explanatory style* yang dimiliki oleh ayah tidak mirip dengan *explanatory style* yang dimiliki oleh anaknya. Hal ini disebabkan karena anak-anak mendengarkan dan belajar dari

pembimbing utama mereka (biasanya adalah ibu). Penelitian diatas juga membuktikan bahwa *explanatory style* yang dimiliki oleh seorang anak bukan didapat dari keturunan tetapi merupakan hasil belajar.

2. Kritik orang dewasa (guru dan orang tua)

Anak-anak percaya pada kritik yang didapatkan dan menggunakannya untuk membentuk *explanatory style* mereka sendiri. Anak-anak tidak hanya memperhatikan bentuk dari kritik yang ditujukan pada mereka tetapi juga bagaimana cara penyampaian kritik tersebut. Kritik yang disampaikan dapat berupa *permanence* dan *pervasiveness*.

3. Krisis yang dialami pada masa anak-anak

Saat anak-anak mengalami trauma dan kehilangan, maka apabila mereka memaafkan dan dapat mengatasinya maka mereka akan mengembangkan teori bahwa kejadian buruk dapat diubah dan diatasi. Tetapi apabila mereka menganggap peristiwa tersebut *permanence* dan *pervasiveness* maka mereka akan menghadapi suatu ketidakberdayaan. Kematian ibu yang dialami seorang gadis akan bersifat *permanence* dan *pervasiveness*.

4. Genetik

Istilah genetik yang dimaksud disini adalah pengalaman yang didapat karena faktor kesamaan gen. Jadi misalnya, kemampuan atlet diturunkan karena mempunyai badan yang tinggi (suatu hal yang dikontrol oleh faktor genetik). Selain bentuk fisik, masih terdapat hal lain yang turut mempengaruhi genetik seseorang yaitu tingkat kecemasan dan sifat *introvert* dan *extrovert* yang dimiliki oleh setiap orang. Hal ini merupakan suatu pengalaman penting yang turut membentuk *explanatory style* seseorang.

2.2.4. Manfaat Optimisme

Beberapa keuntungan yang dimiliki oleh orang yang optimis dibandingkan orang yang pesimis adalah :

1. Lebih terhindar dari gangguan depresi.

Hal ini disebabkan karena depresi muncul dari pikiran-pikiran yang negatif. Pikiran-pikiran ini akan menimbulkan emosi-emosi tertentu, seperti cemas atau sedih. Jadi bagaimana kita berpikir tentang suatu masalah akan mengurangi atau memperburuk masalah tersebut.

2. Lebih mampu mencapai tujuan di sekolah, pekerjaan, tempat bermain dan dapat mengembangkan bakat.

Seseorang yang mempunyai cara berpikir yang optimis akan lebih cepat mengatasi perasaan tidak berdaya dan kemudian segera setelah itu akan memotivasi dirinya kembali untuk segera bangkit dari kegagalan.

Orang yang pesimis tidak mencoba untuk bangkit kembali selama berminggu-minggu bahkan berbulan-bulan setelah menghadapi suatu kegagalan. Jika orang yang pesimis mencoba untuk bangkit kembali maka ia akan jatuh pada perasaan tidak berdaya dan tidak dapat mengerjakan apapun. Hal ini merupakan hambatan untuk berusaha lagi. Selain itu orang yang pesimis takut mengambil risiko untuk mencapai kemampuan potensialnya dan cenderung untuk mengabaikan keinginannya untuk maju.

3. Memiliki kesehatan fisik yang lebih baik.

Ada empat hal mengapa orang optimis memiliki kesehatan yang lebih baik :

- a. Orang yang optimis seperti mempunyai imunitas pertahanan tubuh sehingga tidak cepat terserang penyakit termasuk depresi.

- b. Orang yang optimis mempunyai cara hidup yang sehat dan mengikuti anjuran dokter dibandingkan dengan orang pesimis. Orang pesimis percaya bahwa penyakitnya menetap, semua tubuhnya sakit dan penyebab penyakit tersebut adalah dirinya sendiri. Ia beranggapan tidak ada gunanya mengikuti anjuran dokter. Berbeda dengan orang optimis yang akan melakukan treatment untuk mencegah penyakit.
- c. Orang optimis tidak putus asa menghadapi kegagalan. Berdasarkan statistik diketahui bahwa orang yang sering menghadapi berbagai masalah akan rentan terhadap penyakit. Orang pesimis rentan terhadap penyakit karena mereka menjadi pasif dalam menjalani hidup sehingga masalah yang satu belum terselesaikan muncul masalah lain dan masalah tersebut menjadi menumpuk.
- d. Orang optimis mempunyai dukungan sosial.

Orang yang optimis dalam mengatasi masalah akan bertingkah laku seperti biasa lagi karena teman-temannya akan mendukung sehingga masalah akan cepat terselesaikan. Sebaliknya orang pesimis jika menghadapi suatu kegagalan akan menjadi pasif, menghentikan semua kegiatan yang dilakukannya dan menghindari lingkungannya.

Dukungan sosial yang hangat dan penuh kasih sangat penting dalam kesehatan fisik karena orang akan merasa bebannya tidak dipikul sendiri. Dikatakan pula bahwa orang yang melajang atau tidak menikah mempunyai risiko yang tinggi terserang depresi dibandingkan orang yang menikah karena orang yang menikah dapat berbagi beban perasaannya dengan orang lain.

Berdasarkan penelitian, apabila seseorang terbiasa untuk percaya seperti orang pesimis bahwa ketidakberuntungan adalah kesalahan diri, berlangsung lama dan akan mempengaruhi segala yang dilakukan maka orang tersebut akan lebih mudah untuk depresi, kurang produktif dan akan lebih sering sakit.

Perilaku pesimis mungkin terlihat sangat mengakar sehingga seolah-olah tidak dapat dirubah, tetapi sebenarnya orang yang pesimis dapat belajar untuk menjadi optimis dengan mempelajari kemampuan kognitif yang baru. Dimana seseorang belajar untuk berbicara pada diri sendiri ketika orang tersebut gagal. Letak kekuatan dari terapi kognitif ini adalah seseorang mempunyai kekuatan untuk mengubah diri sendiri dengan mengganti kebiasaan berpikirnya.

2.3 KELUARGA DALAM PERAWATAN PALIATIF

Sebagian besar penderita AIDS, pada suatu waktu akan menghadapi keadaan yang disebut sebagai stadium paliatif yaitu kondisi dimana pengobatan sudah tidak dapat menghasilkan kesembuhan (Nuhonni, 1996). Apabila tiba masa ini, tidak berarti para dokter akan angkat tangan dan menghentikan tanggung jawabnya. Dengan kemajuan dan berkembangnya ilmu pengetahuan bidang kedokteran, memungkinkan mengurangi penderitaan yang dialami penderita sehingga kualitas hidup diruas akhir kehidupannya tetap baik dan mengakhiri hayatnya dalam iman.

Namun keberhasilan pelayanan paliatif ini tidak ditentukan hanya oleh adanya dokter dan paramedis yang handal serta peralatan kedokteran yang canggih, tetapi terutama oleh peran keluarga dan kerabat dekat penderita. Hal ini menjadi hal yang paling mendasar pada perawatan paliatif karena terdapat kekhususan yang terkait dengan perawatan paliatif.

Ada beberapa kekhususan yang terkait dengan perawatan paliatif, diantaranya:

1. Penderita menghadapi kondisi dimana penyakitnya tidak dapat disembuhkan. Artinya, terapi yang diberikan hanyalah simptomatis atau paliatif bukan kuratif.
2. Penderita cenderung mengalami kelemahan dan kerapuhan baik fisik maupun mental.
3. Kemungkinan penderita tidak mampu mengatasi stres fisik ataupun mental yang timbul dalam atau dari lingkungan.

4. Penderita berada diambang kematian, yang tentunya akan menimbulkan ketakutan dan kegelisahan yang sudah barang tentu perlu mendapat simpati dan dukungan mental serta spiritual.
5. Bila proses kematian berlangsung lama (memakan waktu panjang) faktor etika dapat menjadi masalah yang perlu dipertimbangkan.

Keluarga adalah komponen yang sangat berarti. Mereka akan menjadi mitra, baik untuk penderita ataupun dokter (dan tim). Oleh karena itu perhatian terhadap keluarga tidak dapat diabaikan, karena keluargalah akhirnya yang harus menyelesaikan berbagai hal pada saat sebelum dan sesudah penderita meninggal.

2.3.1 Perawatan Paliatif

Didasarkan pada falsafah bahwa menjadi hak setiap penderita untuk mendapat perawatan yang terbaik sampai akhir hayatnya. Bagi penderita AIDS yang menjalani penyakitnya tidak berangsur sembuh, perawatan diberikan untuk mengurangi penderitaan sehingga kualitas hidup tetap dapat dipertahankan dan meninggal dengan tenang dalam iman.

Titik sentral perawatan adalah penderita, bukan hanya penyakit yang dideritanya, juga bukan hanya penderita secara individu namun termasuk juga keluarganya. Dengan demikian, maka pola dasar pemikiran paliatif, adalah:

- a. Meningkatkan kualitas hidup dan menganggap bahwa kematian adalah suatu proses yang normal.
- b. Tidak mepercepat atau menunda kematian
- c. Menghilangkan rasa nyeri dan keluhan lain yang mengganggu
- d. Menjaga keseimbangan psikologis dan spiritual
- e. Berusaha agar penderita tetap aktif sampai akhir hayatnya
- f. Berusaha membantu mengatasi suasana duka cita pada keluarga

2.3.2 Hospice Home Care

Dengan bertambahnya usia harapan hidup di Indonesia, makin meningkatnya jumlah penderita HIV/AIDS, berbagai penyakit motor neuron dan penyakit degeneratif sistem syaraf serta kanker, terdapat kecenderungan peningkatan jumlah penderita yang memerlukan perawatan paliatif. Di lain pihak, kebutuhan sarana atau fasilitas kesehatan belum dapat memenuhi pelayanan kesehatan secara optimal. Justru melalui perawatan paliatif masalah ini akan dapat diatasi karena perawatan paliatif memungkinkan jangkauan pelayanan cukup luas, tidak terbatas di rumah sakit saja, tapi dapat keluar lingkungan rumah sakit dalam bentuk: perawatan di rumah (*home care*), pelayanan konsultasi (di rumah sakit dan masyarakat) ataupun pelayanan *hospice*.

Kondisi diatas cenderung mengubah prioritas pelayanan profesional dari pengobatan ke perawatan (*cure to care*), dari intervensi ke prevensi dan rehabilitasi serta tidak hanya memperhatikan apa yang diinginkan, tapi mengutamakan efektivitas dan efisiensi termasuk dari sudut ekonomi.

Hospice berasal dari kata latin *hospitium* yang berarti tamu. Dari pokok kata ini muncul kata *host*, *hospitable*, *hospital* dan *hospice*. Secara nyata, *hospice* diartikan sebagai suatu konsep untuk menerima tamu (penderita) dan memberikan pelayanan yang terbaik bagi mereka. *Hospice care* lahir pada tahun 1900 di Inggris, ditandai dengan berdirinya St. Joseph's Hospice di Hackney, London. Pelayanan *hospice* berkembang sesuai dengan kemajuan jaman dan pada tahun 1967 lahir *The First Modern Hospice* yaitu St. Christopher's Hospice Sydenham, London oleh Dr. Cicely Saunders.

Dewasa ini pelayanan *hospice* telah menyebar ke berbagai negara, termasuk Amerika, Australia, Jepang, India, Hongkong, Filipina, Malaysia, Singapura, dan Indonesia. Gerakan *hospice* ini di dukung oleh WHO melalui program *Palliative Care* yang ditentukan sejak tahun 1989 dengan menekankan bahwa perawatan paliatif harus berdasarkan aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Landasan kerja ini pula yang menjadi dasar pelayanan *hospice*. Seringkali *Hospice Care* diidentikkan dengan *Palliative Care* atau *Supportive Care*.

Untuk pelaksanaannya, keluarga penderita disiapkan dengan baik, melalui penyediaan pelaku rawat (*care giver*) oleh keluarga dan asesmen permasalahan penderita secara spesifik. Rencana kerja dan jadwal di susun oleh tim *hospice* dan dilaksanakan secara teratur, termasuk reevaluasi. Pada kenyataannya, perawatan dapat dilaksanakan di rumah. Menghadapai penderita pada stadium paliatif bukan suatu intervensi yang bersifat kritis. Perawatan paliatif adalah perawatan yang terencana, selalau ada saat kritis dan kedaruratan medik tanpa diduga, namun hal ini dapat diantisipasi dan dicegah dengan ikatan tim yang solid dan kuat. Tim ini bekerja sama dengan keluarga, menjadi unsur penggerak dari semua kegiatan perawatan penderita. Proses interaksi yang terjadi adalah kunci keberhasilan pelayanan terapis di rumah.

2.3.3 Rehabilitasi

Program rehabilitasi bagi penderita dengan perawatan paliatif, seolah-olah saling kontradiksi, sebenarnya tidaklah demikian. Mempertahankan kualitas hidup adalah tujuan upaya paliatif, maka bila gejala yang mengganggu fungsi penderita sudah dapat diatasi, upaya rehabilitasi sangat berperan untuk mengembalikan penderita pada aktivitas sehari-hari sesuai dengan kemampuannya. Sekali lagi, anggota tim yaitu fisioterapis, terapis okupasi, terapis wicara, psikolog, ortotis prostetis, bekerja sama dengan penderita mengembalikan penderita menuju kemandirian. Rehabilitasi paliatif merupakan metode bagi penderita untuk mengalihkan proses ‘kematian’ ke proses mengisi ‘kehidupan’.

Bila perawatan penderita stadium paliatif dilaksanakan sepenuhnya di rumah sakit sampai akhir hayatnya, seluruh anggota tim paliatif turut merawat, maka biaya tinggi tidak dapat dihindari. Namun dengan prinsip perawatan dengan sentuhan manusiawi, keringanan biaya tentu saja dapat dipertimbangkan.

Justru dengan mobilitas dan kelenturan gerak tim paliatif, perawatan paliatif dapat dilaksanakan di rumah. Peran pelaku rawat (*care giver*) menjadi sangat penting. Bertindak sebagai pelaku rawat dapat dilakukan oleh siapa saja yang dianggap

mampu melaksanakan perawatan bagi penderita di rumah, yaitu keluarga, teman, tetangga, pembantu, dan lain-lain.

Pelaku rawat dibekali keterampilan dan petunjuk oleh tim paliatif, khususnya oleh tim perawatan paliatif di rumah (*hospice home care*). Prinsip '*community based palliative care*' atau perawatan paliatif bersumber daya masyarakat perlu dipertimbangkan agar cakupan perawatan bagi penderita dalam stadium paliatif dapat semakin besar.

2.3.4 Peran Keluarga

Penyesuaian seseorang terhadap penyakit dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal darinya. Faktor internal ditekankan pada kemampuan kognisi dan faktor eksternal ditekankan pada aspek sosial dan lingkungannya.

Dulu dianggap bahwa seseorang mengalami ketidakmampuan itu sendiri sebagai faktor tunggal yang mempengaruhi kemampuan proses penyesuaian terutama dalam tingkat sosialisasi.

Untuk menyadari hambatan tadi, dianut teori pendekatan integratif dengan target inti dalam perubahan perilaku karena perilaku adalah basis dari fungsi seseorang terhadap lingkungannya. Pendekatan yang paling mendukung, adalah:

1. Tempatkan individu tersebut di tempat yang paling tepat, yaitu lingkungan keluarga.
2. Sekalipun dalam bentuk benih kecil yang terselubungi dihatinya, pasti ada ketetapan hati untuk mencapai penyesuaian maksimal atau resolusi.

Antisipasi untuk pemulihan kemampuan fungsional yang realistik dan mampu diraih, akan menyadarkan penderita dan keluarganya terhadap faktor yang tidak realistik. Hal ini penting untuk diterapkan secara benar. Pada awalnya, kesadaran hidup realistik sulit dipahami. Langkah untuk mengubah situasi ini memakan waktu panjang, disertai keuletan dan kesadaran. Hal ini akan terpelihara bila kepuasan rohani merupakan pemacu tekadnya dapat terpenuhi. Disinilah peran keluarga sebagai pendukung menjadi penting. Dukungan ini dapat dalam bentuk yang paling

sederhana seperti atensi, penyesuaian alat-alat rumah tangga, pujian, sampai berbagai hal kemungkinan bersosialisasi.

Penderita HIV/AIDS secara nyata mengalami penderitaan. Namun, keluarga ternyata dapat lebih menderita dan mengalami kesulitan. Hal ini sangat jelas terjadi pada seseorang dengan ikatan emosi yang erat dengan penderita misalnya, orang tua, pasangan, dan anak. Hal lain yang dapat menyulitkan keluarga adalah faktor sosial dan finansial.

Secara rinci dapat dituliskan beberapa hal yang dapat menjadi penyulit dalam keluarga:

1. Ketakutan dan kekhawatiran keluarga dalam bentuk: ketegangan emosi, tuntutan kebutuhan fisik, kelelahan, ragu dan bimbang, ketakutan kematian tiba, perubahan peran dan pola hidup, kenangan, keinginan membahagiakan penderita, merasa kurang melayani, harus hadir setiap saat, seks dan proteksi berlebihan.
2. Beban fisik dan mental selama prosedur perawatan.
3. Kekhawatiran akan keadaan keluarga yang akan ditinggalkan penderita.

2.4 AIDS

2.4.1 Pendahuluan

Pada tahun 1981 di Amerika Serikat para ahli mulai menjelaskan mengenai AIDS. Penelitian retrospektif menunjukkan bahwa kasus-kasus awal telah ada sejak tahun 1978. Pada tahun 1979 para peneliti Amerika Serikat mendiagnosa 12 kasus infeksi yang berasal dari infeksi oportunistik pada kaum homoseksual atau disebut sebagai penyakit kaum gay atau GRID (*Gay Related Infectious Disease*). Dalam kasus ini mereka mengobservasi kalau virus, bakteri, fungi dan protozoa yang biasanya tidak merugikan manusia kini menimbulkan infeksi berat seperti radang paru-paru, radang selaput otak, radang lambung yang cukup fatal dan satu tipe kanker kulit yang dikenal sebagai *Sarcoma Kaposi*. *Sarcoma Kaposi* adalah suatu penyakit

yang sangat jarang di dunia. Para ahli mengenali infeksi serta kanker itu sebagai manifestasi dari suatu defisiensi pada sistem kekebalan yakni kerapuhan defensi tubuh. Fenomena itu adalah AIDS (*Aquired Immune Defisiensi Syndrom*). *Aquired* berarti didapat, *Immune Defisiensi* berarti kekebalan yang rapuh, sedangkan *Syndrom* berarti kumpulan gejala yang timbul bersamaan. Jadi AIDS adalah kumpulan gejala penyakit yang disebabkan oleh menurunnya sistem kekebalan tubuh karena terinfeksi oleh virus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*).

Tiga tahun kemudian (1982) gejala-gejala serupa tampak pada pecandu obat bius yang menyuntikan obat dan juga pada penderita hemofilia yang mendapat donor. HIV ditemukan pada tahun 1983 sebagai *retrovirus* dan disebut HIV-1. Pada tahun 1986 di Afrika ditemukan lagi retrovirus baru yang dinamakan HIV-2. HIV-2 ini dianggap sebagai virus yang kurang patogen bila dibandingkan dengan HIV-1. Untuk memudahkan maka kedua retrovirus itu disebut HIV.

Adanya HIV dalam tubuh seseorang tidak akan tampak dari penampilan luar. Orang yang sudah terinfeksi HIV dapat untuk tidak menunjukkan gejala apapun dalam jangka waktu yang cukup lama.

2.4.2 Epidemiologi AIDS

Berdasarkan survey *seroprevalensi* HIV dan pelaporan kasus yang amat akurat, kita dapat mengetahui cara penularan HIV dan penemuan suatu prediksi kasus dimasa mendatang. Hingga saat ini baru dapat diketahui tiga pola epidemiologi AIDS, antara lain adalah :

1. POLA I

Di dalam pola I banyak terjadi kasus AIDS di negara-negara industri seperti Amerika, Canada, Meksiko, Eropa Barat, Australia, dan sebagian Amerika Latin. Penyebaran HIV diperkirakan sejak 1970 baik secara langsung maupun tidak langsung. Penularan terutama terjadi pada pria homoseksual atau biseksual dan pemakai obat bius secara intravena, sedikit penularan pada heteroseksual, penerima transfusi darah dan ibu penderita AIDS ke bayi yang dilahirkannya.

2. POLA II

Pada pola II ini terdapat di Afrika Tengah dan Timur, Amerika Latin daerah Karibia. Penyebaran AIDS diduga sejak tahun 1970, terutama menyerang heteroseksual dengan risiko *seroprevalensi* laki-laki dan perempuan 1 : 1 sehingga penularan dari ibu pengidap AIDS ke bayi yang dilahirkannya tinggi. Jarang terjadi pada homoseksual dan penyalahgunaan obat bius.

3. POLA III

Pola III ini disebut sebagai pola campuran. Pola ini banyak terjadi terutama di daerah Eropa Timur, Afrika Utara, Timur, Tengah, Asia (termasuk Indonesia) dan Pasifik. Penyebaran AIDS diduga mulai dari tahun 1980. Kasus AIDS pada pola III ini masih sedikit bila dibandingkan dengan pola I dan pola II. Kasus AIDS pada pola III ini dapat terjadi terutama pada mereka yang pergi ke daerah pola I dan pola II, dan melakukan hubungan seks disana. Baru kemudian penduduk asli homoseksual, heteroseksual dan peyalahguna obat suntikan mulai dilaporkan positif.

Ketika Yayasan Pelita Ilmu menyelenggarakan sarasehan AIDS pada anak dan perempuan 1 Oktober 1998, terungkap bahwa beberapa bayi telah terinfeksi HIV. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa epidemi HIV/AIDS di Indonesia bukanlah dalam tahap awal, namun sudah dalam tahap epidemi yang lebih lanjut. Ada banyak data yang mendukung bahwa AIDS di Indonesia sudah dalam tahap lanjut, yaitu :

1. Epidemi AIDS di Indonesia tidak hanya satu pola, namun ada lebih dari satu pola yang berbeda-beda. Selain perbedaan tersebut juga ada perbedaan subtype HIV di berbagai daerah.
2. Data penelitian pasien AIDS di Bandung menurut Yayasan Priangan pada bulan Maret 2004 menunjukkan 673 penderita HIV+ dan 46 penderita AIDS dan 9 orang meninggal dunia.
3. Bagaimana kira-kira prevalensi infeksi HIV di masyarakat umum, apakah juga ada peningkatan? Donor darah dapat diasumsikan sebagai anggota masyarakat dengan perilaku seks berisiko rendah. Sehingga data infeksi HIV

di darah pendonor mencerminkan infeksi HIV di masyarakat umum. Terdapat peningkatan infeksi HIV.

4. Di Indonesiasudah ditemukan penularan HIV/AIDS melalui berbagai cara, baik melalui hubungan homoseksual, heteroseksual, jarum suntik pada pecandu narkotik, transfusi komponen darah an dari ibu yang terinfeksi HIV ke bayi yang dilahirkannya.

Berdasarkan berbagai hasil penelitian dan survey mengenai pengetahuan, sikap dan perilaku seks di kalangan homoseks, PSK, waria bahwa kelompok remaja mengenai masalah AIDS. Dari mereka yang paling rendah pengetahuan mengenai AIDS adalah PSK. Sedangkan sikap mereka terhadap hubungan dengan orang asing, yang paling rendah adalah para PSK dan yang paling tinggi adalah para homoseks. Pengetahuan tentang kondom dikalangan para PSK rendah, disamping itu mobilitas dan frekuensi hubungan seksual mereka paling tinggi dan besarnya faktor penyakit kelamin yang dideritanya menyebabkan mudahnya penularan penyakit kelamin bahkan AIDS. Kelompok homoseks dan waria masih dapat aktif sampai dengan usia kurang lebih 35 tahun walaupun frekuensi dan mobilitasnya rendah, mengingat perilaku seksual mereka sangat berisiko tinggi apalagi bila mereka termasuk penyalahguna obat suntikan.

2.4.3 Patologi AIDS dan Cara Penularannya

2.4.3.1 Patologi AIDS

Di dalam tubuh manusia pasti memiliki mekanisme untuk membasmi suatu infeksi yang disebabkan oleh adanya benda-benda asing yang masuk ke dalam tubuh, seperti bakteri, bahan kimia, virus dan jaringan asing dari hewan atau manusia lain. mekanisme tersebut disebut sebagai tanggap kebal (*Immune Response*) yang terdiri dari dua proses yang kompleks, yaitu kekebalan humoral dan kekebalan cell-mediated. Demikian pula dengan HIV, HIV memiliki cara tersendiri sehingga dapat menghindari mekanisme pertahanan tubuh, beraksi dan akhirnya melumpuhkan.

HIV termasuk ke dalam keluarga retrovirus dari virus RNA, kelompok yang unik dalam kemampuannya untuk menciptakan DNA dengan menggunakan RNA. HIV pada khususnya mempengaruhi sel-sel T, terutama subtipe pembantu dan radang, tetapi juga menyerang monosit, makrofag dan tipe lain dari sel. Sistem kekebalan tubuh yang sehat bisa mengendalikan serangan HIV selama bertahun-tahun. Sel-sel T pembunuh menghancurkan sel-sel yang terinfeksi dan sel B menciptakan antibodi yang melawan virus. Namun hilangnya sel-sel T pembantu tidak hanya menyebabkan kekurangan proteksi sistem kekebalan tubuh, tetapi juga menyebabkan surplus relatif dari sel-T supresor yang selanjutnya menekan kemampuan pertahanan tubuh.

Begitu individu terinfeksi HIV, maka sistem kekebalan tubuh membutuhkan dua buah atau lebih untuk membentuk antibodi terhadap organisme. Ketika antibodi ini mencapai tingkat darah yang dapat dideteksi oleh tes laboratorium seperti tes ELISA dan Western Blot, maka orang ini dikatakan telah *seroconverted* dan di diagnosa infeksi HIV bisa dibuat dengan pasti. Setelah *seroconversion*, orang yang terinfeksi itu dikatakan positif HIV. Selama berbulan-bulan antara infeksi Hiv dan *seroconversion*, individu yang terinfeksi itu tidak mengetahui bahwa ia membawa virus tersebut dan dapat memindahkannya kepada individu lain. Jika pengujian HIV tidak dilakukan, individu itu dapat membawa virus tersebut selama bertahun-tahun, bisa 5-10 tahun tanpa terlihat, tergantung usianya (pada bayi lebih cepat).

Virus mereproduksi diri dengan menyerang bagian dalam sel-T, hal ini meneruskan sel-sel yang terinfeksi dari orang yang satu ke orang yang lain yang belum terinfeksi. Virion HIV itu sendiri mempunyai kesamaan dengan semua virus, maupun karakteristik unik yang memungkinkannya bereproduksi secara efisien. Materi genetika, dalam bentuk dua rantai RNA, dikandung dalam inti berbentuk megafon. Di dalam inti juga terdapat zat kimia yang disebut *reverse transcriptase*, yaitu enzim yang memungkinkan RNA virus menciptakan DNA begitu RNA telah menyerang tubuh. Inti dan isinya dilindungi oleh amplop berlapis ganda di bagian

luar protein “kancing” menutupi permukaan amplop dan merupakan cara dengan mana virion HIV menempel ke sel target dan menyuntukkan materi genetiknya.

Begitu partikel HIV menempel ke sel tubuh, seperti sel-T pembantu, ia menyuntikkan intinya ke dalam interior sel, dimana DNA diciptakan dari RNA virus. DNA yang dihasilkan virus ini kemudian menyisipkan dirinya ke dalam DNA milik sel-T, sehingga memunculkan kode genetika yang benar-benar baru yang mampu membuat banyak salinan HIV RNA. Salinan RNA tersebut pindah ke permukaan sel-T dan ketika mereka mendorong melalui membran bagian luar sel, membungkuskan dirinya sendiri dalam amplop pelindung.

2.4.3.2 Cara penularan AIDS

Virus mereproduksi diri dengan menyerang bagian dalam sel-T dan menyalurkan sel-sel-T yang belum terinfeksi. Agar hal ini terjadi, maka cairan tubuh yang mengandung sel-sel-T harus dikeluarkan terlebih dahulu dari tubuh orang yang telah terinfeksi. Sel-sel-T terdapat dalam darah, air mani, sekresi vagina, air mata dan air liur kendati kedua hal tersebut belakangan belum diasosiasikan dengan penularan HIV. Cairan yang terinfeksi harus memasuki tubuh individu yang belum terinfeksi. Ini bisa dicapai melalui :

- a. Pemakaian jarum suntik yang sama diantara pemakai narkotika intravena atau melalui transfusi darah yang sudah tercemar HIV.
- b. Hubungan seksual dengan cara melakukan kontak dengan selaput lendir seperti vagina atau lapisan anus. Kontak dengan cara ini dapat terjadi jika selaput lendirnya meradang dan terluka.
- c. Melalui ibu yang hidup dengan HIV kepada janin yang dikandungnya atau bayi yang disusunya.

HIV ditularkan melalui pertukaran intim dari cairan, namun HIV itu sendiri tidak ditularkan oleh hubungan biasa seperti hidup serumah dengan pengidap HIV/AIDS, ciuman pipi, berjabat tangan, sentuhan, berenang di kolam yang sama. Melakukan fasilitas bersama seperti telepon atau melakukan kegiatan sehari-hari bersama seperti

makan, minum. Penyebaran HIV melalui transfusi darah telah menjadi jarang sejak pengujian antibodi yang rutin dilakukan pada pertengahan tahun 1980 terhadap pasokan darah.

2.4.4 Tanda dan Gejala AIDS

Globe Programme on AIDS dari Badan Kesehatan Dunia (WHO) mengusulkan “Pembagian Tingkat Klinik Penyakit Infeksi HIV” sesudah mengadakan pertemuan di Genewa bulan Juni 1989 dan bulan Februari 1990. usulan tersebut berdasarkan penelitian terhadap 907 penderita seropositif HIV dari 26 pusat perawatan yang berasal dari lima benua. Pembagian tingkat klinik infeksi HIV tersebut adalah sebagai berikut :

Tingkat Klinik 1 (Asimptomatik / IGP) :

1. Tanpa gejala sama sekali
2. Pembesaran kelenjar getah bening di beberapa tempat yang menetap.

Pada tingkat ini, pasien belum mempunyai keluhan dan dapat melakukan aktivitas secara normal.

Tingkat Klinik 2 (Dini) :

Tahap infeksi HIV sampai gejala pertama muncul disebut ARC (AIDS Related Complex). Gejala ini awalnya menyerupai penyakit flu yang gejala-gejala mencakup :

1. Penurunan berat badan kurang dari 10%.
2. Kelainan mulut dan kulit yang ringan, misalnya dermatitis seboroika, infeksi jamur pada kuku, ulkus pada mulut berulang.
3. Herpes Zoster yang timbul pada lima tahun terakhir.
4. Infeksi saluran nafas bagian atas berulang misal sinusitis.

Pada tingkat ini, pasien sudah menunjukkan gejala tetapi aktivitas tetap normal.

Tingkat Klinik 3 (Menengah) :

1. Kurang berat badan lebih dari 10%.
2. Diare kronik lebih dari satu bulan, penyebab tidak diketahui.

3. Panas/demam (kurang dari 30 derajat celcius) yang disertai dengan keringat malam yang tidak diketahui sebabnya selama lebih dari satu bulan, hilang timbul maupun terus menerus.
4. Kandidiasis mulut
5. Bercak putih berambut di mulut (*hairy leukoplakia*).
6. Tuberkulosis paru setahun terakhir.
7. Infeksi bakteri yang hebat, misalnya pneumonia.

Pada tingkat klinik 3 ini, penderita biasanya berbaring di tempat tidur lebih dari 12 jam sehari selama sebulan terakhir.

Tingkat Klinik 4 (Lanjut) :

1. Badan menjadi kurus (HIV wasting syndrome), yaitu : berat badan turun lebih dari 10% dan (a) diare kronik tanpa diketahui sebabnya selama lebih dari satu bulan, atau (b) kelemahan kronik dan panas tanpa diketahui sebabnya selama lebih dari satu bulan.
2. Pneumonia Pneumosisis Karinii.
3. Toksoplasmosis otak.
4. Kriptosporidiosis dengan diare lebih dari satu bulan.
5. Kriptokokosis diluar paru.
6. Penyakit virus sitomegalo pada organ tubuh, kecuali limpa, hati atau kelenjar getah bening.
7. Infeksi virus herpes simpleks dimukokutan lebih dari satu bulan atau dialat dalam (visceral) lamanya tidak dibatasi.
8. Leukoensetalopati multifokal progresif.
9. Infeksi jamur apa saja yang epidemik, menyerang banyak organ tubuh.
10. Kandidiasis esofagus trakea, bronkus atau paru.
11. Mikrobakteriosis atipik (mirip bakteri TBC).
12. Septikemia salmonella non tifoid.
13. Tuberkulosis di paru
14. Nimefoma.

15. Sarkoma kaposi

16. Gangguan kognitif atau disfungsi motorik yang mengganggu aktivitas sehari-hari, progresif sesudah beberapa minggu atau beberapa bulan, tanpa dapat ditemukan penyebabnya selain HIV.

Setiap tingkat klinik kemudian dibagi lagi tergantung jumlah CD4 (Limfosit T helper) atau jumlah fosit total. Kriteria ini dibuat untuk orang yang berumur lebih dari 13 tahun. Keuntungan pembagian baru ini adalah klasifikasi klinik atau laboratorium dapat dibuat walaupun data atau sarana tidak lengkap, misalnya di tempat yang tidak ada fasilitas pemeriksaan CD4.

Infeksi HIV dapat menyebabkan beberapa jenis kelainan , yaitu (a) gejala infeksi akut HIV, dengan atau tanpa radang selaput otak, (b) radang otak, (c) radang sumsum tulang, (d) wasting syndrome.

Beberapa organisme tertentu bertanggung jawab atas mayoritas infeksi oportunistik pada penderita AIDS. *Pneumocystis carinii* adalah parasit mikroskopis yang ada dalam paru-paru sebagian besar orang tapi tidak menimbulkan masalah pada mereka yang sistem kekebalan tubuhnya berfungsi dengan normal.

Ketika sistem kekebalan tubuh mengalami kerusakan yang parah, seperti pada kasus AIDS, parasit itu mengambil kesempatan dan menggandakan diri, menimbulkan pneumonia yang seringkali berakibat fatal. Infeksi paru-paru lain yang biasa terjadi pada orang yang terjangkit AIDS disebabkan oleh bakteri yang disebut *Mycobacterium Avium Intaracellulare* (MAI). Infeksi MAI menyerupai tuberkolosis dan bertanggung jawab atas banyak kematian yang berkaitan dengan AIDS. Infeksi sistem syaraf pusat oleh organisme oportunistik seperti *Toxoplasma Gondii* atau suatu parasit dan *Cryptococcus Neofor*. Manusia, jamur, juga dihubungkan dengan tingkat kematian yang tinggi dan digunakan sebagai indikator penting dari kemajuan infeksi HIV mulai dari ARC sampai AIDS. Virus seperti *Cytomegalovirus* (CMV) ada diantara banyak organisme lain yang dapat menyebabkan infeksi oportunistik pada penderita AIDS.

Selain infeksi oportunistik, penderita AIDS rentan terhadap tipe kanker tertentu dari limfoma juga sering terlihat pada penderita AIDS. Ini merupakan akibat lain dari ketidakmampuan sistem kekebalan tubuh untuk melakukan pertahanan yang efektif terhadap sel-sel musuh.

2.4.5 Cara Mencegah dan Mengatasi AIDS

2.4.5.1 Cara Pencegahan AIDS

Sementara ini perhatian terhadap pencegahan seperti menghindari pemakaian jarum suntik yang sama tidak melakukan praktek seksual berisiko tinggi dan penggunaan alat kontrasepsi (kondom) bagi pasangan merupakan kunci menjaga penyebaran HIV.

2.4.5.2 Cara Mengatasi AIDS

Pembuatan DNA virus dengan *reverse transcriptase* merupakan tahap proses reproduksi yang paling genting karena langkah inilah yang memungkinkan HIV mengalahkan semua upaya ilmu kedokteran untuk memeranginya. Enzim membuat kesalahan berkala ketika menggunakan RNA virus untuk menciptakan DNA baru. Ini menghasilkan kode genetika yang benar-benar berbeda. Akibatnya, mutasi baru dari virus asli dihasilkan. Virus ini tidak terpengaruh oleh virus-virus yang dulu terbukti efektif melawannya. Obat-obat seperti AZT dan DDI, yang telah digunakan dalam pengobatan AIDS, bekerja dengan cara menyisipkan dirinya ke dalam dan menahan produksi DNA yang dibuat oleh virus. Lama kelamaan, reverse transcriptase ini “belajar” cara membuat DNA yang emngabaikan keberadaan obat.

Satu dekade riset yang diteliti dan pengujian berbagai penerapan cara pengobatan telah berlangsung, nemun penyembuhan atau vaksin HIV belum ditemukan. Kemampuan virus yang luar biasa untuk bermutasilah yang mengagalkna upaya penyembuhan. Riset yang sedang dilakukan saat ini adalah penciptaan antibodi yang dapat memblokir penempelan partikel-pertikel HIV ke sel-sel-T dan untuk menyerang virus pada tingkat genetika, namun masih harus dibuktikan

2.4.6 Masalah Psikososial Penderita Infeksi HIV/AIDS

Penderita HIV/AIDS (orang dengan HIV/AIDS, odha) menghadapi berbagai masalah dan penderitaan sehubungan dengan penyakit mereka. Mereka menderita akibat gejala penyakitnya (panas, diare, lemas, batuk, sesak nafas, dll) dan masalah-masalah sehari-hari lainnya yang dihadapi penderita penyakit berat. Berikut ini adalah beberapa masalah psikososial yang dihadapi oleh pasien HIV/AIDS :

1. Kendala pengobatan

AIDS adalah tahap akhir dari perjalanan penyakit infeksi HIV. Sesudah didiagnosa AIDS ditegakkan, biasanya penderita meninggal sekitar enam bulan sampai satu tahun kemudian bila tidak mendapatkan pengobatan, atau meninggal dua sampai empat tahun kemudian bila mendapatkan pengobatan yang adekuat. Jadi, penampilan penderita HIV amat bervariasi. Variasi keadaan pasien tersebut menyebabkan petugas kesehatan, keluarga pasien, ataupun relawan yang bermaksud membantu pasien mendapatkan penyuluhan atau pelatihan untuk menghadapi berbagai macam keperluan pasien.

Walaupun belum ada obat penyembuh AIDS, namun telah ditemukan beberapa obat yang dapat menghambat perkembangan HIV. Selain itu beberapa obat yang secara efektif dapat mengatasi infeksi oportunistik maupun kanker kaposi yang telah tersedia. Dengan demikian sebagian besar masalah klinik kini dapat diatasi, sehingga kualitas dan harapan hidup penderita dapat diperbaiki. Namun demikian, beberapa masalah penting tetap belum terpecahkan.

Virus HIV sangat kompleks sehingga sukar untuk membuat perencanaan pembuatan dan uji klinik vaksin dan obat anti virus. Infeksi sekunder yang diderita pasien kadang-kadang jarang ditemukan. Disamping itu obat yang di pakai pun mempunyai efek samping yang berat dan banyak dokter yang tidak mempunyai pengalaman memakainya.

Penderita AIDS dan infeksi HIV memerlukan pelayanan kesehatan serupa dengan penderita penyakit menahun yang lain. mereka memerlukan pelayanan kesehatan

berkesinambungan dan pemantauan yang seksama untuk mengobati dan mencegah agar penyakit infeksi tidak berlarut-larut dan menyebabkan cacat. Seringkali merawat penderita AIDS dan infeksi HIV lebih sukar daripada merawat penderita penyakit kronik, karena penderita Hiv/AIDS memerlukan dukungan emosi yang khusus dan pemantauan medik yang ketat selama berobat jalan. Pemantauan medik ini diperlukan untuk mencegah kekambuhan sehingga lama rawat di rumah sakit dapat ditekan seminimal mungkin. Sayangnya, tenaga yang terdidik dan terlatih masih terbatas. Banyak diantara tenaga kesehatan yang masih cemas dan ketakutan tertular AIDS. Beban lain yang harus ditanggung oleh pasien HIV/AIDS adalah biaya pengobatan yang sangat mahal.

2. Aspek kerahasiaan.

Keingintahuan seseorang tentang cara penularan AIDS adalah sikap yang amat positif, agar ia atau orang lain dapat terhindar dari tertular HIV. Namun sebaliknya, keingintahuan akan identitas seorang pasien AIDS atau seseorang yang terinfeksi HIV seringkali berakibat buruk, diantaranya pasien dapat menghilang dari rumahnya.

Penderita HIV/AIDS seharusnya dilindungi dari masalah tersebut karena dampaknya akan buruk sekali terhadap pasien sendiri, keluarga dan masyarakat. Bahkan status HIV+ juga dapat menjadi ancaman bagi karu yang bersangkutan. Pada salah satu kasus pasien AIDS, setelah teman sekantornya tahu penyakitnya, pasien yang bersangkutan langsung mengalami depresi berat. Keadaan umumnya memburuk sehingga odha tersebut harus segera dirawat di rumah sakit lagi, tidak lama kemudian meninggal dunia. Keluarga odha tersebut marah dan dongkol, tetapi tidak berani protes karena khawatir akan efek negatifnya, yaitu semakin banyak orang yang tahu “aib” tersebut. Teman-teman sekerjanya (termasuk seorang dokter) panik, khawatir sudah tertular AIDS, karena merasa pernah berjabat tangan dan bercakap-cakap, dan makan bersama-sama penderita. Jadi, pada kenyataannya hingga saat ini masih banyak masyarakat yang belum mendapat info yang benar mengenai HIV/AIDS (dr. Zubairi Djoerban, 1999 ; 155-159).

2.4.7 Reaksi Psikologis Penderita HIV/AIDS

Reaksi dari odha pada saat pertamakali mengetahui bahwa dirinya mengidap HIV/AIDS adalah munculnya perasaan terasing, terpencil dan kesepian karena hidup menyendiri atau terbuang dari lingkungan masyarakat sekitar yang tidak dapat menerima kehadirannya.

Lamanya waktu dari masa inkubasi hingga timbulnya gejala AIDS dan adanya ancaman akan meninggalnya odha merupakan stresor bagi odha. Seringkali odha merasa jenuh, putus asa didalam menjalani pengobatan yang tidak memberikan hasil memuaskan. Kondisi seperti ini dapat menimbulkan depresi, frustasi yang berkepanjangan, bahkan ada kemungkinan timbulnya niat untuk melakukan bunuh diri.

Sikap masyarakat yang dapat menerima odha dapat membantu odah untuk tetap bertahan didalam melakukan pengobatan. Tetapi kondisi di Indonesiamasih berbeda, hal ini disebabkan karena masih banyak masyarakat yang belum siap untuk menerima kondisi ini, baik karena alasanmoral, ekonomi, maupun sosial. Alasan penolakan tersebut menimbulkan beban tambahan bagi odha. Walaupun sikap keluarga mendukung, namun seringkali odha terbebani oleh pemikiran terhadap keluarga yang akan ditinggalkannya.

Timbulnya AIDS yang begitu mendadak dengan daya penyebarannya yang epat, menimbulkan reaksi spontan dari masyarakat Amerika Serikat pada saat pertamakali menghadapinya. Reaksi-reaksi tersebut yaitu menjauhkan diri dari odha, berusaha untuk tidak menyentuh, menggunakan obat pencuci hama dan bila perlu mebakar kasur, tempat tidur atau pakaian yang pernah dipakai oleh odha. Reaksi awal yang sifatnya panik inilah yang menyebarkan keseluruh dunia, sehingga pada saat ini banyak masyarakat yang masih mempercayainya pandangan-pandangan yang keliru mengenai HIV/AIDS.

Orang yang dianggap mencemari nama baik keluarga atau masyarakat dikenai “stigma” dan mungkin juga penderita akan dikucilkan atau disembunyikan dengan

harapan nama keluarga atau masyarakat itu tidak tercemar karena tidak ada yang tahu. Sebaliknya bagi penderita, pengucilan atau pemasungan itu tidak meringankan penyakitnya apalagi untuk dapat menyembuhkannya.

Belum redamnya reaksi penolakan terhadap penyakit AIDS, muncul reaksi berikutnya dari masyarakat yang berupa proyeksionasi dalam bentuk sikap menumpahkan kesalahan pada orang lain sebagai pembawa musibah tersebut. Dalam hal penyakit AIDS ini, pihak yang disalahkan adalah turis asing, kaum homoseksual, PSK, pecandu narkoba dan akhirnya akan beralih pada penderita itu sendiri.

Kesibukan untuk menyalahkan orang lain yang dianggap sebagai pembawa musibah tersebut membuat masyarakat lengah dan tidak melakukan tindakan yang sebenarnya untuk penularannya.

Sikap didalam menghadapi penyakit itu sendiri itu sendiri maupun fase pengobatannya memberikan dampak psikologis bagi odha, ditambah dengan sikap keluarga dan masyarakat yang cenderung memberikan stigma atau cap buruk membuat odha semakin tertekan. Demikian pula ketakutan yang dialami oleh orang yang merasa telah berbuat penyimpangan untuk memeriksakan dirinya apakah ia sudah tertular atau tidak. Lebih buruk lagi, mereka yang sudah tertular akan bersikap seperti orang yang sehat kemudian akan menulari, ia akan memiliki kesempatan untuk melakukan proyeksionisasi dan menyalahkan mereka yang sebenarnya tertular oleh mereka. Mereka semua kemudian akan meninggal karena dibunuh oleh keyakinan masyarakat yang percaya bahwa orang dengan HIV/AIDS itu harus disingkirkan.

Dampak psikologis yang semakin berat ini bermanifestasi dengan lebih memperberat gejala klinik AIDS yang ada. Penyakit ini dikenal dapat menyerang sistem syaraf pusat dan bila ditambah dengan beban psikologis tersebut maka odha akan mengalami kelainan neuropsikiatrik, seperti demensia.

Reaksi-reaksi psikologis tersebut mengikuti urutan pola tertentu yang dapat dialami secara berbeda oleh sikap odha, artinya sikap odha akan mempunyai tahap

tersendiri, dapat berurutan atau melompat, dapat maju kemudian mundur kembali. Reaksi tersebut yaitu :

- Stadium 1 dan 2 (*Denial and Anger*)

Stadium ini timbul sebagai akibat dari pengaruh gencarnya kampanye AIDS yang mengandung informasi menakutkan. Hal ini menyebabkan Odha tidak melanjutkan pengobatannya. Odha akan gelisah, menyangkal, gugup dan menyalahkan hasil diagnosanya.

Penyangkalan sebenarnya merupakan suatu mekanisme perlindungan bagi trauma psikologis yang dideritanya. Secara tidak sadar proses psikologis akan terus berkembang menjadi rasa bersalah bahwa dirinya telah terinfeksi, marah terhadap dirinya atau orang yang menularinya, tidak berdaya dan hilang kontrol serta akal sehatnya. Tekanan ini akan diperberat lagi mengingat mereka adalah golongan minoritas dan merasa bahwa HIV adalah akibat hubungan seks yang mereka lakukan tanpa terkendali.

- Stadium 3 (*Withdrawal and Depression*)

Pada situasi ini, pada diri Odha timbul kesadaran bahwa mereka akan diisolasi secara seksual dan sosial. Odha berada dalam keadaan tidak menentu didalam menghadapi reaksi orang lain terhadap dirinya. Dasar perilaku ini adalah karena mereka tidak mampu untuk membicarakan keadaan penyakitnya dengan orang lain dan takut menulari orang lain.

Pada keadaan withdrawal yang berat, Odha memikirkan beratnya hukuman yang dideritanya kelak, yang justru ke homophobia (ketakutan yang kuat dan irasional pada jenis kelamin sendiri). Dalam hal ini sulit untuk dibedakan apakah ini merupakan neurologi AIDS atau gejala psikologis. Beberapa odha menunjukkan gejala psikiatrik. Bila sulit membedakannya maka penderita harus dikirim ke ahli neuropsikiatrik. Gejala depresi berat biasanya timbul akibat infeksi oportunistik pada susunan syaraf pusat atau

HIV encephalopathy. Hal ini berbahaya dan harus dianggap sebagai kelainan organik dulu, apabila negatif baru dipikirkan suatu kelainan psikologis yang berat.

- Stadium 4 (*Bargaining*)

Stadium bargaining ini dapat secara jelas dibedakan menjadi empat tahap, yaitu:

1. ***Coming out to significant others***

Odha sudah mulai memilih siapa yang akan menerima keadaan dirinya, kemudian Odha akan menceritakan keadaannya dan akan mulai mengungkapkan keadaan dirinya sebagai homoseks, pecandu obat narkotika atau pekerja seks. Orang lain yang dipilih Odha bisa keluarganya atau orang yang bisa dipercayainya. Itu merupakan proses bagi dirinya agar dapat diterima disuatu masyarakat tertentu, mendapatkan kasih sayang dan akhirnya untuk dapat membagikan beban mentalnya kepada orang lain tersebut.

2. ***Looking for others***

Tahap ini merupakan suatu proses mencari teman senasib yang sama-sama dikucilkan dari masyarakat. Secara psikologis Odha mencari dukungan secara sosial dan psikologis dari teman-teman senasib. Sekarang Odha akan merasa dirinya sebagai orang cacat dengan identitas HIV +. Disamping itu, penderita sesungguhnya mempunyai harapan untuk mengatasi situasi yang menjepitnya.

3. ***Special status***

Tahap ini akan langsung dicapai oleh beberapa orang yang memiliki mental yang kuat tanpa harus melampaui tahap-tahap sebelumnya. Tahapan adanya perasaan tidak mempunyai identitas diri

menjadi suatu individu yang spesial dan ada orang lain yang membutuhkannya, serta munculnya perasaan bahwa proses penyakitnya sudah berhenti dan merasa bahwa kehidupan mereka akan menjadi sangat baik jadinya.

4. *Altruistic behavior*

Tahap ini merupakan akibat proses psikologis pada tahap 1 dan 2 yaitu perasaan senasib dan sepenanggungan dari suatu keluarga yang mendapat stigmasi. Dengan pikiran ingin berteman dengan orang senasib, maka timbul perasaan menyangkal asas kelompoknya yang terkucil dan stigma itu sendiri. Keinginan untuk segera go public akan menyebabkan munculnya perilaku berlebihan dan tanpa pertimbangan. Mereka yang masuk pada tahap ini sudah mempertimbangkan antara arti dan tujuan hidup mereka yang jauh lebih penting dengan hambatan yang dihadapi sekarang. Apabila timbul suatu gejala penyakit AIDS, maka Odha yang berada pada tahap ini akan kembali menjadi mundur ke tahap sebelumnya atau maju ke stadium 5.

- Stadium 5 (*Acceptance*)

Menurut Kubler-Ross dan Cass (1992), akhir dari proses psikologis kelompok ini adalah rasa menerima nasib. Keadaan ini merupakan suatu keadaan seseorang yang hidup dengan penyakitnya dan bukan merupakan suatu akibat dari penyakitnya itu. Masalah yang timbul setelah stadium ini masih belum diketahui, apakah orang tersebut akan tetap peduli terhadap penularan terhadap orang lain atau menjadi apatis terhadap masalah kesehatan pada umumnya.

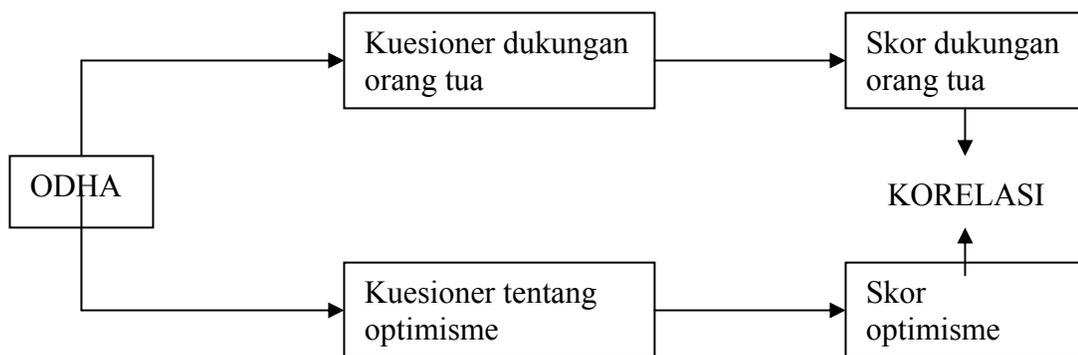
BAB III METODOLOGI PENELITIAN

Dalam penelitian ini akan diuraikan metodologi penelitian yang digunakan dalam penelitian mengenai hubungan antara dukungan keluarga dan optimisme pada penderita HIV/AIDS di Yayasan ‘X’ Bandung.

3.1 DESAIN PENELITIAN

Desain penelitian ini menggunakan desain non ekperimental. Adapun metode yang digunakan adalah metode korelasional, yaitu metode untuk mengetahui sejauhmana keeratan hubungan antara variabel satu dengan variabel yang lainnya yang dinyatakan dalam bentuk koefisien korelasi. Sementara itu sifat penelitian ini adalah *ex post facto*, yaitu suatu penelitian yang berdasarkan variabel-variabel yang sudah terjadi atau variabel yang sudah ada sebelumnya dalam diri responden, dimana variabel-variabel tersebut tidak dapat dimanipulasi oleh peneliti.

3.1 Bagan : Skema desain penelitian



3.2 VARIABEL PENELITIAN DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.2.1. Variabel-variabel penelitian ini adalah:

- Variabel pertama : dukungan keluarga
- Variabel kedua : optimisme

3.2.2. Definisi Operasional

3.2.2.1. Dukungan Orang Tua

Definisi operasional dari dukungan orang tua adalah seberapa sering perlakuan yang diberikan orang tua yang diterima, dirasakan, dan dihayati Odha yang dapat memberikan manfaat bagi kesehatan Odha. Dukungan orang tua berupa dukungan emosi, dukungan penghargaan, dukungan instrumental, dan dukungan informasi sehingga odha dapat merasa optimis.

- Dukungan emosional adalah perlakuan yang diberikan keluarga yang disadari odha dengan cara menghibur, mengungkapkan rasa empati, mengungkapkan kasih sayang dalam bentuk perhatian, memahami perasaan, membuatnya merasa menjadi bagian dari keluarga, menciptakan rasa aman, memahami perasaan, membuatnya merasa dicintai, dan memberi semangat.
- Dukungan penghargaan adalah perlakuan yang diberikan keluarga yang disadari odha dengan cara memberikan penghargaan dengan menerima diri odha apa adanya, memberi kepercayaan (tanggung jawab), memberi tanggapan terhadap ide atau gagasan yang dikemukakannya, membuatnya merasa berguna, membantunya mengaktualisasikan potensi-potensinya, membuka wawasannya tentang keadaan orang-orang lain di sekelilingnya.

- Dukungan instrumental adalah perlakuan yang diberikan keluarga yang disadari odha dengan cara memberi bantuan dalam bentuk materi (uang), meluangkan waktu bersama-sama, menemani pergi ke dokter, dan memberi bantuan untuk menyelesaikan tugas-tugasnya yang lain.
- Dukungan informasional adalah perlakuan yang diberikan keluarga yang disadari odha dengan cara memberi nasehat, memberi bimbingan dan masukan, memberi arah, sugesti, umpan balik, mencari informasi mengenai segala sesuatu yang berkaitan dengan penyakit odha serta informasi tentang segala sesuatu yang dapat dilakukan setelah didiagnosa menderita HIV/AIDS.

3.2.2.2., Optimisme

Definisi operasional dari optimisme adalah harapan-harapan odha untuk hasil yang lebih baik di masa yang akan datang dimana harapan-harapan ini dibentuk dari kebiasaan berpikir odha dalam menjelaskan keadaan yang baik maupun keadaan yang buruk yang didalamnya terdiri atas tiga dimensi, yaitu:

- *Permanence*

Yaitu lama berlangsungnya suatu keadaan, apakah menetap (*permanence*) atau sementara (*temporary*), jika odha berpikir bahwa keadaan yang buruk atau penyakitnya hanya sementara (*PmB-Temporary*) sedangkan keadaan yang baik atau keadaan yang sehat akan menetap (*PmG-Permanence*) maka odha tersebut disebut optimis sebaliknya jika odha berpikir keadaan yang buruk akan menetap (*PmB-Permanence*) dan keadaan yang baik hanya terjadi sementara saja (*PmG-Temporary*) maka odha tersebut disebut pesimis.

- *Pervasiveness*

Yaitu ruang lingkup suatu keadaan, apakah universal atau specific. Jika odha berpikir bahwa keadaan yang baik akan terjadi pada segala hal yang dia lakukan (*PvG-Universal*) dan keadaan yang buruk hanya terjadi pada situasi tertentu saja (*PvB-Specific*) maka odha tersebut disebut optimis tetapi jika odha berpikir bahwa keadaan yang baik hanya terjadi pada suatu kejadian tertentu saja (*PvG-Specific*) dan keadaan yang buruk akan terjadi pada semua kejadian yang terjadi dalam hidupnya (*PvB-Universal*) maka odha tersebut disebut pesimis.

➤ *Personalization*

Yaitu penyebab dari suatu keadaan yang dialami, dibedakan antara penyebab internal dan eksternal. Jika odha berpikir bahwa penyebab dari keadaan yang baik adalah dirinya sendiri (*PsG-Internal*) dan penyebab keadaan yang buruk adalah lingkungan di luar dirinya (*PsB-External*) maka odha tersebut disebut optimis sedangkan jika Odha berpikir bahwa penyebab keadaan yang baik adalah lingkungan di luar dirinya (*PsG-External*) dan penyebab dari keadaan yang buruk adalah dirinya sendiri (*PsB-Internal*) maka odha tersebut disebut pesimis.

3.3 ALAT UKUR

Untuk mendapatkan data yang diperlukan dalam penelitian ini digunakan alat ukur:

3.3.1 Alat Ukur Dukungan Orang tua

Alat ukur yang digunakan untuk memperoleh data adalah kuesioner mengenai dukungan keluarga. Alat ukur ini berupa kuesioner yang memuat pernyataan-pernyataan tentang dukungan keluarga yang didasarkan dari konsep dukungan sosial (Cob, 1976 ; Cohen & McKay, 1984 ; House, 1984 ; Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981 ; Wills, 1984 dalam Sarafino, 1990). Kuesioner ini terdiri dari 30 pernyataan tertutup dalam bentuk rating . Pada *rating scale* ini responden memilih salah satu

jawaban dari empat pilihan jawaban yang tersedia, mulai dari selalu, sering, jarang, dan tidak pernah.

Kuesioner ini meliputi empat aspek dari dukungan orang tua:

1. Dukungan emosional terdapat pada item : 1, 2, 10, 11, 12, 15, 16, 20, 24, 26, 29, 30
2. Dukungan penghargaan terdapat pada item : 3, 5, 9, 13, 17, 18, 19, 22
3. Dukungan instrumental terdapat pada item : 6, 23, 27
4. Dukungan informasi terdapat pada item : 7, 8, 14, 25.

Item positif untuk dukungan orang tua terdapat pada nomor : 1, 5, 6, 8, 9, 11, 13, 14, 17, 19, 20, 24, 26, 27.

Item negatif untuk dukungan orang tua terdapat pada nomor : 2, 3, 4, 7, 10, 12, 15, 16, 18, 21, 22, 23, 25, 28, 29, 30.

Sistem penilaian :

Untuk mengisi kuesioner ini responden harus menjawab semua pernyataan dengan cara memberikan tanda silang (X) pada salah satu jawaban dalam setiap pernyataan yaitu selalu, sering, jarang, tidak pernah. Untuk pernyataan positif, penilaian bergerak mulai dari 4 sampai dengan 1 sedangkan untuk pernyataan negatif, penilaian bergerak mulai dari 1 sampai dengan 4. Total skor diperoleh dengan menjumlahkan skor yang diperoleh responden untuk setiap item. Dengan demikian semakin besar skor yang diperoleh menunjukkan semakin tinggi penghayatan terhadap dukungan orang tua sebaliknya semakin kecil skor yang diperoleh menunjukkan semakin rendah penghayatan terhadap dukungan orang tua.

Dari hasil skor yang diperoleh semua responden akan dibuat kriteria kelompok untuk menentukan penghayatan dukungan orang tua pada Odha, yaitu tinggi dan rendah.

Cara menentukan kriteria ini dengan menggunakan nilai median, yaitu :

- a. di bawah median ($< 50\%$) tergolong memiliki penghayatan akan dukungan orang tua yang rendah.

- b. di atas median (> 50 %) tergolong memiliki penghayatan akan dukungan orang tua yang tinggi.

3.3.2 Alat Ukur Optimisme

Alat ukur yang digunakan untuk mengukur optimisme adalah kuesioner optimisme yang dimodifikasi dan diterjemahkan dari *Attributional Style Questionnaire (ASQ)* dari **Martin E.P Seligman (1990)**. Alat ukur ini kemudian dimodifikasi oleh peneliti.

Kuesioner ini terdiri atas 48 item dan termasuk dalam bentuk *forced choice* yang setiap itemnya terdiri atas dua pernyataan, 48 item tersebut dibuat berdasarkan dua macam keadaan yaitu keadaan baik (*good situation*) dan keadaan buruk (*bad situation*), yang terdiri atas tiga dimensi yaitu *permanence*, *pervasiveness*, dan *personalization* sehingga diperoleh enam aspek yang akan diturunkan ke dalam pernyataan-pernyataan atau item. Keenam aspek tersebut adalah:

- a. *Permanence bad (PmB)*

Aspek ini menyatakan cara pandang seseorang yang melihat suatu keadaan buruk apakah menetap atau sementara. Aspek ini diwakili oleh item nomor 5, 13, 20, 21, 29, 33, 42, dan 46.

- b. *Permanence good (PmG)*

Aspek ini menyatakan cara pandang seseorang yang melihat suatu keadaan baik apakah menetap atau sementara. Aspek ini diwakili oleh item nomor 2, 10, 14, 15, 24, 26, 38, dan 40.

- c. *Pervasive bad (PvB)*

Aspek ini menyatakan cara pandang seseorang yang melihat suatu keadaan buruk hanya terjadi pada kejadian-kejadian tertentu atau pada semua kejadian. Aspek ini diwakili oleh item nomor 8, 16, 17, 18, 22, 32, 44, dan 48.

- d. *Pervasive good (PvG)*

Aspek ini menyatakan cara pandang seseorang yang melihat suatu keadaan baik hanya terjadi pada kejadian-kejadian tertentu atau pada semua kejadian. Aspek ini diwakili oleh item nomor 6, 7, 28, 31, 34, 35, 37, dan 43.

e. *Personalization bad* (PsB)

Aspek ini menyatakan cara pandang seseorang yang melihat suatu keadaan buruk disebabkan oleh dirinya sendiri atau keadaan lingkungan (orang lain). Aspek ini diwakili oleh item nomor 3, 9, 19, 25, 30, 39, 41, dan 47.

f. *Personalization good* (PsG)

Aspek ini menyatakan cara pandang seseorang yang melihat suatu keadaan baik disebabkan oleh dirinya sendiri atau keadaan lingkungan (orang lain). Aspek ini diwakili oleh item nomor 1, 4, 11, 12, 23, 27, 36, dan 45.

Sistem penilaian :

Untuk kuesioner ini pada tiap-tiap nomor, subyek diminta untuk memilih salah satu dari kedua pernyataan dengan memberikan tanda silang (X) pada huruf A atau B pada lembar jawaban yang telah disediakan. Pilihan subyek ini harus sesuai dengan dirinya atau menggambarkan dirinya.

Subyek yang menjawab:

- a. Jika subyek menjawab A untuk item yang menjaring aspek PmB, PvB, PsB akan mendapat nilai 1 tetapi jika menjawab B mendapat nilai 0.
- b. Jika subyek menjawab B untuk item yang menjaring aspek PmG, PvG, PsG akan mendapat nilai 1 tetapi jika menjawab A mendapat nilai 0.

Kemudian menjumlahkan skor. Skor total yang akan diperoleh berkisar antara -24 sampai 24. Dari hasil skor yang diperoleh semua responden dibuat kriteria untuk menentuka derajat optimisme pada odha, yaitu : optimis dan pesimis.

Cara penentuan kriteria adalah :

> 0 = Optimis

≤ 0 = Pesimis

Setelah kedua alat ukur disusun, dilakukan *try out* untuk menghitung validitas dan reliabilitas kedua alat ukur tersebut.

3.3.3. Data Pribadi dan Data Penunjang

Data pribadi yang dijangar meliputi identitas responden, sedangkan data penunjang yang menjangar data responden yang menunjang data primer yang diperoleh dari alat ukur.

3.3.4 Uji Validitas dan Reliabilitas Alat Ukur

Alat ukur yang digunakan terlebih dahulu diuji cobakan kepada 21 Odha yang memiliki karakteristik serupa dengan karakteristik populasi yang telah ditentukan. Uji coba ini dilakukan untuk mengetahui tingkat validitas dan reliabilitas alat ukur sehingga diperoleh kelayakan penggunaan alat ukur tersebut.

3.3.4.1. Uji Validitas Alat ukur Dukunga Orang Tua dan Optimisme

Uji validitas adalah pengujian untuk mengetahui sejauh mana alat ukur tersebut memiliki taraf kesesuaian dan ketepatan dalam melakukan suatu penelitian. Langkah-langkah pengujian validitas alat ukur ini sebagai berikut :

- 1) Memberi skor pada setiap item untuk setiap responden
- 2) Menghitung korelasi antara skor tiap item dengan skor total dari seluruh responden menggunakan korelasi *Spearman* melalui program SPSS 11.0
- 3) Menentukan validitas setiap item untuk mengetahui apakah item dapat digunakan koefisien korelasi yang diperlukan dengan kriteria dari **Friedenberg & Kaplan** (1995), yaitu :
 - $> 0,3$: item diterima dan dapat dipakai
 - $< 0,3$: item ditolak dan tidak dapat dipakai.

3.3.4.2. Uji Reliabilitas Alat Ukur Dukungan Orang Tua dan Optimisme

Uji reliabilitas adalah konsistensi skor yang dicapai oleh orang yang sama ketika mereka diuji-ulang dengan tes yang sama pada kesempatan yang berbeda. Pengujian reliabilitas alat ukur dilakukan dengan menggunakan rumus *Alpha Cronbach* yang perhitungannya dilakukan oleh SPSS versi 11.0. Cara menentukan reliabilitas adalah dengan membandingkan nilai korelasi yang diperoleh dengan kriteria dari **Guilford (Sitepu, 1995)**, yaitu :

0,00 – 0,19 = derajat reliabilitas sangat rendah

0,20 – 0,39 = derajat reliabilitas rendah

0,40 – 0,69 = derajat reliabilitas sedang

0,70 – 0,89 = derajat reliabilitas tinggi

0,90 – 1,00 = derajat reliabilitas sangat tinggi

3.4 POPULASI SASARAN DAN TEKNIK SAMPLING

3.4.1. Populasi Sasaran

Populasi sasaran penelitian ini ialah : penderita HIV/AIDS di yayasan “X” Bandung .

3.4.2. Karakteristik Populasi

Sampel yang diambil oleh peneliti memiliki karakteristik :

1. Telah terinfeksi HIV positif
2. Tinggal di yayasan “X”
3. Memiliki orang tua
4. Berusia 18 – 40 tahun

3.4.3 Teknik Penarikan Sampel

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah purposive sampling. Jadi sasaran penelitian dipilih berdasarkan karakteristik populasi yang telah ditentukan oleh peneliti (Sudjana, 1996).

3.4.4 Ukuran sampel

Jumlah sampel yang diambil peneliti berjumlah 25 orang penderita HIV yang tinggal di yayasan “X” Bandung.

3.5 TEKNIK ANALISIS DATA

Uji statistik yang digunakan pada penelitian ini adalah teknik korelasi *Rank Spearman*. Penggunaan koefisien korelasi ini berdasarkan pada sifat data yang diperoleh, yaitu data berskala ordinal dari dukungan orang tua dan optimisme.

Hipotesis statistik yang diuji, yaitu :

$$H_0 : \Gamma_{xy} \leq 0$$

$$H_1 : \Gamma_{xy} \geq 0$$

Keterangan :

x : dukungan orang tua

y : optimisme

Uraian hipotesisnya adalah :

- a. H_0 : tidak terdapat hubungan antara dukungan orang tua dan optimisme
- b. H_1 : terdapat hubungan antara dukungan orang tua dan optimisme

Untuk mengetahui apakah ada tidaknya hubungan antara dukungan orang tua dan optimisme, maka digunakan teknik statistik korelasi perangkat *Spearman*. Karena kedua variabel tersebut merupakan data berskala ordinal sehingga dapat disusun dengan urutan tertentu. Rumus yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Rank Spearman* melalui perhitungan SPSS 11.0.

3.6 HIPOTESIS STATISTIK

Ho : tidak terdapat hubungan antara dukungan orang tua dan optimisme pada penderita HIV/AIDS di yayasan “X” Bandung.

H₁ : terdapat hubungan antara dukungan orang tua dan optimisme pada penderita HIV/AIDS di yayasan “X” Bandung.