



UNIVERSITAS INDONESIA

**PERSEPSI GAY DENGAN HIV/AIDS TENTANG ASUHAN
KEPERAWATAN**

TESIS

**Maliani Silalahi
NPM. 1606947471**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
DEPOK
2018**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PERSEPSI GAY DENGAN HIV/AIDS TENTANG ASUHAN
KEPERAWATAN**

TESIS


**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Keperawatan pada Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia**

**MALIANTI SILALAH
NPM. 1606947471**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN JIWA
DEPOK
2018**

PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Malianti Silalahi
NPM : 1606947471
Tanda Tangan : 
Tanggal : Juni 2018

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : Malianti Silalahi

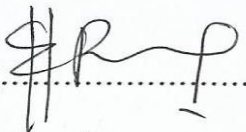
NPM : 1606947471

Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan
Jiwa

Judul Tesis : Persepsi *Gay* dengan HIV/AIDS tentang Asuhan Keperawatan

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dalam Sidang Tertutup dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Pembimbing I : Herni Susanti, S.Kp.,M.N.,Ph.D

()

Pembimbing II : Ria Utami Panjaitan, S.Kp., M.Kep

()

Penguji I : Ice Yulia Wardhani, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep J

()

Penguji II : Ns. Evin Novianti, M.Kep., Sp.Kep J

()

Disetujui di : Depok

Tanggal : Juli 2018

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur peneliti panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan berkat-Nya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan penelitian dengan judul “Persepsi *Gay* dengan HIV/AIDS tentang Asuhan Keperawatan”. Penyusunan laporan hasil penelitian tesis ini disusun untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan pada Program Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Dalam penyusunan tesis ini peneliti menyadari sangatlah tidak mudah bagi peneliti untuk menyelesaikan tesis ini jika tidak mendapatkan bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Untuk itu, saya menyampaikan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada:

1. Bapak Agus Setiawan, S.Kp., M.N., D.N selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Ibu Dr. Astuti Yuni Nursasi, S.Kp., M.N selaku Koordinator mata kuliah tesis yang memberikan arahan dan dukungan selama proses penyusunan tesis di Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia
3. Ibu Ice Yulia Wardani, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.J, selaku Ketua Departemen Keperawatan Jiwa
4. Ibu Herni Susanti, S.Kep.,M.N.,Ph.D selaku pembimbing I yang sudah sangat sabar dalam membimbing, mengarahkan, dan memotivasi peneliti, serta sudah memberikan sangat banyak waktu, tenaga, pikiran dan kesempatan bagi peneliti untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan dalam melakukan penelitian tesis ini
5. Ibu Ria Utami Panjaitan, S.Kp., M.Kep selaku pembimbing II yang sudah sangat sabar dalam membimbing, mengarahkan, dan memotivasi peneliti, serta sudah memberikan sangat banyak waktu, tenaga, dan pikiran dalam membimbing dan mengarahkan peneliti dalam penyusunan tesis ini
6. Ibu Dr. Novy H.C. Daulima, SKp., MSc selaku pembimbing akademik (PA) yang telah memberikan semangat dan dukungan bagi peneliti untuk

menyelesaikan studi di Program Studi Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa, Universitas Indonesia dengan tepat waktu dan maksimal

7. Direktur LSM Yayasan Kasih Suwitno yang telah memberikan izin penelitian untuk mendapatkan data calon partisipan yang akan diteliti
8. Direktur LSM Yayasan Kortek Mandiri yang telah memberikan izin penelitian untuk mendapatkan data calon partisipan yang akan diteliti
9. Direktur RS Ketergantungan Obat (RSKO) Jakarta yang sudah memberikan izin penelitian untuk melakukan validasi data dari partisipan penelitian yang sudah diteliti
10. Kepada mas Ipul, mas Antonio, mas Zaelani, dan bang Jun yang sudah bersedia menjadi *key informant* dan sudah sangat banyak membantu peneliti dalam proses pelaksanaan penelitian
11. Seluruh partisipan dalam penelitian ini yang sudah bersedia diwawancara dan berbagi pengalaman kepada peneliti
12. Keluarga tercinta yang selalu memberikan semangat, dukungan dan motivasi dalam melakukan penelitian tesis
13. Akper RS Husada Jakarta yang sudah memberikan dukungan dan semangat dalam melakukan penelitian tesis
14. Para sahabat dan teman-teman seperjuangan FIK UI 2016, khususnya sahabat jiwa angkatan 12 yang selalu saling memotivasi satu sama lain
15. Oktora Sinambela, Veronica, Kak Devi, Ria, Kristina, Natalina, Dian, Pendeta Bunda Merietta Simanjuntak yang selalu memberikan dukungan, semangat, dan waktu bagi peneliti untuk berbagi dan sharing tentang proses dalam pembuatan penelitian tesis.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang membantu dan semoga proposal ini memberikan manfaat bagi pengembangan Ilmu keperawatan khususnya ilmu keperawatan Jiwa.

Depok, Juli 2018

Penul

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Malianti Silalahi
NPM : 1606947471
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Departemen : Keperawatan Jiwa
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis karya : Tesis

demikian pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

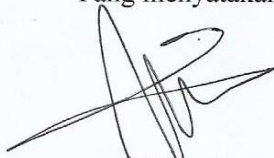
Persepsi *gay* dengan HIV/AIDS tentang asuhan keperawatan beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Depok

Pada tanggal: 9 Juli 2018

Yang menyatakan



(Malianti Silalahi)

ABSTRAK

Nama : Malianti Silalahi
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul : Persepsi Gay dengan HIV/AIDS tentang Asuhan Keperawatan
Pembimbing : 1. Herni Susanti, S.Kp.,M.N.,Ph.D
2. Ria Utami Panjaitan, S.Kp., M.Kep

Gay adalah suatu penyimpangan perilaku dimana adanya rasa ketertarikan terhadap sesama laki-laki. *Gay* sangat rentan dan beresiko tinggi terkena HIV/AIDS dan jumlahnya selalu mengalami peningkatan setiap tahunnya. Pelayanan keperawatan adalah salah satu solusi dalam menurunkan angka HIV/AIDS pada *gay*. Asuhan keperawatan merupakan bentuk pelayanan yang diberikan perawat yang dapat membantu dalam mengatasi permasalahan kesehatan. Kurangnya pengetahuan terkait asuhan keperawatan dapat meningkatkan kendala yang dialami dalam menurunkan jumlah *gay* dengan HIV/AIDS. Penelitian ini bertujuan mengeksplorasi persepsi *gay* dengan HIV/AIDS tentang asuhan keperawatan. Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan desain deskriptif kualitatif. Pengumpulan data dilakukan dengan teknik wawancara mendalam kepada 14 partisipan. Hasil penelitian menghasilkan enam tema yaitu respon psikologis dan mekanisme coping *gay* dengan HIV/AIDS dalam penerimaan penyakit, Sosok perawat yang diinginkan *gay* dengan HIV/AIDS, pengkajian keperawatan yang efektif bagi *gay* dengan HIV/AIDS, ketidakpopuleran diagnosis keperawatan, keterbatasan perawat untuk melibatkan pasien *gay* dengan HIV/AIDS dalam perencanaan keperawatan, dan pelayanan keperawatan profesional yang diharapkan oleh *gay* dengan HIV/AIDS. Sikap menerima, memiliki pengetahuan yang luas tentang *gay* dan penyakit HIV/AIDS, serta komunikasi yang hangat dan tidak berjarak adalah sosok perawat yang diinginkan *gay* dengan HIV/AIDS. Mendapatkan layanan asuhan keperawatan yang sama dan konsisten serta peningkatan kemampuan dan keterampilan perawat adalah harapan *gay* dengan HIV/AIDS terhadap pelayanan keperawatan.

Kata Kunci : Persepsi, Deskriptif Kualitatif, *Gay*, HIV/AIDS, Asuhan Keperawatan

ABSTRACT

Name : Malianti Silalahi
Study Program : Magister Ilmu Keperawatan
Title : Gay Perception With HIV/AIDS on Nursing Care
Counsellor : 1. Herni Susanti, S.Kp.,M.N.,Ph.D
2. Ria Utami Panjaitan, S.Kp., M.Kep

Gay is a behavioral disorder in which there is a sense of attraction towards fellow men. Gay is very vulnerable and at high risk of HIV / AIDS and the number is always increasing every year. Nursing service is one of the solutions in reducing the number of HIV / AIDS in gays. Nursing care is a form of service provided by nurses who can help in overcoming health problems. Lack of knowledge related to nursing care can increase the constraints experienced in reducing the number of gay with HIV / AIDS. This study aims to explore the perception of gay with HIV / AIDS about nursing care. This research is qualitative research with qualitative descriptive design. Data collection was done by in-depth interview technique to 14 participants. The results of the study resulted in six themes: psychological responses and gay coping mechanisms with HIV / AIDS in accepting disease, nurse figure desired by gay with HIV / AIDS, effective nursing assessment for gay with HIV / AIDS, unpopular nursing diagnoses, nurse limitations to engage patients gay with HIV / AIDS in nursing planning, and professional nursing services expected by gays with HIV / AIDS. Accepting, having extensive knowledge about gay and HIV / AIDS diseases, as well as warm and distant communications is a gay nurse wanted figure with HIV / AIDS. Getting the same consistent nursing care and nurse skills and ability is a gay expectation with HIV / AIDS on nursing care.

Key Words : Perceptions, Qualitative Descriptions, Gay, HIV/AIDS, Nursing Care

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vii
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR SKEMA	xiii
DAFTAR BAGAN	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.4 Manfaat Penelitian	7
1.4.1 Bagi Pelayanan Keperawatan	7
1.4.2 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan	7
1.4.3 Bagi Pengembangan Metodologi Penelitian	7
BAB 2 LANDASAN TEORI	8
2.1 Gay	8
2.1.1 Pengertian	8
2.1.2 Jenis Gay	8
2.1.2.1 Ego Distonik	8
2.1.2.2 Ego Sintonik	8
2.1.3 Penyebab	9
2.1.3.1 Teori Biologi	9
2.1.3.2 Teori Perkembangan	10
2.1.4 Tahap-tahap Menjadi Gay	13
2.1.5 Dampak	14
2.2 HIV / AIDS	14
2.3 Gay Dengan HIV/AIDS	16
2.4 Persepsi	16
2.4.1 Pengertian	16
2.4.2 Faktor-faktor yang Berpengaruh Terhadap Pembentukan Persepsi	17
2.4.3 Proses Pembentukan Persepsi	17
2.5 Asuhan Keperawatan	18
2.5.1 Pengertian	18
2.5.2 Asuhan Keperawatan Pada HIV/AIDS	18
2.5.2.1 Pengkajian	20
2.5.2.2 Diagnosa Keperawatan	21
2.5.2.3 Intervensi Keperawatan	22

2.5.2.4 Evaluasi	24
2.5.3 Asuhan Keperawatan Pada Gay Dengan HIV/AIDS	24
2.6 Alur Pikir	28
BAB 3 METODE PENELITIAN	29
3.1 Desain Penelitian	29
3.2 Subjek Penelitian	30
3.2.1 Sampel Penelitian	30
3.2.2 Cara Pemilihan Sampel	31
3.3 Waktu dan Tempat Penelitian	32
3.4 Etika Penelitian.....	32
3.4.1 <i>Autonomy</i>	33
3.4.2 <i>Beneficience</i>	33
3.4.3 <i>Non Maleficience</i>	33
3.4.4 <i>Justice</i>	34
3.4.5 <i>Confidentiality</i>	34
3.4.6 <i>Anonymity</i>	34
3.5 Prosedur Pengumpulan Data	35
3.5.1 Tahap Persiapan	35
3.5.2 Tahap Pelaksanaan	36
3.5.3 Tahap Penutup	36
3.6 Instrumen Pengumpulan Data	37
3.7 Analisa Data	38
3.8 Keabsahan Data	40
3.8.1 <i>Credibility</i>	40
3.8.2 <i>Dependability</i>	40
3.8.3 <i>Confirmability</i>	41
3.8.4 <i>Transferability</i>	41
3.9 Refleksi diri peneliti	41
BAB 4 HASIL PENELITIAN.....	43
4.1 Karakteristik Partisipan	43
4.2 Hasil Penelitian.....	49
4.2.1 Tema 1: Respon psikologis dan mekanisme koping <i>gay</i> dengan HIV/ AIDS dalam penerimaan penyakit	49
4.2.2 Tema 2 : Sosok perawat yang diinginkan <i>gay</i> dengan HIV/AIDS	54
4.2.3 Tema 3 : Pengkajian keperawatan yang efektif bagi <i>gay</i> dengan HIV/AIDS.....	59
4.2.4 Tema 4 : Ketidakpopuleran diagnosis keperawatan	62
4.2.5 Tema 5 : Keterbatasan perawat untuk melibatkan pasien <i>gay</i> dengan HIV/AIDS	63
4.2.6 Tema 6 : Pelayanan keperawatan profesional yang diharapkan oleh <i>gay</i> dengan HIV/AIDS.....	64
BAB 5 PEMBAHASAN	67
5.1 Interpretasi Hasil Penelitian.....	67
5.1.1 Respon psikologis dan mekanisme koping <i>gay</i> dengan HIV/ AIDS dalam penerimaan penyakit	67

5.1.2 Sosok perawat yang diinginkan <i>gay</i> dengan HIV/AIDS	72
5.1.3 Pengkajian keperawatan yang efektif bagi <i>gay</i> dengan HIV/AIDS.....	77
5.1.4 Ketidakpopuleran diagnosis keperawatan.....	80
5.1.5 Keterbatasan perawat untuk melibatkan pasien <i>gay</i> dengan HIV/AIDS dalam perencanaan keperawatan.....	81
5.1.6 Pelayanan keperawatan professional yang diharapkan oleh <i>gay</i> dengan HIV/AIDS.....	83
5.2 Keterbatasan Penelitian	85
5.3 Impilkasi Bagi Keperawatan	85
5.3.1 Implikasi bagi institusi pendidikan	85
5.3.2 Implikasi bagi pelayanan keperawatan	85
5.3.3 Bagi Praktik Keperawatan	86
BAB 6 Simpulan dan Saran.....	87
6.1 Simpulan.....	87
6.2 Saran.....	89
6.2.1 Bagi Institusi Pendidikan.....	89
6.2.2 Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan.....	90
6.2.3 Bagi Praktik Keperawata.....	90
6.2.4 Bagi Penelitian Selanjutnya.....	91

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Proses Pembentukan Persepsi	18
Skema 2.2 Alur Pikir	27

DAFTAR BAGAN

Bagan 4.1 Analisis Tema 1	
Respon psikologis dan mekanisme coping <i>gay</i> dengan HIV/AIDS dalam penerimaan penyakit	53
Bagan 4.2 Analisis Tema 2	
Sosok perawat yang diinginkan <i>gay</i> dengan HIV/AIDS	58
Bagan 4.3 Analisis Tema 3	
Pengkajian Keperawatan yang Efektif Bagi Gay dengan HIV/AIDS.....	61
Bagan 4.4 Analisis Tema 4	
Ketidakpopuleran Diagnosis Keperawatan	62
Bagan 4.5 Analisis Tema 5	
Keterbatasan Perawat Untuk Melibatkan Klien Gay dengan HIV/AIDS Dalam Perencanaan Keperawatan.....	63
Bagan 4.6 Analisis Tema 6	
Standar Pelayanan Keperawatan Profesional yang Diharapkan Oleh Gay Dengan HIV/AIDS	66

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1** Penjelasan penelitian
- Lampiran 2** *Informed consent*
- Lampiran 3** Data demografi partisipan
- Lampiran 4** Pedoman wawancara
- Lampiran 5** *field note*
- Lampiran 6** Jadwal pelaksanaan penelitian
- Lampiran 7** Surat izin penelitian
- Lampiran 8** Surat lulus uji etik
- Lampiran 9** Surat Izin penelitian
- Lampiran 10** Proses pembentukan Tema
- Lampiran 11** Daftar riwayat hidup

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Homoseksual merupakan isu yang hingga saat ini masih menjadi perdebatan di dunia maupun di Indonesia. Terdapat banyak kontroversi terkait hal ini, dimana ada yang pro dan kontra. Perkembangan homoseksual dimulai pada abad-XI dan mulai muncul sekitar tahun 1990-an (Sinyo, 2014). Homoseksual merupakan suatu penyimpangan perilaku dimana adanya rasa ketertarikan terhadap sesama jenis kelamin (Hawari, 2009). Homoseksual dikelompokkan menjadi dua yaitu adanya ketertarikan seksual pada sesama perempuan yang disebut dengan *lesbi* dan ketertarikan pada sesama laki-laki yang sering disebut dengan *gay*. Terdapat tiga dugaan penyebab seseorang menjadi *gay* yaitu: faktor genetik yang terkait dengan cabang neurosains atau struktur otak manusia, yang kedua karena adanya faktor homoseksualitas yaitu faktor budaya, dan yang ketiga adalah karena adanya faktor psikologis seperti: adanya trauma terhadap lawan jenis, menemukan kenyamanan pada sesama jenis, atau karena kebutuhan ekonomi untuk mendapatkan penghasilan dengan menjadi salah satu dari anggota *gay* (Niernoventy, 2013; Sekarpuri, 2016).

Hingga saat ini jumlah *gay* terus mengalami peningkatan setiap tahunnya. Di dunia jumlah *gay* masih belum diketahui secara pasti, namun diperkirakan 1-3% dari populasi pria dewasa yang berusia 15-59 tahun di dunia merupakan *gay* (*United Programme on HIV/AIDS*, 2008). Menurut Kemenkes tahun 2012, jumlah *gay* di Indonesia dari tahun 2009 hingga 2012 mengalami peningkatan 37% yaitu menjadi sekitar 1.095. 970 orang dan diyakini akan terus mengalami peningkatan secara signifikan.

Indonesia merupakan salah satu negara beragama yang masih kental dengan budaya ketimurannya. *Gay* di Indonesia masih merupakan suatu hal yang sangat tabu, dimana hal ini dapat dibuktikan dengan belum adanya pengakuan terhadap keberadaan mereka. *Gay* merupakan kelompok yang sangat sering mendapatkan stigma terkait identitasnya, seperti: pengucilan, kekerasan, dan intimidasi. Hal ini juga tidak jarang mereka dapatkan dari petugas kesehatan pada saat menjalani pengobatan di pelayanan

kesehatan. Douglas-Scott, et al (2004, dalam Connolly & Lynch, 2016) mengungkapkan *gay* yang menggunakan layanan kesehatan akan cenderung menyembunyikan seksualitas mereka karena takut mendapatkan stigma atau penilaian negatif dari petugas kesehatan. Hal yang sama juga diungkapkan oleh Greenberg (2002; dalam Neville & Henrickson, 2006) bahwa kebanyakan *gay* menganggap bahwa keterbukaan diri mereka terhadap petugas kesehatan dapat menjadi sebuah resiko untuk mendapatkan stigma, sehingga menyembunyikan orientasi seksual dianggap sebagai pilihan terbaik.

Gay sangat rentan dan beresiko tinggi terkena HIV/AIDS. *Human immunodeficiency virus* (HIV) merupakan sebuah virus yang dapat merusak sistem kekebalan dan pertahanan tubuh manusia. HIV dapat mengakibatkan terjadinya *Acquired Immune Deficiency Syndrom* (AIDS) yaitu sekumpulan gejala yang timbul akibat terjadinya penurunan kekebalan tubuh (Kemenkes, 2016; Black & Hawks, 2014). Penurunan kekebalan tubuh pada penderita HIV/AIDS mengakibatkan penderita memiliki resiko tinggi terinfeksi penyakit yang dapat berakibat fatal bahkan mengakibatkan kematian. Berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan tahun 2015 diperkirakan jumlah orang di dunia yang hidup dengan HIV sekitar 36,7 juta dan sudah terjadi peningkatan sebanyak 3,4 juta orang jika dibandingkan tahun 2010. Saat ini kasus terbaru HIV di dunia mencapai 2,1 juta orang. Di Indonesia jumlah penderita HIV/AIDS juga selalu mengalami peningkatan. Jumlah penderita HIV di Indonesia hingga Juni tahun 2016 sebanyak 208.920 orang dan jumlah kasus AIDS sebanyak 82.556 orang.

HIV/AIDS dapat ditularkan dengan berbagai cara, seperti: hubungan seksual yang tidak aman, paparan cairan atau darah, menggunakan alat suntik napza secara bersama, dan melalui penularan perinatal (Kemenkes, 2016; Black & Hawks, 2014). Laksana & Lestari (2010) juga mengungkapkan hal yang sama bahwa perilaku seksual yang sering berganti pasangan dan melakukan anal seks tanpa menggunakan kondom merupakan penyebab *gay* sangat beresiko untuk tertular ataupun terinfeksi penyakit HIV/AIDS.

Peningkatan jumlah *gay* dapat beresiko meningkatkan angka penderita HIV/AIDS di dunia maupun di Indonesia. Gonzales & Henning-Smith (2017) yang menyatakan bahwa *gay* lebih memiliki resiko untuk terjadinya penurunan kesehatan dibandingkan

dengan heteroseksual. Menurut data CDC (*Centers for Disease Control and prevention*) di Amerika pada tahun 2016 menunjukkan bahwa terdapat 50 ribu infeksi HIV baru dan dua pertiga penderitanya adalah *gay*. Terjadi peningkatan 20% *gay* yang mengidap penyakit HIV/AIDS dari tahun 2010 hingga tahun 2016. Kementerian kesehatan RI (Kemenkes) tahun 2017 melaporkan bahwa peningkatan *gay* di dunia yang mengidap penyakit HIV/AIDS sudah mencapai 28%. Semakin banyaknya angka penderita HIV/AIDS maka derajat kesehatan Indonesiapun akan mengalami penurunan. Menurut data Kemenkes tahun 2016 jumlah *gay* yang menderita HIV/AIDS selalu mengalami peningkatan setiap tahunnya. Di Indonesia jumlah *gay* yang terinfeksi HIV meningkat dari tahun 2008 yaitu 6% menjadi 8% di tahun 2010. Provinsi di Indonesia dengan jumlah penderita HIV/AIDS terbanyak sampai dengan periode Juni 2016 adalah DKI Jakarta yaitu sebanyak 41.891 kasus.

Berdasarkan data yang cukup mengkhawatirkan di atas maka dibutuhkan penanganan khusus untuk mengendalikan jumlah penderita HIV/AIDS pada *gay*. Akan tetapi, masih banyak kendala yang dihadapi dalam menurunkan angka penderita HIV/AIDS di Indonesia, yaitu kesadaran menggunakan kondom yang masih rendah, penggunaan alat suntik narkoba secara bersama, serta masih sedikitnya penderita HIV/AIDS yang mendatangi layanan kesehatan untuk mendapatkan pengobatan (hanya sekitar 50%). Rendahnya penggunaan layanan kesehatan pada *gay* dengan HIV/AIDS tentunya berdampak terhadap penurunan kondisi kesehatan dan peningkatan resiko penularan penyakit (Ayu, 2014).

Beberapa hal yang menjadi penyebab *gay* dengan HIV/AIDS tidak menggunakan layanan kesehatan untuk mengobati penyakit yang dideritanya adalah adanya perasaan intimidasi dan perbedaan pelayanan yang didapatkan dari tenaga kesehatan dalam mengatasi dan memenuhi kebutuhan perawatan yang diinginkan mereka karena identitas *gendernya* (Zeeman, Aranda, Sherriff, & Cocking, 2017). *Gay* yang hidup dengan HIV/AIDS banyak mengalami stigma terkait orientasi seksual dan status mereka yang terinfeksi HIV/AIDS. Kombinasi pengalaman ini memiliki dampak terjadinya penurunan kualitas hidup dan terjadinya intimidasi pada diri sendiri yang dirasakan *gay*

sehingga menjadi stressor yang dapat memperburuk kesehatan mereka (Slater, Moneyham, Vance, Raper, & Mugavero, 2015).

Untuk meningkatkan kesadaran *gay* dalam menggunakan layanan kesehatan dibutuhkan suatu kondisi yang nyaman dan tidak mengalami diskriminasi saat mencari perawatan ataupun pertolongan medis (Parameshwaran, Cockbain, Hillyard, & Price, 2017). Akan tetapi, masih terdapat beberapa kondisi yang menjadi kendala *gay* dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yang maksimal, yaitu: kesulitan pengungkapan identitas, ketidaknyamanan dari petugas kesehatan, kerentanan dan resiko menjadi LGBT, perlu adanya advokasi atas diri sendiri, diskriminasi yang mencolok dan mengerikan dari petugas kesehatan, serta kondisi yang menormalisasikan identitas seksual mereka (Smith & Turell, 2017). Rosyad, Savitri, & Purwaningsih (2015) juga mengungkapkan bahwa adanya stigma yang diberikan petugas kesehatan terhadap *gay* ketika sedang mendapatkan pelayanan kesehatan. Stigma yang diberikan oleh perawat juga tidak jarang disebabkan oleh nilai-nilai dan keyakinan yang diyakininya terkait orientasi seksual pada *gay* (Stuart, 2016)

Pelayanan kesehatan dapat menjadi salah satu solusi dalam menurunkan angka HIV/AIDS pada *gay*. Sikap profesional dari petugas kesehatan ketika sedang merawat merupakan salah satu hal yang sangat diharapkan oleh *gay* (Neville & Henrickson, 2006). Pelayanan kesehatan yang profesional dapat meningkatkan motivasi *gay* dengan HIV/AIDS untuk rutin datang melakukan pengobatan sehingga angka penularan penyakit dapat mengalami penurunan. Beberapa penelitian sudah dilakukan di negara lain untuk mengungkapkan harapan para homoseksual terhadap kualitas pelayanan kesehatan. Ada beberapa indikator kualitas pelayanan kesehatan yang diharapkan oleh *gay*, yaitu: kerahasiaan yang dapat dijaga, kepribadian yang dihormati, individu yang diperlakukan dengan belas kasihan dan rasa hormat (Smith & Turell, 2017).

Pelayanan kesehatan adalah suatu upaya yang dilakukan untuk meningkatkan kesehatan baik secara promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif (UU no 36 tahun 2009). Peningkatan layanan kesehatan tentunya berhubungan erat dengan perawat. Perawat adalah sebuah profesi yang bertugas memberikan asuhan keperawatan professional pada

pasien sehat maupun sakit, yang berdasarkan kebutuhan bio-psiko-sosio-spiritual. Asuhan keperawatan adalah suatu proses dari kegiatan perawat dalam melaksanakan *human caring* pada klien yang diawali dari pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi hingga melakukan evaluasi (Wilkinson,2016). Asuhan keperawatan merupakan salah satu hal yang sangat penting untuk menurunkan penularan infeksi yang dapat memperparah kondisi dari penderita HIV/AIDS. Asuhan keperawatan sangat mendukung untuk mengatasi kebutuhan fisik, psikologis, dan sosial individu secara berkelanjutan sambil memberikan perawatan diri, penggunaan sumber daya yang tersedia secara efisien, dan serta meningkatkan kualitas hidup individu (Petrovic, 2006).

Kualitas asuhan keperawatan merupakan hal yang harus selalu dievaluasi dan dilakukan pembaharuan untuk dapat meningkatkannya. Indonesia merupakan salah satu negara yang selalu berusaha melakukan peningkatan kualitas asuhan keperawatannya. Hal ini dibuktikan dengan sudah adanya standar pelayanan keperawatan terkait penyakit infeksi (salah satunya adalah penyakit HIV/AIDS) yaitu dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 10 tahun 2015 yaitu seluruh pasien maupun keluarga klien dengan HIV/AIDS harus diberikan sebuah konseling keperawatan terkait penyakit infeksi sehingga dapat meningkatkan kepercayaan diri, meningkatkan kesehatan, memiliki rasa tanggung jawab untuk tidak menularkan kepada orang lain, dan tidak mendapatkan diskriminasi melainkan mendapatkan dukungan dari keluarga dan masyarakat sekitar.

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan peneliti pada salah satu rumah sakit nasional di kota Jakarta didapatkan bahwa sudah dilaksanakannya standar asuhan keperawatan yang ditetapkan pada klien dengan HIV/AIDS yang ternyata juga dilaksanakan pada *gay* dengan HIV/AIDS. Beberapa tindakan yang dilakukan perawat dalam proses asuhan keperawatan adalah dimulai dengan pengkajian dari kondisi kesehatan sampai perilaku yang menyebabkan klien menderita HIV/AIDS. Tindakan yang biasanya dilakukan perawat ketika menemukan *gay* dengan HIV/AIDS adalah dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang perilaku seksual yang aman agar tidak menularkan kepada orang lain.

Hingga saat ini masih belum ada standar asuhan keperawatan yang lebih spesifik dalam memberikan asuhan keperawatan pada *gay* dengan HIV/AIDS. Standar asuhan keperawatan pada *gay* dengan HIV/AIDS tentunya dibuat berlandaskan asuhan keperawatan yang dibutuhkan oleh *gay* dengan HIV/AIDS khususnya yang terkait dengan persepsi *gay* terhadap asuhan keperawatan. Persepsi *gay* dapat mempengaruhi perilaku mereka dalam mencari pengobatan. Sayangnya, hingga saat ini di luar negeri maupun di Indonesia masih belum ada penelitian yang sudah dilakukan khusus untuk mengetahui asuhan keperawatan yang dibutuhkan *gay* dengan HIV/AIDS. Penelitian tersebut akan menjadi informasi penting dan menarik yang dapat digunakan perawat maupun sekolah pendidikan keperawatan dalam meningkatkan kualitas dari asuhan keperawatan, serta dapat mengembangkan intervensi keperawatan khususnya bagi *gay* yang menderita HIV/AIDS. Oleh karena itu, perlunya dilakukan penelitian untuk menggali persepsi *gay* dengan HIV/AIDS tentang asuhan keperawatan.

1.2 Rumusan Masalah

Stigma dan diskriminasi merupakan hal yang masih sering dialami oleh *gay* dan juga penderita penyakit HIV/AIDS di beberapa negara di dunia termasuk di Indonesia. Beberapa penelitian mengungkapkan bahwa stigma dan diskriminasi juga dirasakan oleh *gay* dan penderita HIV/AIDS pada tatanan layanan kesehatan yang seharusnya sebagai wadah bagi mereka untuk dapat meningkatkan kesehatannya. Stigma dan diskriminasi yang dialami *gay* dengan HIV/AIDS mengakibatkan rendahnya penggunaan layanan kesehatan untuk mengobati penyakit mereka dan hal ini berdampak pada penurunan kesehatan di Indonesia.

Salah satu bentuk layanan kesehatan adalah asuhan keperawatan. Perawat merupakan profesi yang sangat sering dan berhubungan langsung dengan pasien. Asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan dapat menjadi salah satu jawaban untuk mengendalikan jumlah *gay* yang menderita HIV/AIDS. Kurangnya pengetahuan akan kebutuhan asuhan keperawatan yang diharapkan oleh *gay* dengan HIV/AIDS dapat semakin meningkatkan jumlah kendala yang dialami untuk menurunkan jumlah penderita. Kondisi ini merupakan suatu kondisi yang memerlukan pemecahan masalah melalui suatu penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif untuk mengungkapkan

persepsi *gay* dengan HIV/AIDS tentang asuhan keperawatan. Diharapkan melalui hasil penelitian ini angka penderita HIV/AIDS dapat terkendali dan mengalami penurunan sehingga kesehatan di Indonesia semakin mengalami peningkatan. Maka dapat dirumuskan masalah dengan pertanyaan bagaimana persepsi *gay* dengan HIV/AIDS tentang asuhan keperawatan?

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi lebih dalam persepsi *gay* dengan HIV/AIDS tentang asuhan keperawatan.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Pelayanan Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan dalam pembuatan standar asuhan keperawatan pada *gay* dengan HIV/AIDS, sehingga nantinya dapat dijadikan konsep dasar dalam meningkatkan profesionalisme perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien *gay* yang mengalami HIV/AIDS

1.4.2 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi suatu data dasar pengembangan ilmu pengetahuan yang bermanfaat dalam mengembangkan asuhan keperawatan pada *gay* dengan HIV/AIDS

1.4.3 Bagi Pengembangan Metodologi Penelitian

Tulisan ilmiah ini diharapkan dapat menjadi referensi bagi penulis selanjutnya dalam mengembangkan penelitian berupa instrument untuk menilai asuhan keperawatan pada *gay* dengan HIV/AIDS

BAB II

LANDASAN TEORI

Bab ini akan membahas mengenai konsep teori terkait penelitian, mulai dari tinjauan tentang konsep dari *Gay*, HIV/AIDS, *gay* dengan HIV/AIDS, persepsi dan asuhan keperawatan.

2.1 *Gay*

2.1.1 Pengertian

Gay adalah salah satu bentuk perilaku seks yang menyimpang pada laki-laki yang ditandai dengan adanya rasa ketertarikan secara perasaan kasih sayang maupun hubungan emosional terhadap jenis kelamin yang sama (Hawari, 2009). Hal yang sama juga diungkapkan oleh Carroll (2015) bahwa homoseksual adalah suatu orientasi seksual pada sesama laki-laki yang mengalami ketertarikan secara emosional, fisik, seksual, dan romantis. Dapat disimpulkan bahwa *gay* adalah suatu bentuk perilaku seks menyimpang yang dialami oleh laki-laki dimana memiliki ketertarikan secara emosional, fisik, seksual, maupun romantisme pada sesama jenis.

2.1.2 Jenis *gay*

Menurut Hawari (2009), *gay* dibagi atas dua kategori, yaitu:

2.1.2.1 *Ego-Distonik*

Merupakan suatu keinginan untuk mendapatkan atau menambahkan kegairahan heteroseksual karena homoseksual yang dirasakan oleh individu merupakan sesuatu yang tidak diinginkan dan merupakan sebuah sumber penderitaan.

2.1.2.2 *Ego-Sintonik*

Merupakan suatu kondisi dimana individu merasa dirinya normal sebab tidak ada keluhan kejiwaan padahal kategori ini merupakan sebuah gangguan perilaku kejiwaan seperti stress, kecemasan, depresi, bahkan sampai psikotik. Kategori ini memiliki perbedaan dalam hal rasa cemburu dengan kaum heteroseksual dimana kategori ini memiliki rasa cemburu yang sangat kuat dan akibatnya mereka bisa melakukan sesuatu hal yang membahayakan orang lain seperti pembunuhan dan lain-lain. Pada kategori ini *gay* dibagi menjadi dua peran yaitu peran sebagai laki-laki dan juga peran sebagai perempuan.

2.1.3 Penyebab

Sampai saat ini belum diketahui secara pasti penyebab dari seseorang menjadi seorang *gay* namun sudah banyak penelitian yang dilakukan untuk menemukannya. Menurut Hawari (2009) bahwa terdapat beberapa faktor yang menyebabkan seseorang menjadi *gay* yaitu: faktor organobiologik, psikologik, lingkungan dan peran orang tua. Menurut Carroll (2015), penyebab terjadinya *gay* dibagi oleh dua tipe, yaitu: *essentialist* dan *construction*. *Essentialist* adalah suatu teori yang meyakini bahwa *gay* berbeda dengan heteroseksual dan dipengaruhi oleh faktor biologis. *Construction* adalah teori yang meyakini bahwa homoseksual dipengaruhi oleh perkembangan peran sosial dalam budaya dan zaman yang berbeda.

2.1.3.1 Teori Biologi

Teori biologi merupakan suatu teori yang mengklaim bahwa perbedaan orientasi seksual dipengaruhi oleh perbedaan fisik seperti genetik, hormon, urutan kelahiran, maupun ciri-ciri fisik.

a. Genetik

Franz Kallman pada tahun 1952 mengungkapkan bahwa homoseksual merupakan sebuah genetik. Dari hasil penelitian yang dilakukan pada kembar identik dan kembar fraternal didapatkan adanya pengaruh komponen genetik yang kuat terhadap pembentukan perilaku pada kaum *gay* namun hal ini belum dapat di generalisasikan. Seseorang yang kembar memiliki resiko lebih tinggi menjadi *gay*. Kembar identik beresiko 52%, kembar fraternal beresiko 22% dan memiliki saudara yang homoseksual juga bersiko menjadi homoseksual sebanyak 11% (Caroll, 2015; Gegenfurtner & Gebhardt, 2017). Hal yang menarik juga diungkapkan oleh Hamer & Colleagues (1993) bahwa ditemukannya ada gen *gay* pada kromosom. Beberapa penelitian sudah dilakukan untuk memastikan kebenaran teori ini. Hingga saat ini teori yang mengatakan bahwa *gay* merupakan genetik masih menjadi hal yang dipertanyakan karena jumlah *gay* yang masih mengalami peningkatan dari tahun ke tahun padahal mereka bukanlah seperti kaum heteroseksual lainnya yang bisa memiliki keturunan dan dapat menurunkan gen tersebut (Caroll, 2015).

b. Hormon

Hormon dianggap berpengaruh terhadap pembentukan perilaku homoseksual seperti *gay*. Beberapa penelitian menemukan bahwa adanya hubungan antara

ketidakstabilan hormon ibu pada saat hamil yang disebabkan karena stres terhadap pembentukan perilaku *gay* pada anak (Caroll, 2015).

c. Urutan kelahiran

Beberapa penelitian meneliti tentang hubungan antara urutan lahir dengan resiko menjadi homoseksual. Banyak *gay* yang ditemukan memiliki kakak laki-laki namun tidak memiliki kakak perempuan dan perbandingannya adalah 1:7. Urutan kelahiran dianggap berkontribusi pada orientasi homoseksual dengan dua cara yaitu : sel plasenta dari lapisan rahim dapat mempengaruhi kehamilan selanjutnya dan anak-anak yang lahir kemudian dapat mengembangkan respons kekebalan tubuh. Respons kekebalan ini dapat mempengaruhi gen yang bekerja selama proses perkembangan otak dan dianggap memiliki pengaruh dalam meningkatkan daya tarik anak laki-laki pada anak laki-laki lainnya (Caroll, 2015).

d. Fisiologi

Hipotalamus merupakan bagian dari otak yang berfungsi untuk mengatur dorongan seksual dari seseorang. Beberapa peneliti menjelaskan bahwa terdapat perbedaan besar bagian otak yaitu hipotalamus pada kaum homoseksual dengan heteroseksual dimana pada kaum homoseksual dapat memiliki ukuran lebih besar atau lebih kecil (Caroll, 2015).

2.1.3.2 Teori Perkembangan

Teori perkembangan pembentukan perilaku *gay*, antara lain:

a. Teori *Psychoanalytic* Sigmund Freud

Sigmund Freud meyakini bahwa setiap anak terlahir biseksual yaitu tertarik secara seksual kepada seluruh jenis kelamin baik perempuan maupun laki-laki (Caroll, 2015). Homoseksual dibedakan dalam intelektual yang tinggi dan budaya etis. Anak yang memiliki kedekatan dengan ibu namun memiliki hubungan yang jauh dengan ayah mengakibatkan anak memiliki ketakutan kepada ayah sehingga anak menjadi balas dendam melalui kastrasi. Sigmund Freud menyimpulkan bahwa perilaku *gay* muncul dari perasaan seksual tanpa adanya rangsangan dari luar.

b. Ketidaksetaraan *Gender*

Beberapa pengamatan yang dilakukan menyimpulkan bahwa anak laki-laki yang menunjukkan sifat bawaan *gender* seperti perempuan cenderung tumbuh menjadi

gay, sedangkan anak perempuan yang berperilaku seperti laki-laki lebih cenderung tumbuh menjadi lesbian (J.M. Bailey et al., 1995; Pillard, 1991). Hal ini tidak memiliki hubungan sebab akibat namun dianggap terkait.

Secara keseluruhan, anak laki-laki yang memiliki perilaku seperti wanita dipandang lebih negatif daripada perempuan yang memiliki perilaku seperti laki-laki (Sandnabba & Ahlberg, 1999). Seorang terapis yang bekerja dengan pria *gay* melaporkan bahwa mereka lebih sensitif dari anak laki-laki lain karena lebih mudah menangis dan tersinggung, memiliki lebih banyak minat estetis, lebih suka menikmati alam, seni, dan musik, dan tertarik pada anak laki-laki "sensitif" lainnya, anak perempuan dan orang dewasa. Sebagian besar pria ini juga merasa mereka kurang agresif seperti anak-anak daripada usia mereka, dan kebanyakan tidak menikmati ketika berpartisipasi dalam kegiatan kompetitif dan hal ini dirasakan sejak anak-anak (Isay, 1989 hal.23).

Anak laki-laki yang banci cenderung dilecehkan, ditolak, dan diabaikan oleh teman sebayanya dan memiliki lebih banyak psikopatologi (Zuker, 1990). Anak perempuan lebih diizinkan untuk menunjukkan permainan maskulin tanpa diejek, dan lebih tidak berperforma pada anak perempuan - menjadi "tomboi" - tidak berkorelasi dengan kecenderungan kemudian untuk menjadi seorang lesbian. Hal ini masih menjadi sesuatu hal yang perlu dilakukan kajian lebih lanjut karena kebanyakan pria *gay* tidak banci ketika masih anak-anak dan tidak selamanya laki-laki yang banci tumbuh menjadi *gay* (Caroll, 2015).

c. Interaksi Kelompok Teman Sebaya

Masa remaja merupakan masa terbentuknya dorongan seksual seseorang. Para remaja umumnya akan mulai tertarik kepada lawan jenisnya pada usia sekitar 15 tahun. Remaja laki-laki usia 12 tahun biasanya masih bermain dan berinteraksi dengan kelompoknya sehingga perasaan erotis yang muncul biasanya lebih fokus dan cenderung kepada laki-laki dan hal ini beresiko untuk menimbulkan rasa suka terhadap sesama jenis. Beberapa teori lain juga mendukung hal ini dengan suatu pernyataan bahwa homoseksual cenderung lebih cepat melakukan hubungan kontak

seksual dan semakin diyakinkan lagi bahwa dorongan seksual laki-laki lebih cepat muncul dari pada wanita (Caroll, 2015)

d. Teori Perilaku

Teori perilaku meyakini bahwa *gay* merupakan sebuah tingkah laku yang dipelajari. Masters dan Jhonsson (1979) percaya bahwa dalam masa-masa tertentu beberapa pria dan wanita akan memiliki perilaku suka kepada sesama jenis jika mereka memiliki hubungan heteroseksual yang buruk dan homoseksual yang menyenangkan. Hal yang menarik adalah adanya kecenderungan masyarakat memandang heteroseksual sebagai sebuah norma sehingga kaum homoseksual dianggap melanggar norma-norma yang ada di masyarakat (Caroll, 2015)

e. Teori Sosial

Teori sosiologi mencoba menjelaskan pengaruh kekuatan sosial terhadap pembentukan perilaku *gay* dalam sebuah kesusilaan. Konsep homoseksual, biseksual, dan heteroseksual adalah sebuah bentuk dari imajinasi sosial dimana tergantung dari bagaimana masyarakat memandang dan mendefinisikan hal tersebut, dengan kata lain, kita belajar cara berpikir budaya kita tentang seksualitas, dan kemudian kita menerapkannya pada diri kita sendiri. Kaum heteroseksual maupun homoseksual bukanlah fakta biologis melainkan hanya sebuah cara berpikir dan hal itu berkembang saat kondisi sosial berubah.

Di negara lain istilah-istilah homoseksual, biseksual dan heteroseksual tidak digunakan karena seksualitas seseorang tidak ditentukan oleh siapa rekannya. Para ilmuwan sering berasumsi bahwa homoseksualitas dan heteroseksualitas adalah kategori yang tidak bermasalah jika tidak dikaitkan dengan sosial budayanya. Anak laki-laki yang banci mulai bersikap homoseksual karena diberi label homoseksual atau disebut "homo" oleh teman sebayanya, sering diejek oleh saudara mereka, dan bahkan menyaksikan kekhawatiran dan ketakutan di wajah orang tua mereka sendiri tentang kondisinya. Mereka mulai menyalahkan dirinya sendiri dan kemudian mulai mencaritahu tentang perilaku homoseksualitas mereka dan akhirnya menemukannya. Jika masyarakat tidak membedakan seksual menjadi "homoseksual" dan "heteroseksual", mungkin anak laki-laki ini akan sangat mudah

berpindah menjadi pecinta sesama jenisnya tanpa harus memilih terlebih dahulu antara komunitas *gay* atau kembali menjadi kaum heteroseksual (Carroll, 2015)

f. Teori Interaksional : Biologi dan Sosial

Daryl Bem seorang psikolog sosial (1996) mengungkapkan bahwa variabel biologis, seperti genetika, hormon, dan neuroanatomi otak bukan merupakan penyebab orientasi seksual tetapi merupakan hal yang berkontribusi mempengaruhi pembentukan jenis dan aktivitas seksual pada anak-anak. Bem percaya bahwa laki-laki lebih suka permainan kasar, berantakan dan kompetitif sehingga mereka lebih suka bermain bersama laki-laki yang menyukai hal yang sama dan hal yang sama juga terjadi pada wanita dimana mereka lebih suka melakukan kegiatan atau beraktivitas dengan teman sesama wanita. Laki-laki dan wanita dalam proses perkembangannya akan memiliki jenis kelamin yang berbeda untuk hal romantis, namun ada beberapa yang mengalami hal yang berbeda dimana lebih memilih jenis kelamin yang sama.

Bem mengungkapkan teori "*Exotic become erotic*" yaitu teori yang menunjukkan bahwa perasaan seksual dapat berevolusi dan dapat meningkat ketika dalam suatu situasi satu jenis kelamin dianggap lebih eksotis atau berbeda dari dirinya sendiri karena teori ini menggabungkan isu biologi dan sosiologis dan banyak yang menyebutnya sebagai model interaktif. Bem menegaskan bahwa anak-anak *gay* memiliki teman bermain sesama jenis saat tumbuh dewasa, dan ini menyebabkan mereka melihat jenis kelamin yang sama dengan lebih "eksotis" dan menarik. Namun saat ini penelitian ini menjadi kotradiktif karena banyaknya *gay* yang melaporkan memiliki banyak teman sesama maupun berbeda jenis saat proses perkembangannya (Carroll, 2015).

2.1.4 Tahap-Tahap menjadi *gay*

Tahapan dari tingkatan heteroseksual sampai menjadi *gay* dibagi menjadi 5 tingkatan menurut Hawari (2009), yaitu :

- a. Heteroseksual murni 100%
- b. Memiliki ketertarikan heteroseksual dan homoseksual dimana heteroseksual 75% dan homoseksual 25%

- c. Ketertarikan heteroseksual 50% dan ketertarikan homoseksual 50%
- d. Ketertarikan heteroseksual 25% dan ketertarikan homoseksual 75%
- e. Homoseksual murni : *gay* (100%)

Menurut Caroll (2015) tahapan homoseksual dibagi mulai dari skala 0-6, yaitu:

- a. 0 = perilaku heteroseksual saja
- b. 1 = memiliki perilaku heteroseksual dan homoseksual, namun perilaku heteroseksual jauh lebih mendominasi
- c. 2 = memiliki perilaku heteroseksual dan homoseksual, namun perilaku heteroseksual sedikit lebih mendominasi
- d. 3 = perilaku homoseksual dan heteroseksual memiliki porsi yang sama
- e. 4 = memiliki perilaku homoseksual yang porsinya sedikit lebih banyak dari heteroseksual
- f. 5 = memiliki perilaku homoseksual yang porsinya lebih banyak dari heteroseksual
- g. 6 = perilaku homoseksual saja

2.1.5 Dampak

Perilaku seksual yang dimiliki oleh *gay* sering menjadi salah satu penyebab munculnya intimidasi dan diskriminasi yang mereka dapatkan baik dari keluarga, masyarakat maupun petugas kesehatan. Beberapa dampak dari intimidasi dan diskriminasi yang dialami *gay* mengakibatkan mereka mengalami gangguan kecemasan, citra tubuh, depresi, dan beresiko melakukan bunuh diri (Connolly & Lynch, 2016)

2.2 HIV/AIDS

HIV (*Human Immunodeficiency virus*) merupakan suatu virus yang menyebabkan penyakit AIDS atau penyakit menular kelamin yang pada mulanya dialami oleh *gay*. HIV dapat mengakibatkan rusaknya sistem kekebalan dan pertahanan tubuh orang yang terinfeksi sehingga mempermudahnya untuk terkena penyakit yang dapat berakibat fatal bahkan sampai kematian (Black & Hawks, 2014; Kemenkes, 2016). Penularan penyakit HIV/AIDS mengalami peningkatan kecepatan dalam menularkan. Diperkirakan penularan HIV/AIDS terjadi pada lima orang dalam satu menitnya. Penularan HIV/AIDS dapat terjadi melalui hubungan seksual yang tidak aman, jarum suntik,

transfusi darah, paparan cairan tubuh/darah, dan melalui hubungan perinatal (Hawari, 2009; Black & Hawks, 2014). Infeksi HIV paling banyak terjadi pada laki-laki dan usia 25-49 tahun.

Perjalanan Penyakit HIV berbeda-beda pada setiap orang. Terdapat beberapa faktor yang dapat menurunkan kekebalan tubuh penderita HIV, yaitu: malnutrisi, penyalahgunaan obat-obatan, kondisi alergi, genetik, usia, kehamilan, jenis kelamin, dan adanya infeksi lain. Penanganan dari tenaga kesehatan merupakan hal yang sangat dianjurkan bagi penderita HIV untuk menurunkan resiko terjadinya penurunan kekebalan tubuh yang dapat terjadi terus menerus. Antiretroviral (ARV) merupakan salah satu bagian pengobatan dan juga pencegahan penyebaran HIV dengan menurunkan kecepatan virus HIV dalam darah, air mani, cairan vagina dan cairan dubur (Roth et al., 2018). ARV merupakan obat yang saat ini menjadi penolong bagi penderita HIV karena dapat meningkatkan kelangsungan hidup mereka.

Mempertahankan kesehatan, mencegah komplikasi penyakit menular merupakan hal yang menjadi tujuan pengobatan pada klien dengan HIV dan hal ini dapat dicapai jika adanya sebuah perubahan perilaku gaya hidup. Ada beberapa hal yang mengakibatkan tidak maksimalnya pengobatan pada orang yang terinfeksi HIV yaitu sosial ekonomi yang rendah, tidak menggunakan layanan kesehatan, mendapatkan pelayanan di rumah sakit dengan pengalaman AIDS terbatas, dan ditangani dokter atau petugas kesehatan yang tidak memiliki pengalaman yang banyak dalam merawat pasien dengan HIV/AIDS (Black & Hawks, 2014).

Di Indonesia program pengendalian penyakit HIV selalu dilakukan dan dikembangkan, namun hingga saat ini masih belum dapat terlaksana dengan maksimal. Stigma dan diskriminasi merupakan hal yang sering menjadi kendala dalam pengendalian penyakit HIV karena sangat mempengaruhi hidup penderita HIV, keluarga, beserta lingkungannya. Stigma dan diskriminasi mengakibatkan enggan orang dengan HIV/AIDS mencari layanan kesehatan dan dukungan sosial untuk mengobati penyakitnya (Kemenkes RI, 2012).

2.3 *Gay* dengan HIV/AIDS

Gay merupakan kelompok yang beresiko tinggi menderita HIV/AIDS (Hawari, 2009; Black & Hawks, 2014; Connolly & Lynch, 2016; Henny, 2018). Black & Hawks (2014) dan Kemenkes (2016) melaporkan bahwa *gay* merupakan kelompok yang mengalami peningkatan terinfeksi HIV dari tahun ke tahun. Banyak penelitian yang sudah dilakukan untuk memastikan penyebab peningkatan HIV/AIDS pada *gay*. Pereira, Caldeira, & Monteiro (2017) dan Henny, Nanin, Gaul, Murray, & Sutton (2018) mengungkapkan bahwa identitas seksual *gay* seperti melakukan hubungan seksual melalui anal tanpa menggunakan kondom merupakan salah satu penyebab penularan HIV. Hal yang sama juga diungkapkan oleh Henny et al (2018) bahwa *gay* memiliki beberapa perilaku seksual yang dianggap beresiko tinggi dan dapat meningkatkan penularan virus HIV yaitu melakukan hubungan seksual dengan anal seks, sering gonta-ganti pasangan, dan perilaku tidak menggunakan kondom.

Gay dengan HIV/AIDS adalah kelompok yang sering mendapatkan stigma dan diskriminasi. Slater et al (2015) menyatakan bahwa *gay* yang hidup dengan HIV sering menghadapi stigma terkait orientasi seksual dan status terinfeksi virus HIV yang mengakibatkan terjadinya dampak yang signifikan terhadap penurunan kualitas hidup mereka. Banyaknya stigma yang diberikan kepada *gay* dengan HIV/AIDS sering membuat *gay* merasa dikucilkan secara sosial yang menjadikannya sebagai pengalaman negatif yang berpotensi menimbulkan gangguan jiwa (Henny et al., 2018). Stigma, diskriminasi, dan pengalaman negatif ini dapat berdampak negatif terhadap perkembangan dan pengalaman identitas seksual terutama pada *gay*. Lingkungan yang bersahabat merupakan salah satu cara yang dapat menurunkan stigma pada *gay* dengan HIV (Brooks et al., 2017).

2.4 Persepsi

2.4.1 Pengertian

Persepsi adalah tanggapan dari sesuatu hal yang diperoleh dari panca indra (Bodenhausen & Hugenberg, 2009). Persepsi adalah suatu tanggapan (penerimaan) langsung dari sesuatu dan merupakan suatu proses seseorang mengetahui beberapa hal

melalui panca inderanya (KKBI). Hal yang sama juga diungkapkan oleh Pieter & Lubis (2010), persepsi adalah proses dari mengamati dunia luar yang dimulai dari memberikan perhatian, memberikan pemahaman, dan pengenalan terhadap objek/peristiwa yang terjadi. Beberapa penelitian mengatakan bahwa persepsi akan mempengaruhi tindakan dari individu secara nyata.

2.4.2 Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap pembentukan persepsi

Secara umum faktor-faktor yang berpengaruh dalam pembentukan persepsi seseorang menurut Pieter & Lubis (2010) adalah :

a. Minat

Seseorang yang memiliki minat yang tinggi terhadap sesuatu seperti objek maupun peristiwa maka akan meningkatkan minat seseorang untuk mempersepsikan objek dan peristiwa tersebut

b. Kepentingan

Kepentingan juga merupakan salah satu yang berperan dimana semakin dirasakannya kepentingan terhadap sesuatu objek maupun peristiwa maka akan membuat seseorang semakin peka terhadap objek-objek persepsinya

c. Kebiasaan

Kebiasaan adalah suatu hal yang sering dilakukan secara terus menerus yang membuat objek atau peristiwa semakin sering dirasakan yang membentuk persepsi seseorang

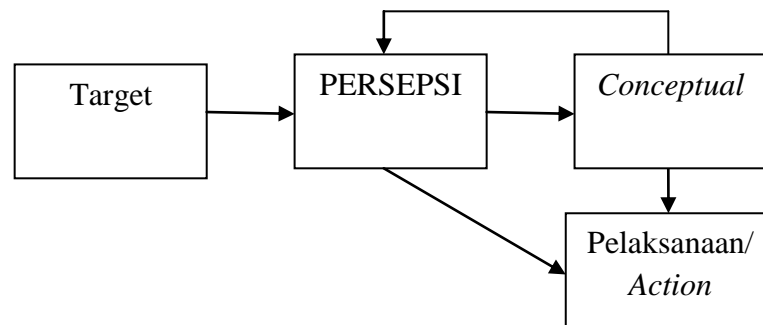
d. Konstansi

Konstansi juga merupakan salah satu faktor yang membentuk persepsi seseorang karena adanya kekonstanan seseorang dalam melihat objek atau kejadian walaupun sebenarnya bervariasi dalam bentuk, ukuran, warna, dan kecemerlangannya.

2.4.3 Proses pembentukan persepsi

Persepsi adalah tanggapan dari sesuatu hal yang diperoleh dari panca indra. Proses terbentuknya sebuah persepsi diawali dari adanya perhatian selektif yang sangat bergantung dari sifat stimulus yang diberikan. Perhatian selektif dipengaruhi oleh sikap dan keadaan motivasi dari persepsi. Persepsi seseorang dipengaruhi oleh sikap, kepercayaan, keadaan emosional, motivasi dan pengalaman masa lalu. Persepsi akan menghasilkan sebuah perilaku atau akan mempengaruhi perilaku yang akan dihasilkan. Persepsi merupakan sebuah stimulus yang dapat mengaktifasi langsung perilaku dan

berpotensi menghasilkan perilaku impulsif yang sesuai dan juga dapat mengaktifkan pengetahuan yang relevan dan proses penalaran yang sadar dalam menghasilkan perilaku bijaksana pada konsekuensi yang berbeda (Bodenhausen & Hugenberg, 2009).



Skema 2.1 Proses pembentukan persepsi
Sumber : Bodenhausen & Hugenberg (2009)

2.5 Asuhan Keperawatan

2.5.1 Pengertian

Asuhan keperawatan adalah suatu proses kegiatan keperawatan yang diberikan oleh perawat untuk mengekspresikan *human caring* secara langsung kepada klien di tatanan layanan kesehatan (Wilkinson, 2016). Nursalam & Dian (2011) mengungkapkan asuhan keperawatan merupakan suatu proses pendekatan yang bertujuan untuk memecahkan masalah (*problem-solving*) dengan menggunakan ilmu, teknik, dan keterampilan interpersonal dalam memenuhi kebutuhan klien, keluarga, dan masyarakat. Asuhan keperawatan terdiri atas proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian (proses pengumpulan data), perumusan dari diagnosa keperawatan, perencanaan dari asuhan keperawatan yang akan diberikan, pelaksanaan tindakan/memberikan intervensi keperawatan, hingga melaksanakan evaluasi dari tindakan keperawatan yang sudah diberikan (PPNI, 2005).

2.5.2 Asuhan Keperawatan pada HIV/AIDS

Program pengendalian penyakit HIV saat ini sudah mengalami kemajuan namun beberapa data menunjukkan bahwa kualitas dan efektifitas dari intervensi dan layanan kesehatan masih dirasa belum maksimal dalam memberikan pelayanannya. Menurut Kemenkes RI (2012) bahwa kondisi ini dapat terjadi karena adanya kesenjangan

koordinasi antar petugas kesehatan, kurangnya minat klien pada layanan dan karena adanya tantangan komprehensif pada beberapa daerah.

Pengendalian HIV/AIDS bukanlah suatu hal yang mudah. Tingginya stigma dan diskriminasi di lingkungan masyarakat sering mempengaruhi sikap-sikap dan tindakan klien dengan HIV/AIDS. Stigma dan diskriminasi ternyata juga didapatkan penderita HIV/AIDS dari petugas kesehatan seperti perawat. Stigma yang diberikan oleh perawat berasal dari nilai-nilai dan keyakinan pribadinya tentang penyakit HIV/AIDS (Stuart, 2016). Maher (2010) mengungkapkan masih terdapatnya stigma yang diberikan oleh perawat pada klien dengan HIV/AIDS. Stigma dan diskriminasi mengakibatkan orang dengan HIV/AIDS (ODHA) enggan untuk mencari layanan kesehatan dan dukungan sosial yang seharusnya dapat mereka peroleh.

Persepsi merupakan salah satu yang mempengaruhi sikap atau tindakan penderita HIV. Waluyo, Nurachmah, dan Rosakawati (2006) mengungkapkan bahwa persepsi klien dengan HIV/AIDS tentang HIV/AIDS dipengaruhi oleh beberapa hal, seperti: tingkat pengetahuan tentang penyakit dan cara penularan dari HIV/AIDS yang masih rendah, masih belum terinformasinya penyakit dengan baik, adanya kepercayaan/nilai yang salah tentang penyakit dan cara penularannya, terdapat rasa takut dikucilkan sehingga memilih untuk merahasiakan tentang penyakit yang dialami, terdapat perasaan tersisih/dikucilkan dan diintimidasi yang dilakukan oleh keluarga dan kelompok tertentu, dan adanya rasa putus asa dan harapan.

HIV/AIDS adalah salah satu penyakit infeksi yang menjadi permasalahan kesehatan terbesar di Indonesia. Perawat merupakan pelayan kesehatan yang harus turut andil untuk melakukan asuhan keperawatan bermutu, terintegrasi, dan berkesinambungan. Adanya Standar dari asuhan keperawatan menjadi hal yang sangat penting dalam memberikan asuhan. Standar praktik keperawatan adalah komitmen dan harapan dari seluruh profesi keperawatan untuk melindungi masyarakat dengan pemantauan terhadap praktik yang dilakukan oleh anggota profesi keperawatan (PPNI, 2005)

Kementrian Kesehatan RI dalam Peraturan kesehatan RI no 10 tahun 2015 sudah menetapkan standar asuhan keperawatan pada penyakit infeksi yang salah satunya adalah penyakit HIV/AIDS. Di dalam standar asuhan keperawatan sudah terdapat ketetapan bahwa pasien maupun keluarga diberikan sebuah konseling keperawatan penyakit infeksi dengan tujuan agar dapat meningkatkan percaya diri pasien, meningkatkan kesehatan, memiliki rasa tanggung jawab untuk tidak menularkan kepada orang lain, agar tidak mendapatkan diskriminasi dan mendapatkan dukungan dari keluarga.

Indikator konseling keperawatan untuk penyakit Infeksi (HIV/AIDS) menurut peraturan menteri kesehatan RI no 10 tahun 2015 adalah:

- a. Ada SPO *informed concent* pemeriksaan HIV.
- b. Ada SPO yang berkaitan dengan perawatan HIV/ AIDS, PMS, TB.
- c. Ada program pelatihan CST, VCT, PITC yang berkesinambungan
- d. Ada perawat yang kompeten dalam memberikan konseling yang sudah terlatih CST (*case support treatment*), VCT (*voluntary counseling testing*), PITC (*provider initiated test counseling*).
- e. Ada ruang konseling yang memenuhi persyaratan (kedap suara, satu akses, ruangan nyaman, dan sarana yang lengkap).
- f. Ada unit penunjang yang memadai (laboratorium klinik, Pokja HIV, PMS TB, farmasi, gizi, klinik DOTS, klinik PMTCT).
- g. Memberikan konseling keperawatan dengan memperhatikan keamanan dan kenyamanan pasien.
- h. Ada dokumentasi pelaksanaan konseling keperawatan

Proses asuhan keperawatan pada klien dengan HIV/AIDS mulai dari pengkajian hingga evaluasi, yaitu:

2.5.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah proses pengumpulan data dan merupakan langkah awal dalam berpikir kritis untuk pengambilan keputusan yang menghasilkan diagnosa keperawatan (Wilkinson, 2016). Beberapa hal yang perlu diperhatikan pada pengkajian keperawatan klien dengan HIV/AIDS adalah perjalanan klinis pasien dari tahap terinfeksi HIV sampai

tahap AIDS. Penurunan derajat imunitas klien HIV/AIDS berdampak terhadap peningkatan risiko dari tingkat keparahan infeksi (Nursalam & Dian, 2011). Menurut Black & Hawks (2014) tujuan dari pengkajian pada klien dengan HIV/AIDS adalah untuk meningkatkan perilaku pemeliharaan kesehatan dan mengatasi masalah-masalah yang berpotensi dihadapi klien selama sakit.

Beberapa hal yang harus dilakukan oleh perawat dalam proses pengkajian klien HIV/AIDS menurut Black & Hawks (2014) dan Nursalam & Dian (2011) adalah:

- a. Memberikan informasi terkait penyakit untuk mengidentifikasi masalah yang dihadapi dan rencana untuk mengatasinya, namun terlebih dahulu mengevaluasi pengetahuan klien.
- b. Mengkaji beberapa faktor selain masalah fisik yang dapat memperberat kondisi klien HIV/AIDS, seperti : perasaan tidak berdaya/ putus asa, masih *denial*, marah, cemas akan perkembangan infeksi, merasa bersalah dengan gaya hidup sebelumnya, perubahan dalam hubungan pribadi, perasaan malu dan tidak berguna terhadap masyarakat, merasa terisolasi/ mengalami penolakan, dan menjadi sangat bergantung dengan orang lain.

Hal-hal penting yang perlu dilakukan oleh perawat untuk mengetahui keluhan klien dengan HIV/AIDS menurut Stuart (2016), adalah:

- a. Mendengarkan tanpa melakukan pembelaan diri
- b. Menyediakan yang dibutuhkan klien jika memungkinkan
- c. Mengekspresikan penyesalan yang tulus terhadap situasi yang nyata
- d. Meluangkan waktu kepada klien dan keluarga untuk sharing tentang hal-hal yang dialami, hambatan, serta rencana yang akan dilakukan untuk mengatasinya

2.5.2.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah sebuah hasil analisa dari pengkajian yang menggambarkan kondisi pasien yang diobservasi yang dapat merupakan masalah aktual, potensial maupun diagnosis sejahtera (PPNI, 2005; Wilkinson, 2016). Diagnosa keperawatan pada klien dengan HIV/AIDS selalu terkait dengan respon biologis, respon

adaptif psikologis (strategi koping), respon sosial (keluarga dan *peer group*), dan respon spiritual (Nursalam & Dian, 2011).

Menurut Black & Hawks (2014) dan Nursalam & Dian (2011), diagnosa keperawatan terkait aspek psikososial yang muncul pada klien dengan HIV/AIDS, adalah:

- a. Resiko ketidakefektifan penatalaksanaan rejimen teraupetik
- b. Kecemasan berhubungan dengan prognosis yang tidak jelas, persepsi tentang efek penyakit dan pengobatan terhadap gaya hidup
- c. Gangguan gambaran diri berhubungan dengan penyakit kronis, alopecia, penurunan berat badan, dan gangguan seksual.
- d. Koping individu tidak efektif berhubungan dengan kerentanan individu dalam situasi krisis (misalnya penyakit terminal).
- e. Berduka, disfungsi/diantisipasi berhubungan dengan kematian atau perubahan gaya hidup yang segera terjadi, kehilangan fungsi tubuh, perubahan penampilan, ditinggalkan oleh orang yang berarti (orang terdekat).
- f. Keputusan berhubungan dengan perubahan kondisi fisik, prognosis yang buruk
- g. Ketidakberdayaan berhubungan dengan penyakit terminal, bahan pengobatan, perjalanan penyakit yang tidak bisa diprediksi
- h. Harga diri rendah (kronik, situasional) berhubungan dengan penyakit kronis, krisis situasional.
- i. Isolasi sosial berhubungan dengan stigma, ketakutan orang lain terhadap penyebaran infeksi, ketakutan diri sendiri terhadap penyebaran HIV, moral budaya dan agama, penampilan fisik, gangguan harga diri dan gambaran diri
- j. Risiko kekerasan yang diarahkan pada diri sendiri dengan faktor resiko: ide bunuh diri, keput

2.5.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan perencanaan tindakan asuhan keperawatan yang akan dilakukan untuk menyelesaikan masalah-masalah (Wilkinson, 2016). Beberapa intervensi keperawatan yang dibutuhkan pada klien dengan HIV/AIDS menurut Black & Hawks (2016) adalah memberikan edukasi tentang manajemen stres, olahraga, praktik seks yang aman, proses infeksi HIV/AIDS, nutrisi, perawatan diri, pemakaian

obat suntik, pembatasan konsumsi alkohol, penghindaran dari paparan terhadap patogen menular, pentingnya kontrol dan pengobatan pada petugas kesehatan, dan pemahaman tentang pentingnya deteksi dini HIV.

Intervensi keperawatan pada klien HIV/AIDS yang merupakan salah satu penyakit yang mengancam kehidupan menurut Stuart (2016) terdiri atas 6 tahap, yaitu:

- a. Tahap pertama, yaitu tahap adanya tanda dan kecurigaan hasil tes diagnostik. Pada tahap ini muncul rasa syok, ketakutan, keingintahuan, dan harapan dari klien terkait penyakit HIV/AIDS yang dideritanya. Tindakan perawat pada tahapan ini adalah membantu klien memfokuskan kembali kondisi yang terjadi, mempersiapkan kondisi, membantu klien untuk menghilangkan penilaian keputusan, menunjukkan kepedulian dan memberikan informasi yang relevan.
- b. Tahap kedua, yaitu tahap menunggu diagnosis. Pada tahapan ini klien mengalami rasa ansietas, khawatir, berharap, dan ketakutan. Tindakan keperawatan pada tahapan ini adalah mengatasi ansietas yang dialami klien sesuai kebutuhan, berfokus pada apa yang dipikirkan klien, membantu klien menghadapi keraguan yang dirasakan, dan membantu klien untuk beralih dari perhatian/fokus terhadap penyakit yang dialami
- c. Tahap ketiga, yaitu tahap diagnosis tidak berbahaya atau keputusan untuk pengobatan. Pada tahapan ini klien sudah merasakan lega. Tindakan keperawatan pada tahapan ini adalah melakukan edukasi.
- d. Tahap keempat, yaitu tahap diagnosis yang mengancam hidup. Pada tahapan ini klien sudah memiliki ketabahan untuk berjuang, merasa ketakutan, terdapat peyangkalan, penuh harapan, hilangnya harapan, marah, perasaan bersalah, depresi, atau tidak terkontrol. Tindakan keperawatan pada tahapan ini adalah memberikan informasi tentang penyakit dan pilihan pengobatan, memberikan pelayanan yang terapeutik, menanyakan tentang rencana dari perawatan, membantu menyeimbangkan antara harapan dengan kemungkinan, memberikan waktu untuk berdiskusi tentang pilihan yang diambil, menganjurkan klien untuk bernostalgia namun tetap bersikap positif, memberikan klien dan keluarga untuk mengekspresikan kemarahan yang dirasakan, menawarkan tentang kebutuhan spiritualitas, mengkaji adanya depresi, membantu klien untuk dapat bertahan mengendalikan situasi yang dialami.

- e. Tahap kelima, yaitu tahap usaha untuk pemulihan atau penyembuhan. Pada tahapan ini klien sudah merasa terkontrol, berani, berharap untuk sembuh, percaya, berkecil hati, depresi. Tindakan keperawatan pada tahapan ini adalah menjawab pertanyaan dengan jujur, memberikan umpan balik yang dapat meningkatkan mekanisme koping yang lebih baik, membantu klien untuk memahami hasil laboratorium, menanyakan tentang spiritual dari klien, menunjukkan sikap optimis dan terbuka, dan mengatasi depresi klien jika terjadi.
- f. Tahap keenam, yaitu tahap paliatif/menjuju kematian. Pada tahapan ini klien mungkin akan mengalami penyangkalan, antisipasi dukacita, marah, penerimaan, menghargai kenyamanan, atau sudah berharap untuk meninggal dengan kondisi “ baik”. Tindakan keperawatan pada tahapan ini adalah mencoba mendiskusikan tentang “bagaimana jika”, membantu klien untuk meninjau ulang kehidupan, menjelaskan tentang pentingnya dukungan dari keluarga, membangun kembali harapan klien, menjelaskan kepada klien dan keluarga tentang hal-hal yang harus dipersiapkan pada saat-sat terakhir, menawarkan untuk mengukur perawatan paliatif dan mengurangi gejala yang mengganggu.

2.5.2.4 Evaluasi

Evaluasi adalah proses keperawatan untuk mengetahui seberapa jauh diagnosa, rencana keperawatan, dan intervensi keperawatan sudah berhasil tercapai (Wilkinson, 2016). Hal-hal yang perlu dievaluasi setelah melakukan intervensi keperawatan adalah adanya perasaan sejahtera, terjadinya peningkatan dari kemampuan, dan adanya kepuasan dengan intervensi yang diberikan (Stuart, 2016).

2.5.3 Asuhan Keperawatan pada *gay* dengan HIV/AIDS

Masalah perilaku seksual merupakan salah satu hal yang menjadi tantangan bagi perawat dalam memberikan intervensi. Perbedaan nilai-nilai dan keyakinan dari perawat sering berdampak dalam proses pemberian asuhan keperawatan pada *gay* dan juga pada *gay* dengan HIV/AIDS. Beberapa hal yang harus dimiliki perawat sebelum memberikan asuhan keperawatan pada *gay* menurut Stuart (2016), adalah:

- a. Adanya kesadaran tentang nilai-nilai atau keyakinan akan seksualitas pada dirinya

- b. Memiliki pengetahuan yang cukup tentang semua hal yang berhubungan dengan asuhan keperawatan yang berkualitas pada *gay*
- c. Menyadari bahwa setiap orang memiliki nilai-nilai dan keyakinan yang berbeda tentang seksualitas yang dimilikinya

Perawat berkewajiban untuk memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas tinggi, aman, dan efektif pada klien *gay* dengan HIV/AIDS. Dalam proses memberikan asuhan keperawatan pada *gay* perawat melakukan pengkajian dengan mengajukan beberapa pertanyaan terbuka tentang kesehatan seksual dari klien dan memberikan waktu untuk mendiskusikan pemahaman klien tentang perilaku seksualnya mulai dari faktor-faktor penyebab, penilaian terhadap perilaku seksual yang sedang dialami sekarang, sumber koping, serta mekanisme koping namun tetap peka dengan latar belakang budaya (Stuart, 2016).

Hal-hal yang perlu diperhatikan dan dilakukan oleh perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien *gay* dengan HIV/AIDS adalah memastikan bahwa *gay* dengan HIV/AIDS memiliki akses yang mudah ke pelayanan kesehatan, kelompok sosial dan sumber daya lainnya, menggunakan bahasa terbuka saat berbicara pada klien *gay* dengan HIV/AIDS sehingga dapat meningkatkan kepercayaan diri mereka untuk bersikap terbuka tentang orientasi seksualnya, membuat sebuah kebijakan untuk menjaga *privacy* klien dengan memberikan mereka kebebasan apakah orientasi seksual mereka dapat dicantumkan dalam catatan medis mereka atau tidak, tidak memberikan diskriminasi terkait orientasi seksualnya, mendiskusikan pandangan klien tentang penyimpangan seksual yang mereka hadapi serta permasalahan dan cara mengatasinya dan membuat kebijakan tentang prosedur perawatan klien di rumah (Peate, 2013).

Tindakan keperawatan yang harus dilakukan oleh perawat pada klien *gay* dengan HIV/AIDS menurut Black & Hawks (2014), Kemenkes (2015), Nursalam & Dian, 2011, dan Peate (2013) adalah :

a) **Konseling**

Konseling adalah suatu cara yang digunakan untuk mengubah perilaku seseorang (Luddin, 2010). Konseling merupakan salah satu tindakan dari asuhan keperawatan pada klien *gay* dengan HIV/AIDS yang ada dalam standar/ketetapan peraturan

kesehatan RI tahun 2015. Konseling yang diberikan bertujuan untuk meningkatkan kesehatan klien, meningkatkan percaya dirinya, agar tidak mendapatkan stigma maupun diskriminasi, dan agar mendapatkan dukungan dari keluarga (Peraturan Kesehatan RI No 10 tahun 2015). Beberapa hal yang dapat dilakukan oleh perawat dalam proses pelaksanaan konseling adalah memberikan kesempatan pada klien untuk menceritakan kondisi dan perasaan mereka, kondisi dari orientasi seksualnya, penyesalannya dan ketakutan yang dimiliki, mengungkapkan berbagai masalah yang dihadapi, serta mendiskusikan cara untuk mengatasinya (Stuart, 2016)

b) Pemberian terapi obat ARV

Obat ARV (antiretroviral) merupakan obat yang dapat membantu klien dengan HIV/AIDS untuk dapat lebih lama bertahan hidup dan dapat meningkatkan kualitas dari hidup mereka. Obat ARV adalah obat yang harus di minum seumur hidup. Banyak kendala yang dihadapi untuk menjaga komitmen klien untuk tetap mau rutin meminum obat, yaitu: motivasi dalam diri dan pengetahuan klien yang kurang tentang penyakit yang dideritanya. Beberapa tindakan perawat yang dapat dilakukan adalah meningkatkan komitmen klien untuk selalu minum obat, adalah: mampu berkomunikasi dengan baik, mampu memberikan informasi tentang obat dan kegunaannya secara jelas, mampu mengajak dan memberikan penghiburan pada klien, mampu mempengaruhi, mampu memberikan semangat agar tetap semangat dalam menjalani pengobatannya. Terdapat hubungan yang signifikan antara pelaksanaan peran perawat sebagai edukator dengan peningkatan kepatuhan klien dengan HIV/AIDS dalam meminum obat ARV (Astuti & Mulyaningsih, 2017)

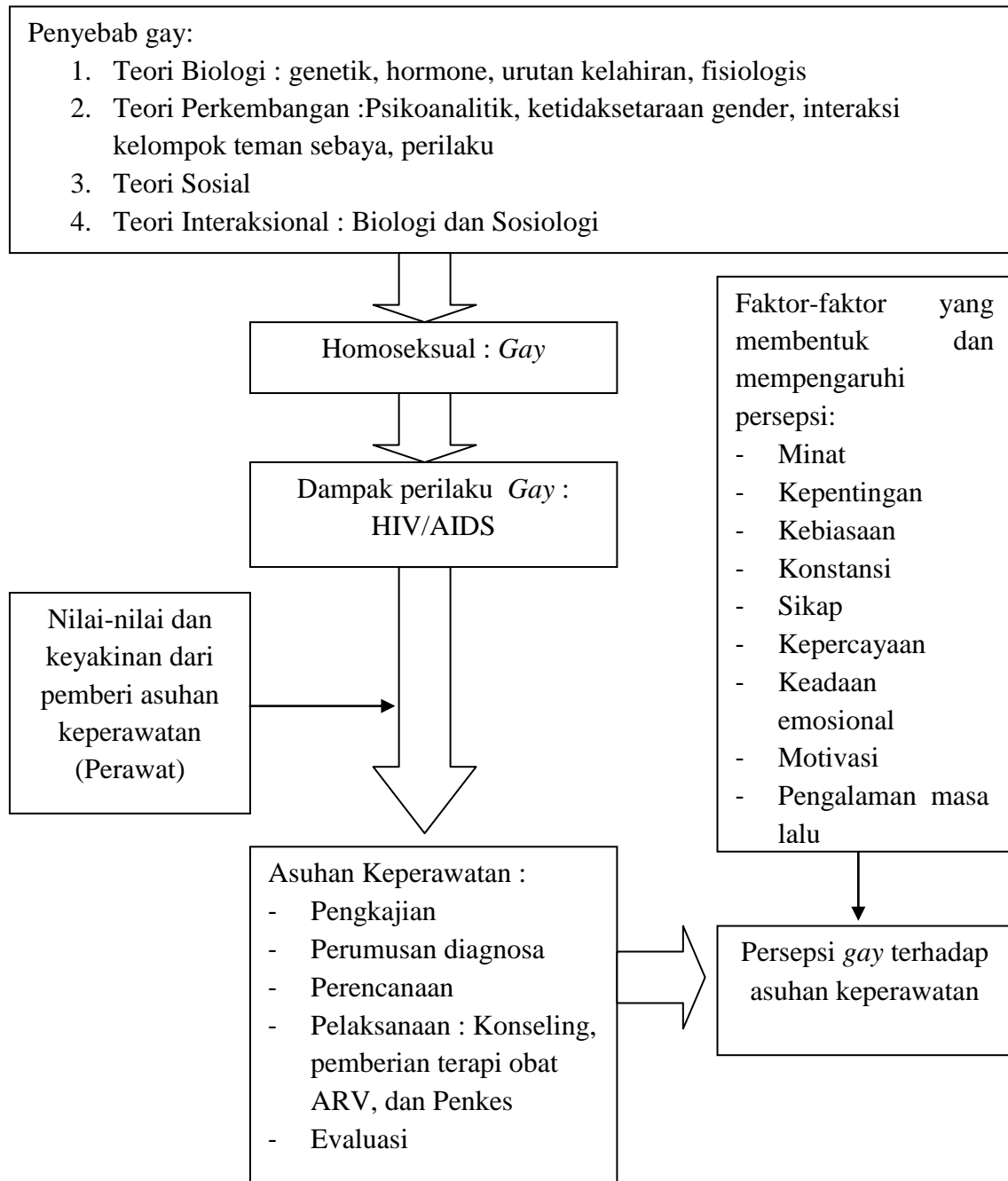
c) Edukasi/ Pendidikan Kesehatan

Pemberian pendidikan kesehatan pada klien yang terkena HIV/AIDS merupakan hal yang harus dilakukan secara terus menerus. Pendidikan kesehatan yang perlu diberikan adalah pendidikan kesehatan yang bertujuan untuk mempertahankan kesehatan seperti: manajemen stres, perilaku seks yang aman, olahraga, infeksi HIV, Nutrisi, perawatan kulit, perawatan rutin mulut, mengajarkan cara cuci tangan yang benar, lingkungan yang bersih dan aman, dampak menggunakan obat suntik, dan tentang manfaat melakukan kontrol pada tenaga kesehatan (Black & Hawks, 2014)

Asuhan keperawatan yang diikuti oleh sikap negatif (stigma) dari perawat akan mempengaruhi kualitas dari asuhan keperawatan yang diterima oleh *gay* dengan HIV/AIDS. *Gay* yang menderita HIV/AIDS mengalami berbagai bentuk stigma yang berdampak pada penurunan kualitas hidup mereka (Slater et al., 2015). Beberapa masalah yang rentan dialami oleh *gay* yang hidup dengan HIV/AIDS adalah depresi, dukacita, kesehatan mental yang buruk, dan penyalahgunaan obat.

Peningkatan kebutuhan akan asuhan keperawatan terkait kesehatan mental pada *gay* dengan HIV/AIDS sering diabaikan oleh perawat sementara dengan adanya depresi dan masalah kesehatan mental lainnya dapat memperburuk kekebalan tubuh *gay* dengan HIV/AIDS (Peate, 2013). Di Indonesia masih belum terdapat standar asuhan keperawatan yang baku pada *gay* dengan HIV/AIDS. Program, intervensi keperawatan, dan kebijakan yang dirancang untuk mengurangi stigma pada *gay* dengan HIV/AIDS merupakan hal yang sangat dibutuhkan untuk berhasil mencapai kesejahteraan psikologis (Aristegui, Radusky, Zalazar, Lucas, & Sued, 2017). Faktor-faktor yang merupakan evaluasi dari asuhan keperawatan pada *gay* dengan HIV/AIDS adalah adanya rasa sejahtera setelah mendapatkan intervensi, adanya perbaikan atau peningkatan kemampuan dalam mengatasi kondisi yang dialami, serta adanya kepuasan terhadap hasil dari intervensi yang diberikan.

2.6 Alur Pikir



Skema 2.2 Alur Pikir

Sumber : Bodenhausen & Hugenberg (2009), Galotti (2013), Pieter & Lubis (2010), Stuart (2016)

BAB III

METODE PENELITIAN

Bab ini menjelaskan mengenai desain penelitian, subjek penelitian, waktu dan tempat penelitian, etika penelitian, prosedur pengumpulan data, instrument pengumpulan data, analisa data, dan keabsahaan data.

3.1 Desain penelitian

Desain penelitian adalah suatu perencanaan dari penelitian yang disusun dengan berbagai cara sehingga dapat membantu peneliti untuk menjawab pertanyaan dari penelitian (Satroasmoro & Ismael, 2014). Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah desain penelitian kualitatif dengan metode deskriptif. Penelitian kualitatif sering digunakan untuk mengetahui tentang persoalan gender, kebudayaan, dan kelompok marginal yang bersifat emosional, dekat dengan masyarakat namun dengan prinsip mengabaikan pengalaman dan perspektif responden (Creswell, 2014; Tobergte & Curtis, 2015). Penelitian kualitatif terdiri atas beberapa pendekatan dan salah satunya adalah pendekatan deskriptif.

Deskripsi kualitatif merupakan salah satu penelitian yang sering dipakai dalam penelitian kesehatan karena memberikan fakta tentang bagaimana perasaan dan alasan seseorang menggunakan sesuatu, siapa yang menggunakan layanan dan apa faktor-faktor yang memudahkan dan menghalangi penggunaannya (Colorafi & Evans, 2016). Menurut Creswell (2014) dan Sandelowski (2010) bahwa Penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif adalah suatu penelitian yang mendefinisikan dan menyajikan suatu keadaan atau fenomena secara apa adanya dan mencari pemecahan masalah berdasarkan data-data dari penyelidikan. Pada penelitian ini pendekatan yang dilakukan bukanlah sebuah ketelitian namun merupakan sebuah penalaran logis yang dibutuhkan untuk menghasilkan sebuah kesimpulan (Sandelowski, 2010; Colorafi & Evans, 2016). Pada penelitian deskriptif kualitatif peneliti dapat memilih dan menggunakan teori atau konseptual yang terkait kerangka penelitian dan kerangka ini dapat diubah seperlunya selama dalam proses penelitian. Teori dan kerangka yang digunakan dalam penelitian ini berfungsi sebagai penghubung konseptual yang terdapat pada prosedur penelitian,

analisa, dan penyajian dalam bahasa yang mudah dan jelas menggambarkan fenomena. Stanley & Nayar (2014) mengungkapkan bahwa penelitian deskriptif kualitatif merupakan penelitian yang cocok digunakan untuk melakukan evaluasi program seperti persepsi partisipan. Desain penelitian yang digunakan pada penelitian ini berfokus untuk mengeksplorasi lebih dalam persepsi *gay* dengan HIV/AIDS terhadap asuhan keperawatan.

3.2 Subjek Penelitian

3.2.1 Sampel Penelitian

Sampel adalah sebagian dari jumlah atau karakteristik yang dimiliki oleh populasi yang dianggap dapat menggambarkan karakteristik populasinya (Sugiyono, 2016). Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah dengan *purposive* sampling. *Purposive* sampling merupakan suatu proses pengambilan sampel dimana peneliti terlebih dahulu memilih individu-individu atau tempat yang akan diteliti melalui penetapan kriteria-kriteria inklusi yang berorientasi pada tujuan penelitian (Creswell, 2014). Stanley & Nayar (2014) mengungkapkan bahwa *purposive* sampling baik digunakan pada deskriptif kualitatif karena dapat meningkatkan ketelitian dari penelitian. Pada penelitian ini, partisipan yang dipilih sebagai partisipan penelitian adalah yang sesuai dengan kriteria inklusi yang sudah ditetapkan, yaitu:

- a. *Gay* yang positif HIV/AIDS yang dibuktikan dengan adanya surat pernyataan dokter bahwa positif HIV/AIDS
- b. Sedang menjalani pengobatan medis baik rawat inap maupun rawat jalan
- c. Memiliki pengalaman berinteraksi dengan perawat ketika sedang menjalani pengobatan.

Jumlah sampel untuk penelitian kualitatif deskriptif berdasarkan pada kebutuhan informasi sehingga sangat bergantung pada saturasi data. Saturasi data adalah kondisi sudah tercapainya kelengkapan informasi yang diperlukan oleh peneliti dan sudah tidak munculnya sebuah data yang baru (Creswell, 2014; Polit & Beck, 2012). Jumlah sampel dalam penelitian kualitatif menurut Polit & Beck (2012) dipengaruhi oleh beberapa hal, yaitu ruang lingkup pertanyaan penelitian, kemampuan informan, sensitivitas fenomena yang diteliti, dan juga keterampilan dan pengalaman peneliti. Menurut Baker &

Edwards (2012) jumlah sampel yang diperkirakan dibutuhkan pada penelitian kualitatif adalah berkisar 12-20 orang. Jumlah sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebanyak 14 orang. Saturasi data pada penelitian ini didapatkan pada partisipan ke 13 namun untuk memastikan dari kesaturan data serta untuk menambah varian data peneliti menambahkan satu partisipan penelitian menjadi 14 orang.

3.2.2 Cara pemilihan Sampel

Pemilihan sampel pada penelitian ini menggunakan *purposive* sampling yaitu dipilih dengan pertimbangan dan tujuan yang sudah ditetapkan. Pemilihan sampel pada penelitian kualitatif menurut Magilvy et al (2009) dan Sugiyono (2016) sebaiknya memenuhi beberapa kriteria, yaitu: memahami dan menghayati proses penelitian yang sedang dilakukan, memiliki pengalaman pada kegiatan yang sedang diteliti, bersedia meluangkan waktu untuk memberikan informasi dengan dilakukan perekaman suara, tidak cenderung hanya menyampaikan informasi menurut asumsi sendiri, dan sudah terjalinnnya rasa percaya antara peneliti dengan partisipan.

Rekrutmen partisipan pada penelitian ini dilakukan dengan terlebih dahulu mendapatkan izin dari tiga rumah sakit yang menjadi tempat calon partisipan menjalani proses pengobatan HIV/AIDS. Namun, karena dua rumah sakit menolak izin penelitian yang diajukan peneliti maka peneliti mengajukan izin penelitian ke LSM Yayasan kasih Suwitno Jakarta yang merupakan tempat dilakukannya penelitian untuk validasi data calon partisipan yang menjalankan proses pengobatan di dua rumah sakit yang menolak perizinan penelitian. LSM Yayasan Kasih Suwitno membantu peneliti dengan menugaskan satu staff menjadi *key informan* utama dalam penelitian sehingga mempermudah peneliti untuk mendapatkan calon partisipan sesuai dengan kriteria inklusi yang sudah ditetapkan. Pada penelitian ini, melalui bimbingan *key informan* utama, peneliti juga melibatkan LSM Yayasan kotek Mandiri untuk mempermudah menemukan calon partisipan yang sudah ditetapkan. Penelitian ini melibatkan empat *key informan*, yaitu satu *key informan* utama yang berasal dari LSM Yayasan Kasih Suwitno yang sudah membantu dan membimbing peneliti mendapatkan tiga *key informan* lainnya. Tiga *key informan* lainnya yang dilibatkan peneliti dalam penelitian ini adalah para konselor dari LSM yang bekerja sama dengan tiga rumah sakit yang

merupakan tempat calon partisipan sedang menjalani pengobatan terkait penyakit HIV nya.

Pertemuan pertama, peneliti menjelaskan kepada ketiga *key informan* yang membantu peneliti tentang tujuan penelitian dan juga kriteria inklusi dari calon partisipan pada penelitian yang sedang dilakukan. Dari hasil penelurusan seluruh *key informan* didapatkan calon partisipan sebanyak 15 orang dan hal ini sudah sesuai dengan perencanaan jumlah dari penelitian yaitu antara 12-20 partisipan. Pada saat peneliti melakukan penjelasan penelitian dan validasi kembali kepada 15 orang calon partisipan, satu calon partisipan dianggap tidak sesuai dengan kriteria inklusi yang sudah ditetapkan sehingga jumlah calon partisipan penelitian menjadi 14 orang dan seluruh calon partisipan menyatakan setuju menjadi partisipan dalam penelitian yang akan dilakukan. Pada penelitian ini saturasi data tercapai pada partisipan 13 karena pada partisipan 13 peneliti sudah tidak mendapatkan data baru lagi dan data yang didapat hanya berupa pengulangan dari data yang sudah disampaikan oleh partisipan sebelumnya.

3.3 Waktu dan Tempat Penelitian

Prastowo (2011) mengungkapkan bahwa tempat dilakukan wawancara yang baik adalah suatu tempat atau daerah dimana terdapatnya permasalahan, terbuka untuk diteliti dan mudah untuk dikunjungi. Penelitian ini dilakukan di LSM Kasih Suwitno yang bekerjasama dengan LSM Yayasan Kotek Mandiri untuk mendapatkan calon partisipan yang sedang menjalani pengobatan di tiga rumah sakit di Jakarta. Pengambilan data dilaksanakan sejak 16 April – 2 Juni 2018. Waktu yang dibutuhkan untuk melakukan wawancara pada penelitian kualitatif kesehatan adalah berkisar 20-60 menit (Baker & Edwards, 2012). Pada penelitian ini rentang waktu yang digunakan untuk melakukan wawancara adalah mulai dari 26 menit hingga 75 menit.

3.4 Etika Penelitian

Etika penelitian adalah suatu pedoman atau standar yang menjadi acuan bagi peneliti dalam melakukan penelitian, yang bertujuan untuk melindungi partisipan dari hal-hal yang dapat merugikan mereka (Sastroasmoro & Ismael, 2014). Menurut Polit & Back

(2012) dan Susanti (2016) terdapat beberapa prinsip yang harus diperhatikan dalam etika penelitian keperawatan, yaitu: *autonomy*, *beneficience*, *non maleficience*, *justice*, *confidentially*, dan *anonymity*. Pada penelitian ini beberapa prinsip etika penelitian yang diperhatikan dan dilakukan oleh peneliti adalah:

3.4.1 Autonomy adalah suatu prinsip etik dalam penelitian yang memberikan kebebasan kepada partisipan untuk mengambil keputusan atas dirinya sendiri untuk mengikuti atau menolak keikutsertaan mereka dalam penelitian. Prinsip *autonomy* dilakukan dengan tujuan untuk menghargai hak dan martabat dari partisipan sebagai seorang manusia dan harus dilakukan secara sadar tanpa adanya paksaan dari siapapun (Polit & Hungler, 2014). Pada penelitian ini peneliti menjelaskan *informed consent* secara jelas kepada setiap calon partisipan dan jika partisipan sudah memahami tujuan dari penelitian, manfaat, serta hak nya dalam proses penelitian secara jelas kemudian peneliti meminta kesediaannya untuk menandatangani surat persetujuan. Pada penelitian ini seluruh partisipan mau dan bersedia menjadi partisipan dalam penelitian.

3.4.2 Beneficience adalah salah satu prinsip etik yang bertujuan untuk memberikan manfaat penelitian kepada partisipan. Pada penelitian ini setiap partisipan mungkin memiliki resiko secara psikologi maupun sosial saat menyatakan bersedia menjadi partisipan dari penelitian yang dilakukan, sehingga peneliti mempersiapkan beberapa tindakan yang dapat mencegah terjadinya resiko tersebut dengan cara: peneliti menjelaskan tujuan dan manfaat dari penelitian kepada seluruh partisipan, menjelaskan setiap tindakan atau kegiatan yang dilaksanakan terhadap mereka seperti merekam suara saat dilaksanakan wawancara, dan menjelaskan dan menjamin bahwa kerahasiaan identitas dan data yang didapatkan dari partisipan aman dan hanya diketahui oleh peneliti dan pembimbing dari peneliti.

3.4.3 Non maleficence adalah salah satu prinsip etik yang mengantisipasi adanya kerugian yang dialami oleh partisipan terkait proses penelitian. Pada prinsip ini peneliti membuat seluruh partisipan tidak merasa dirugikan dengan penelitian yang sedang dilakukan. Proses pelaksanaan prinsip *maleficence* pada penelitian ini adalah menyadari bahwa partisipan memiliki kemungkinan akan mengalami *stressfull* maupun gangguan emosional ketika sedang dilakukan wawancara sehingga peneliti menjelaskan hak partisipan yaitu kebebasan untuk berhenti pada saat dilaksanakan wawancara jika merasa kurang nyaman. Pada saat wawancara peneliti juga menanyakan kepada

partisipan apakah penelitian akan tetap dilanjutkan atau tidak saat partisipan mengalami perubahan mood atau emosi dan kemudian memberikan terapi sesuai dengan kemampuan peneliti. Hal ini sudah dilakukan peneliti pada salah satu partisipan yang menangis pada saat sedang dilakukan wawancara. Peneliti menanyakan kepada partisipan apakah membutuhkan waktu untuk menenangkan diri terlebih dahulu, namun partisipan mengatakan ingin tetap melanjutkan wawancara sehingga wawancara tetap dilaksanakan sampai akhir.

3.4.4 Justice adalah salah satu prinsip etik yang menjaga dan memberikan keadilan kepada setiap partisipan dengan cara tidak membeda-bedakan. Proses pelaksanaan prinsip *justice* pada penelitian ini adalah peneliti memperlakukan semua partisipan sama, tidak membeda-bedakan dalam hal apapun baik itu suku, agama, pekerjaan, jabatan, umur, maupun yang lainnya. Pada penelitian ini peneliti memberikan penjelasan penelitian dengan jelas kepada seluruh calon partisipan secara adil dan sama, serta memberikan hak yang sama kepada setiap partisipan tanpa ada yang dibeda-bedakan.

3.4.5 Confidentiality adalah salah satu prinsip etik yang menjaga kerahasiaan dari partisipan dalam penelitian. Proses pelaksanaan prinsip *confidentiality* pada penelitian ini adalah peneliti menjaga kerahasiaan informasi yang menyangkut privasi para partisipan dan sudah disampaikan sebelum melakukan wawancara (saat dilakukan penjelasan penelitian). Hasil dari penelitian disimpan di tempat aman yang terjaga kerahasiaannya dan akan dihapus dalam kurun waktu 5 tahun. Data yang didapatkan dari hasil wawancara hanya digunakan untuk keperluan penelitian saja, disimpan pada laptop dengan menggunakan password yang hanya diketahui oleh peneliti. Peneliti juga sudah memberitahukan dan meminta persetujuan partisipan bahwa untuk data yang didapatkan juga akan diketahui oleh pembimbing dari peneliti.

3.4.6 Anonymity adalah salah satu prinsip etik yang menjaga kerahasiaan nama partisipan baik pada saat wawancara maupun dalam dokumentasi. Dalam penelitian ini hanya 4 dari 14 partisipan yang mau menggunakan nama samaran pada saat dilakukan wawancara. Proses pelaksanaan prinsip *anonymity* pada penelitian ini adalah peneliti menanyakan ingin menggunakan nama samara untuk menjaga privasi dari partisipan kemudian menjaga kerahasiaan nama partisipan dalam dokumentasi dari hasil wawancara yang sudah dilakukan dengan menggunakan kode partisipan seperti P1, P2, P3, hingga P14.

3.5 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data adalah suatu prosedur yang bertujuan untuk menemukan siapa, apa dan dimana peristiwa atau pengalaman terjadi dan merupakan pengumpulan data yang tidak terbatas (Sandelowski, 2010). Beberapa jenis pengumpulan data yang dapat dilakukan adalah dengan fokus kelompok, wawancara individu, observasi dan pemeriksaan dokumen (Colorafi & Evans, 2016). Proses pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan melalui beberapa tahap, yaitu: tahap melakukan persiapan (perizinan), tahap melaksanakan (pelaksanaan menggunakan metode wawancara, observasi, dan catatan lapangan) dan tahap penutup (menyimpulkan dan menjelaskan kembali hasil wawancara dan kemudian melakukan klarifikasi kepada partisipan).

3.5.1. Tahap Persiapan

Dalam tahap persiapan peneliti melakukan rekrutmen partisipan. Pada penelitian ini peneliti berkoordinasi dengan *key informan* utama dari LSM Yayasan Kasih Suwitno untuk menentukan partisipan yang akan terlibat dalam penelitian sesuai dengan kriteria inklusi yang sudah ditetapkan.

Dalam proses persiapan sebelum melakukan penelitian, peneliti mengajukan proposal penelitian kepada komite etik Universitas Indonesia untuk mendapatkan surat kelayakan etika dari penelitian yang akan dilakukan. Setelah mendapatkan surat uji kelayakan etik, peneliti mengurus surat izin penelitian ke LSM Yayasan Kasih Suwitno, LSM Yayasan Kotek Mandiri, dan ke tiga rumah sakit yang sudah ditentukan peneliti untuk melakukan validasi data yang menyatakan seluruh partisipan benar merupakan pasien dan sedang melakukan proses pengobatan penyakit HIV di RS tersebut. Di dalam proses permohonan izin penelitian, ternyata hanya satu rumah sakit yang memberikan izin bagi peneliti untuk melakukan penelitian terkait validasi data partisipan, sehingga untuk dua rumah sakit lainnya peneliti melakukan validasi data ke LSM yayasan kasih suwitno, LSM Yayasan Kotek Mandiri, serta kepada konselor LSM bertugas pada dua rumah sakit tersebut.

Beberapa hal yang dilakukan oleh peneliti setelah mendapatkan data calon partisipan adalah:

- a. peneliti memperkenalkan diri pada calon partisipan, menjelaskan tujuan, manfaat, prosedur, hak dan peran partisipan dalam penelitian
- b. Waktu yang diberikan untuk memikirkan bersedia atau tidak menjadi partisipan disesuaikan dengan desain dan tujuan dari penelitian (Hardicre, 2014). Peneliti meminta kesediaan menjadi partisipan dan memberikan pilihan waktu 1 x 24 jam kepada calon partisipan untuk memutuskan apakah bersedia atau tidak menjadi partisipan, namun seluruh calon partisipan langsung setuju dan tidak membutuhkan waktu untuk memikirkan ulang untuk memutuskan bersedia menjadi partisipan dalam penelitian. Setelah calon partisipan setuju untuk berpartisipasi kemudian peneliti meminta untuk menandatangani formulir persetujuan
- c. Membuat janji terkait tempat dan waktu dilakukannya wawancara

3.5.2 Tahap Pelaksanaan

Pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan dengan wawancara secara mendalam (*in depth interview*), tetapi masih tetap memperhatikan prinsip etika penelitian. Penelitian dilakukan di ruangan yang aman, nyaman dan tidak terlalu bising sehingga partisipan tetap merasa nyaman untuk dilakukan wawancara. Tempat wawancara yang digunakan pada penelitian ini merupakan tempat pilihan dari partisipan dan tempat yang memungkinkan untuk dilakukan wawancara. Pada saat penelitian, peneliti meminta izin kepada partisipan akan menggunakan alat perekam yang diletakkan tidak jauh dari peneliti dan partisipan. Pada saat melakukan wawancara peneliti melakukan *bracketing* (menyimpan asumsi dan pengetahuan tentang fenomena yang sedang terjadi, memberikan kesempatan kepada partisipan berbicara dan mengungkapkan hal yang terkait dengan penelitian pada saat melakukan wawancara dan setiap selesai melakukan wawancara peneliti segera menuliskan hasil observasi partisipan pada lembar *field note* yang bertujuan untuk meningkatkan hasil validitas dari penelitian. Wawancara yang dilakukan oleh peneliti dibantu dengan adanya pedoman wawancara sehingga peneliti mengembangkan pertanyaan yang sesuai dengan tujuan dari penelitian.

3.5.3 Tahap Penutup

Setelah data yang dibutuhkan melalui wawancara dengan menggunakan rekaman suara sudah selesai, peneliti melakukan terminasi kepada setiap partisipan dan menyampaikan

bahwa peneliti mungkin akan menghubungi partisipan kembali jika ada data yang perlu divalidasi ulang atau ada data yang dianggap masih kurang. Seluruh partisipan dalam penelitian ini menyatakan bersedia dihubungi kembali jika ada hal yang perlu ditanyakan atau divalidasi. Peneliti kemudian langsung membuat transkrip rekaman bentuk tulisan (verbatim) dan proses analisa data tidak ada data yang perlu divalidasi ulang kepada partisipan terkait hasil rekaman wawancara yang sudah dilakukan.

3.6 Intrument Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data dalam penelitian ini adalah peneliti sendiri dan dibantu dengan adanya pedoman wawancara untuk membantu peneliti untuk mencapai tujuan dari penelitian. Sugiyono (2016) mengatakan bahwa di dalam penelitian kualitatif peneliti merupakan instrumen dari pengumpulan data. Pengumpulan data dilakukan setelah peneliti sudah membuat pedoman wawancara berdasarkan fenomena dan mencapai tujuan dari penelitian. Pedoman wawancara yang sudah dibuat diuji cobakan kepada mahasiswa untuk mendapatkan masukan, kemudian pedoman wawancara juga diujicobakan kepada *gay* yang merupakan bagian dari partisipan penelitian. Setelah melakukan wawancara kepada partisipan, peneliti kemudian melakukan evaluasi diri dengan mendengarkan ulang rekaman wawancara dan mencoba membuat transkrip verbatim dari hasil wawancara. Hasil evaluasi peneliti adalah peneliti masih sangat berfokus pada pedoman wawancara dan belum melakukan probing dengan maksimal dan hal itu diperbaiki peneliti pada wawancara dengan partisipan selanjutnya. Setelah membuat transkrip verbatim, kemudian peneliti mencoba melakukan analisis tematik sambil melakukan konsultasi dengan pembimbing 1 dan 2. Uji coba penelitian ini menjadi salah satu cara untuk melatih peneliti dalam melakukan *in-depth interview*.

Alat bantu yang digunakan dalam penelitian ini adalah *tape recorder* dan juga *field note* yaitu catatan lapangan yang berisi tentang apa yang dilihat selama proses wawancara seperti: sikap, ekspresi wajah, dan bahasa *non verbal*. Hasil rekaman suara dan *field note* merupakan satu kesatuan yang tidak dapat dipisahkan karena merupakan sumber informasi yang saling melengkapi. Sebelum melakukan wawancara peneliti sudah meminta persetujuan partisipan untuk dilakukan perekaman suara dan

memberikan informasi tentang tujuan dilakukan sehingga partisipan yakin bahwa kerahasiaannya tetap terjaga.

3.7 Analisa Data

Analisa data dalam penelitian kualitatif adalah suatu metode analisa yang dilakukan peneliti sejak sudah mendapatkan data awal dan merupakan salah satu penentu dari proses kelanjutan pengumpulan data berikutnya. Analisa pada penelitian ini menggunakan analisis tematik menurut Braun & Clark (2014) yaitu adalah suatu metode yang secara sistematis mengidentifikasi, mengorganisir, dan menawarkan wawasan ke dalam pola makna (tema) di dalam satu set data, yang kemudian dapat dihubungkan dengan isu-isu teoritis dan konseptual yang lebih luas. Adapun tahapan analisis data tematik yang dilakukan peneliti menurut Braun & Clark (2014) terdiri atas enam tahapan, yaitu:

a. Pengenalan data

Peneliti melakukan pendekatan pada data dengan cara mendengarkan rekaman suara dan membaca ulang data (transkrip wawancara dan tanggapan terhadap hasil survey) sebanyak 2-3 kali, kemudian membuat ringkasan dan catatan pada saat membaca dan mendengarkan rekaman. Catatan pengambilan data pada tahapan ini berfungsi sebagai alat bantu memori dan memicu *coding* dan analisis.

b. Pengkodean

Peneliti menghasilkan kode awal melalui *coding*. Kode yang dihasilkan memberikan ringkasan atau gambaran isi dari data dan merupakan kode yang relevan untuk menjawab pertanyaan dari penelitian. Dalam proses *coding*, peneliti membaca secara menyeluruh setiap bagian dari data, memberikan kode pada data yang dianggap relevan dengan pertanyaan penelitian, kemudian menuliskan kode dan menandai teks. Proses *coding* dilanjutkan pada teks berikutnya jika belum memberikan kode pada masing-masing data secara keseluruhan. Pada tahapan ini peneliti sudah menyusun semua kode dengan data yang relevan.

c. Mencari Tema

Peneliti mencari tema dengan cara menghasilkan atau membangun tema. Pada tahapan ini peneliti mengeksplorasi hubungan antar tema dan mempertimbangkan bagaimana tema-tema tersebut dapat memiliki keterkaitan dalam menceritakan data

secara keseluruhan untuk menjawab pertanyaan penelitian. Pada tahapan ini peneliti sudah menyusun semua data kode yang relevan dengan masing-masing tema dan peneliti menemukan sebanyak 36 tema dari keseluruhan analisa data partisipan dalam penelitian

d. Meninjau potensi tema

Peneliti melakukan pengecekan kualitas tema yang sudah dihasilkan. Pengecekan pada tahapan ini untuk mengeksplorasi apakah tema memiliki keterkaitan dengan data yang didapatkan. Peneliti menganalisa apakah tema yang dihasilkan sudah menceritakan sebuah cerita yang meyakinkan tentang data, kemudian dilanjutkan dengan mulai mendefinisikan sifat dari masing-masing tema individu. Setelah melakukan pengecekan pada satu set tema yang sudah sesuai dengan data yang dikodekan, kemudian peneliti melakukan peninjauan ulang dengan menganalisa keterkaitan tema dengan keseluruhan set dari data. pada tahapan ini peneliti mendapatkan 12 tema yang merupakan hasil pengecekan dari tema awal yang sudah didapatkan.

e. Mendefinisikan dan penamaan tema

Peneliti melakukan analisis secara rinci pada masing-masing tema terkait hal yang disampaikan dan apakah sudah sesuai dengan keseluruhan data yang ada. Pada tahapan ini peneliti mengidentifikasi arti atau makna dari setiap tema yang kemudian dilanjutkan dengan memberikan nama yang bagus untuk setiap tema, yaitu nama yang informatif, ringkas, dan menarik. Dalam tahapan ini peneliti mendapatkan 6 tema yang sudah dianalisa secara lebih rinci dan diberikan nama dengan lebih ringkas, menarik, dan informatif.

f. Menulis

Pada tahapan terakhir ini, peneliti menuliskan hasil penelitian tentang cerita menarik dari data berdasarkan analisa dari peneliti. Tulisan yang dihasilkan diharapkan dapat menyampaikan cerita yang koheren dan persuasive dari data yang sudah dikontekstualisasikan dengan literatur yang ada dalam menjawab pertanyaan penelitian.

3.8 Keabsahan Data

Untuk memperoleh keabsahan data, beberapa kriteria yang akan dipenuhi dalam penelitian ini adalah *credibility*, *dependability*, *confirmability*, dan *transferability*; (Susanti, 2016; Stanley & Nayar, 2014; Sugiyono, 2016).

3.8.1 Credibility adalah menjaga kebenaran hasil dari penelitian dengan menyelidiki apakah penelitian yang sedang dilakukan menjawab dari tujuan penelitian dan bukan hanya kumpulan dari perspektif pribadi dari peneliti. Peneliti melakukan pengecekan hasil data kepada para partisipan dan kemudian dilanjutkan dengan analisis tematik. Untuk meningkatkan *credibility* pada penelitian ini, peneliti juga meminta bantuan pembimbing untuk memeriksa dan memberikan umpan balik dengan pandangan yang lebih netral terkait transkrip verbatim, analisa kerangka kerja, pembentukan tema, dan laporan akhir yang dilakukan oleh peneliti. Pada penelitian ini peneliti merupakan pewawancara tunggal yang membuat tidak akan ada perbedaan dalam penerapan desain dan penyajian data sehingga kredibilitas dari penelitian lebih terjamin. Selama melakukan penelitian peneliti melakukan *reflexivity* untuk menyadari dan mengakui kemungkinan adanya persepsi subjektif yang mempengaruhi dalam proses pengumpulan data. *Reflexivity* sudah dilakukan peneliti setelah melakukan wawancara pada partisipan P5 dimana pada saat wawancara ada pernyataan dari cerita partisipan yang membuat kondisi psikologi peneliti cukup terganggu karena tidak terima dengan kondisi yang dilakukan partisipan tersebut. Kondisi yang tidak stabil membuat peneliti memutuskan untuk mengganti jadwal wawancara dengan partisipan berikutnya karena peneliti membutuhkan waktu untuk refleksi diri dalam memulihkan kembali kondisi psikologi peneliti sebelum melakukan penelitian berikutnya.

3.8.2 Dependability adalah kemampuan peneliti untuk menguji kestabilan atau konsistensi data dari proses penelitian yang dilakukan. Peneliti akan melakukan pengecekan data melalui diskusi dengan pembimbing tentang kemajuan dari proses pengumpulan dan analisa data dan setiap perubahan yang terjadi dijelaskan pada laporan penelitian. Peneliti melakukan pertemuan secara rutin dengan pembimbing untuk mengungkapkan kemungkinan adanya bias, asumsi, dan kekeliruan yang dilakukan oleh peneliti, memberikan penjelasan yang transparan mengenai metode analisa data yang digunakan dalam laporan penelitian, dan membuat analisis kerangka untuk menggambarkan secara jelas tentang proses analisis data yang dilakukan pada

penelitian sehingga para pembaca dapat menilai apakah interpretasi perspektif dari peserta didukung oleh data yang memadai. Dalam penelitian ini peneliti juga merupakan pewawancara tunggal, sehingga merupakan salah satu hal yang dapat menjaga konsistensi dari prosedur pengumpulan data

3.8.3 Confirmability adalah suatu uji objektivitas dari suatu penelitian yang berguna untuk mengkonfirmasi dari hasil temuan. Pada pengujian ini peneliti menjelaskan metode dan prosedur penelitian secara jelas, membuat urutan pengumpulan data, analisis dan metode presentasi. Peneliti sadar dan melaporkan data yang merupakan hasil asumsi pribadi dan berkolaborasi dengan pembimbing untuk melakukan pengecekan terhadap transkrip verbatim dari hasil wawancara, proses analisa data, hingga pembentukan tema untuk mengetahui kebenaran dari hasil penelitian.

3.8.4 Transferability adalah kondisi sejauh mana temuan dari hasil penelitian dapat digeneralisasi pada populasi atau kondisi lain karena makna dan interpretasi yang diberikan dalam penelitian kualitatif akan terus mengalami perubahan dengan adanya perubahan kondisi. Peneliti membuat deskripsi yang berisi narasi dari konteks penelitian mulai dari proses, partisipan, dan hubungan partisipan dengan peneliti yang diuraikan dengan lengkap, rinci, sistematis, dan dapat dipercaya sehingga akan membuat pembaca dapat menentukan apakah hasil dari penelitian ini dapat atau tidak untuk diaplikasikan pada populasi atau kondisi lain.

3.9 Reflexivity of the studies

Reflexivity merupakan salah satu cara yang dapat dilakukan untuk menjaga integritas dan kepercayaan dari hasil penelitian kualitatif dari seorang peneliti (Susanti, 2016 dalam Anderson, 2008). Penelitian yang saya lakukan terkait persepsi *gay* dengan HIV/AIDS tentang asuhan keperawatan bukanlah suatu penelitian yang saya lakukan hanya untuk meraih gelar magister saya, namun merupakan suatu harapan saya untuk dapat mengembangkan kualitas dari asuhan keperawatan khususnya asuhan keperawatan di Indonesia. Dalam pelaksanaan penelitian ini tentunya kendala yang saya hadapi banyak namun dengan berbagai cara yang digunakan akhirnya seluruh kendala yang dihadapi dapat teratasi dengan baik. Salah satu kendala yang pernah saya hadapi saat dalam melakukan penelitian ini adalah adanya sebuah rasa cemas yang saya rasakan disaat pertama kali akan melakukan wawancara langsung pada *gay* dengan

HIV/AIDS. Rasa cemas yang saya rasakan pada saat itu adalah ketakutan tidak dapat masuk ke dalam lingkungan *gay* dan tidak bisa mendapatkan data yang baik karena tidak terbentuknya *trust* antara saya dan calon partisipan saya. Ketakutan yang saya alami, saya atasi dengan mencoba melakukan pendekatan pada key informan saya yang juga merupakan seorang *gay* untuk mengetahui lebih jelas kehidupan dari *gay* dan bagaimana caranya untuk bisa masuk ke dalam lingkungan mereka. Pendekatan yang saya lakukan membuat saya menjadi lebih siap bertemu dan melakukan wawancara dengan *gay* dengan HIV/AIDS. Para partisipan pada penelitian saya terlihat lebih nyaman karena saya sudah merasakan dan memberikan kenyamanan tersebut. Kecemasan yang saya alami di awal penelitian hanyalah sebuah ketakutan yang tidak memiliki dasar karena fakta yang saya temukan seluruh partisipan saya terlihat sangat *welcome* dan sangat bersahabat sehingga wawancara yang dilakukan terlaksana dengan baik.

Dalam proses penelitian, penentuan tempat penelitian merupakan suatu hal yang sering menjadi tantangan tersendiri bagi saya karena rata-rata wawancara pada partisipan saya dilaksanakan di *cafe* yang merupakan ruang terbuka yang mungkin dapat menyebabkan partisipan menjadi kurang nyaman dan data yang dihasilkan kurang tergal dengan baik. Untuk mengatasi kendala yang terjadi tersebut saya melakukan wawancara di waktu sepi dari pengunjung *cafe* yang merupakan tempat penelitian. Untuk tempat duduk pada *cafe* yang akan dilakukan penelitian saya selalu memilih tempat duduk di pojok ruangan atau di tempat yang lebih sedikit orangnya sehingga wawancara yang dilakukan nyaman dan jauh dari gangguan.

Dalam proses penelitian ini juga saya pernah merasakan suatu kondisi yang mengganggu psikologi saya karena kurang menerima suatu pernyataan dari ungkapan salah satu partisipan penelitian saya. Saya menyadari kondisi psikologi saya yang kurang baik akan mengganggu hasil dari kualitas penelitian saya karena dalam penelitian kualitatif saya merupakan instrument dari penelitian. Untuk mengatasi kondisi yang sedang terjadi, akhirnya saya memutuskan untuk istirahat dan memulihkan psikologi saya selama 2 hari, kemudian saya mulai melakukan penelitian kembali sehingga *credibilitas* dari hasil penelitian saya masih tetap dapat dijaga dan dipertanggungjawabkan.

BAB 4

HASIL PENELITIAN

Pada bab ini peneliti akan menjabarkan hasil penelitian yang sudah dilakukan untuk memberikan gambaran tentang persepsi *gay* dengan HIV/AIDS terhadap asuhan keperawatan. Bab ini akan menguraikan tentang karakteristik dari *gay* dengan HIV/AIDS dan hasil analisa tema yang sudah didapatkan melalui wawancara langsung dengan partisipan tentang persepsi terhadap asuhan keperawatan.

4.1 Karakteristik Partisipan

Partisipan dalam penelitian ini adalah *gay* dengan HIV/AIDS yang sedang menjalani pengobatan baik rawat jalan maupun rawat inap. Partisipan dalam penelitian ini berjumlah 14 orang, dimana seluruh partisipan yang sudah memenuhi kriteria inklusi yaitu *gay* dengan HIV/AIDS, sedang menjalani pengobatan medis baik rawat inap maupun rawat jalan, memiliki pengalaman berinteraksi dengan perawat ketika menjalani pengobatan. Usia partisipan pada penelitian ini adalah 22 – 53 tahun. Usia yang paling muda adalah 22 tahun dan usia yang paling tua adalah 53 tahun. Tingkat pendidikan partisipan juga beragam, yaitu : 3 orang lulusan SMA, 1 orang lulusan D-3, 8 orang lulusan S-1, dan 1 orang lulusan S-2. Status pernikahan partisipan diketahui seluruhnya belum menikah.

Setiap partisipan diberikan kode yang menjadi gambaran dari nomor urut penelitian, dimana kode yang digunakan adalah P1 hingga P14. P1 adalah kode partisipan yang menunjukkan urutan pertama dan begitu juga selanjutnya hingga P14. Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode wawancara mendalam dan saturasi data didapatkan pada partisipan 13, namun untuk memastikan saturasi data dan menambah varian dari data, maka peneliti menambahkan satu partisipan yaitu P14.

Karakteristik partisipan seperti agama, suku, pekerjaan, lama mengalami HIV/AIDS, lama menjalani pengobatan, frekuensi dan lama berinteraksi dengan perawat, serta bentuk kegiatan saat berinteraksi dengan perawat, tempat dan tanggal dilaksanakan wawancara, serta lama wawancara akan dijabarkan sebagai berikut:

Partisipan 1

Partisipan 1 adalah seorang laki-laki berusia 32 tahun, lulusan sarjana, beragama islam, suku Jawa dan sehari-hari bekerja sebagai case manager. Partisipan sudah dinyatakan positif HIV sejak enam tahun yang lalu dan juga sudah menjalani pengobatan HIV sejak enam tahun yang lalu. Partisipan berinteraksi dengan perawat 24 kali dalam sebulan dengan lama interaksi 1-2 jam/interaksi. Bentuk interaksi yang sudah pernah didapatkan partisipan dari perawat selama masa pengobatan adalah konseling, pemberian terapi obat ARV (Anti Retro Viral), dan pendidikan kesehatan terkait nutrisi, orientasi seksual, dan infeksi HIV. Wawancara dengan partisipan dilakukan di Klinik Globalindo Jakarta Selatan pada tanggal 16 April 2018 pukul 15.30 WIB dengan lama wawancara 26 menit.

Partisipan 2

Partisipan 2 adalah seorang laki-laki berusia 22 tahun yang masih berprofesi sebagai mahasiswa di salah satu universitas di Jakarta, beragama islam dan suku Sunda. Partisipan sudah dinyatakan positif HIV sejak enam bulan yang lalu dan juga sudah menjalani pengobatan HIV sejak enam bulan yang lalu. Partisipan berinteraksi dengan perawat 1 kali/bulan dengan lama 30-60 menit/interaksi. Bentuk kegiatan yang sudah didapatkan partisipan dari perawat selama menjalani pengobatan adalah konseling, pemberian obat ARV, dan pendidikan kesehatan terkait nutrisi, orientasi seksual, dan infeksi HIV. Wawancara dengan partisipan dilakukan di ruang carlo RS Carolus Jakarta pada tanggal 21 April 2018 pukul 13.00 WIB, dengan lama wawancara 39 menit 48 detik.

Partisipan 3

Partisipan 3 adalah seorang laki-laki berusia 52 tahun, lulusan Sarjana ekonomi, beragama islam, suku Jawa, dan sehari-hari bekerja di bidang finance. Partisipan sudah dinyatakan positif HIV sejak 24 tahun yang lalu dan sudah menjalani pengobatan HIV sejak 17 tahun yang lalu. Partisipan berinteraksi dengan perawat 1 kali/bulan dengan lama 10 menit/interaksi. Bentuk kegiatan yang sudah didapatkan partisipan dari perawat selama menjalani pengobatan adalah pemeriksaan fisik. Wawancara dengan partisipan

dilakukan di Dunkin Donuts Palputih Jakarta Pusat pada tanggal 24 April 2018 pukul 13.00 WIB, dengan lama wawancara 1 jam 4 menit 29 detik.

Partisipan 4

Partisipan 4 adalah seorang laki-laki berusia 40 tahun, lulusan sarjana yang berprofesi sebagai wiraswasta di Jakarta. Partisipan beragama islam dan suku campuran minahasa dan bone. Partisipan sudah dinyatakan positif HIV sejak delapan tahun yang lalu dan juga sudah menjalani pengobatan HIV sejak delapan tahun yang lalu. Partisipan berinteraksi dengan perawat 1kali/3 bulan dengan lama 15-20 menit/interaksi. Bentuk kegiatan yang didapatkan oleh partisipan dari perawat selama menjalani proses pengobatan adalah pemberian terapi obat ARV. Wawancara dengan partisipan dilakukan di Starbuck Metropol Jakarta pada tanggal 25 April 2018 pukul 15.30 dengan lama wawancara 56 menit 27 detik.

Partisipan 5

Partisipan 5 adalah seorang laki-laki bersuku minangkabau yang berusia 27 tahun, beragama islam, pendidikan terakhir sarjana dan sehari-hari berprofesi sebagai Pegawai Negeri Sipil (PNS). Partisipan sudah dinyatakan positif HIV sejak tujuh bulan yang lalu dan juga sudah menjalani pengobatan selama tujuh bulan. Partisipan berinteraksi dengan perawat sebanyak 1kali/bulan dengan lama 15 menit/interaksi. Bentuk kegiatan yang sudah didapatkan oleh partisipan dari perawat selama menjalani proses pengobatan adalah konseling, pemberian terapi obat ARV, dan pendidikan kesehatan terkait nutrisi, orientasi seksual dan infeksi HIV. Wawancara dengan partisipan dilakukan di klinik Globalindo Jakarta selatan pada tanggal 26 April pukul 17.30 WIB dengan lama wawancara 42 menit.

Partisipan 6

Partisipan 6 adalah seorang laki-laki berusia 23 tahun, pendidikan terakhir sarjana, suku tionghoa, beragama Kristen, dan pekerjaan sehari-hari adalah karyawan swasta. Partisipan sudah dinyatakan positif HIV selama 3 tahun dan sudah menjalani pengobatan selama dua tahun karena pernah putus obat selama satu tahun di tahun pertama pengobatan. Partisipan berinteraksi dengan perawat selama 1 kali/bulan dengan

lama 10 menit/interaksi. Bentuk kegiatan yang pernah diberikan atau dilakukan perawat selama masa pengobatan adalah pemberian terapi obat ARV. Wawancara dengan partisipan dilakukan di café coffee sebelah klinik Globalindo Jakarta selatan pada tanggal 28 April 2018 pukul 15.30 dan lama wawancara 1 jam 9 menit 34 detik.

Partisipan 7

Partisipan 7 adalah seorang laki-laki lulusan S-2, berusia 38 tahun yang berprofesi sebagai karyawan swasta. beragama Islam dan bersuku campuran batak dan manado. Partisipan sudah dinyatakan positif HIV sejak lima tahun yang lalu dan sudah menjalani pengobatan HIV sejak lima tahun yang lalu juga. Partisipan berinteraksi dengan perawat 1-3 kali/bulan dengan lama interaksi 1-3 jam/interaksi. Bentuk kegiatan yang sudah pernah partisipan dapatkan dari perawat selama masa pengobatan adalah konseling, pemberian terapi obat ARV, pendidikan kesehatan terkait nutrisi, orientasi seksual, dan infeksi HIV, dan mendapatkan sosialisasi serta gathering yang diikuti oleh perawat dengan sesama pasien. Wawancara dengan partisipan dilakukan di Chees factory cikini Jakarta Pusat pada tanggal 30 April pukul 18.30 WIB dengan lama wawancara 1 jam 7 menit 20 detik.

Partisipan 8

Partisipan 8 adalah seorang laki-laki, berusia 50 tahun yang berprofesi sebagai guru bahasa Inggris di salah satu sekolah di Jakarta, merupakan lulusan sarjana hukum, beragama Islam dan bersuku Jawa. Partisipan sudah dinyatakan positif HIV sejak dua tahun yang lalu dan juga sudah menjalani pengobatan sejak dua tahun yang lalu. Partisipan berinteraksi dengan perawat sebanyak 1 kali/bulan dengan lama 10-30 menit/interaksi. Bentuk kegiatan yang sudah pernah didapatkan partisipan dari perawat selama masa pengobatan adalah pemberian terapi obat ARV, pendidikan kesehatan terkait nutrisi, orientasi seksual, dan infeksi HIV. Wawancara dilakukan di café citrus tebet Jakarta selatan pada tanggal 3 Mei 2018 pukul 12.40 WIB, dengan lama wawancara 1 jam 4 menit 28 detik.

Partisipan 9

Partisipan 9 adalah seorang laki-laki berusia 39 tahun, beragama kejawen, bersuku jawa, pendidikan terakhir Diploma 3 (D-3), dan sehari-hari berprofesi sebagai wiraswasta. Partisipan sudah dinyatakan positif HIV sejak 7 tahun 6 bulan yang lalu dan juga sudah menjalani pengobatan HIV sejak 7 tahun 6 bulan. Partisipan berinteraksi dengan perawat sebanyak 1 kali/bulan dengan lama 15 menit/interaksi. Beberapa kegiatan yang sudah pernah didapatkan oleh partisipan dari perawat selama proses pengobatan adalah konseling, pemberian terapi ARV, dan pendidikan kesehatan terkait nutrisi, orientasi seksual, dan infeksi HIV. Wawancara dilakukan di warung leko di plaza semanggi Jakarta selatan pada tanggal 6 Mei 2018 pukul 12.30 WIB dengan lama wawancara 1 jam 12 menit 6 detik.

Partisipan 10

Partisipan 10 adalah seorang laki-laki berusia 49 tahun yang berprofesi sebagai fotografer, beragama islam, suku campuran jawa-sunda, dan merupakan lulusan sarjana komunikasi. Partisipan sudah dinyatakan positif HIV sejak dua tahun yang lalu dan juga sudah menjalani pengobatan sejak dua tahun yang lalu. Partisipan berinteraksi dengan perawat sebanyak 1 kali/bulan dengan lama 45 menit/interaksi. Beberapa kegiatan yang sudah pernah partisipan dapatkan dari perawat selama proses pengobatan adalah konseling, pemberian terapi obat ARV, pendidikan kesehatan terkait nutrisi, orientasi seksual dan infeksi HIV. Wawancara dilakukan di Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO) pada tanggal 7 Mei 2018 pukul 13.00 WIB dengan lama wawancara 1 jam 15 menit.

Partisipan 11

Partisipan 11 adalah laki-laki yang bersuku batak, berusia 49 tahun, beragama katolik, merupakan lulusan sarjana dan sehari-hari berprofesi sebagai pegawai di salah satu perusahaan swasta. Partisipan sudah dinyatakan positif HIV sejak delapan bulan yang lalu dan juga sudah menjalani pengobatan sejak delapan bulan. Partisipan berinteraksi dengan perawat sebanyak 1 kali/bulan dengan lama 15-20 menit/interaksi. Bentuk kegiatan yang pernah diberikan perawat kepada partisipan selama menjalani proses

pengobatan adalah konseling. Wawancara dilakukan di Court kota harapan indah Bekasi pada tanggal 11 Mei 2018 pukul 12.30 WIB dengan lama wawancara 51 menit 49 detik.

Partisipan 12

Partisipan 12 adalah seorang laki-laki yang memiliki hobby lari, berusia 53 tahun, beragama islam, suku betawi, pendidikan terakhir Sekolah Menengah Atas (SMA), dan sehari-hari berprofesi sebagai karyawan swasta. Partisipan sudah dinyatakan positif HIV sejak lima tahun yang lalu dan juga sudah menjalani pengobatan sejak lima tahun yang lalu. Partisipan berinteraksi dengan perawat sebanyak 1 kali/bulan dengan lama 10 menit/interaksi. Beberapa kegiatan yang pernah didapatkan oleh partisipan dari perawat selama menjalani proses pengobatan adalah konseling dan pemberian terapi obat ARV. Wawancara dilakukan di Dunkin Donuts daerah Mangga Besar Jakarta Pusat pada tanggal 12 Mei 2018 pukul 11.30 WIB dengan lama wawancara 50 menit 31 detik.

Partisipan 13

Partisipan 13 adalah seorang laki-laki berusia 25 tahun, beragama islam, suku sunda, pendidikan terakhir SMA dan sehari-hari berprofesi sebagai karyawan swasta. Partisipan sudah dinyatakan positif HIV sejak satu tahun yang lalu dan juga sudah menjalani pengobatan sejak satu tahun yang lalu. Partisipan berinteraksi dengan perawat sebanyak 6 kali/bulan dengan lama 5-10 menit/interaksi. Beberapa kegiatan yang sudah pernah diberikan perawat kepada partisipan selama masa pengobatan adalah konseling dan pemberian terapi obat ARV. Wawancara dilakukan di RS Carolus Jakarta Pusat pada tanggal 1 Juni 2018 pukul 13.00 WIB dengan lama wawancara 35 menit.

Partisipan 14

Partisipan 14 adalah seorang laki-laki berusia 29 tahun yang merupakan kelahiran dari campuran suku jawa dan manado, beragama islam, pendidikan terakhir SMA, dan sehari-hari bekerja sebagai staff di salah satu perusahaan swasta. Partisipan sudah dinyatakan positif HIV sejak satu tahun enam bulan yang lalu dan juga sudah menjalani pengobatan satu tahun enam bulan. Partisipan berinteraksi dengan perawat sebanyak 1 kali/bulan dengan waktu 15 menit/interaksi. Beberapa bentuk kegiatan yang sudah pernah diberikan perawat kepada partisipan selama proses pengobatan adalah konseling,

pemberian terapi obat ARV, dan pendidikan kesehatan terkait nutrisi, orientasi seksual dan infeksi HIV. Wawancara dilakukan di RS Carolus Jakarta Pusat pada tanggal 2 Juni 2018 pukul 14.15 dengan lama wawancara 38 menit.

4.2 Hasil Penelitian

Dari hasil analisa, penelitian ini mendapatkan 6 tema yang berkaitan dengan tujuan penelitian tentang persepsi *gay* dengan HIV/AIDS terhadap asuhan keperawatan. Adapun tema-tema yang didapatkan pada penelitian ini: 1) Respon psikologis dan mekanisme koping *gay* dalam penerimaan penyakit HIV/AIDS, 2) Sosok perawat yang diinginkan *gay* dengan HIV/AIDS, 3) Pengkajian keperawatan yang efektif bagi *gay* dengan HIV/AIDS, 4) Ketidakpopuleran diagnosa keperawatan, 5) Keterbatasan perawat untuk melibatkan klien *gay* dengan HIV/AIDS dalam perencanaan keperawatan, 6) Pelayanan keperawatan profesional yang diharapkan oleh *gay* dengan HIV/AIDS. Masing-masing tema dijabarkan sebagai berikut :

4.2.1 Tema 1 : Respon psikologis dan mekanisme koping *gay* dalam penerimaan penyakit HIV/AIDS.

Tema ini ditetapkan berdasarkan ungkapan yang disampaikan oleh partisipan dalam penelitian yang menyatakan bahwa adanya respon psikologis yang dialami *gay* saat terdiagnosis HIV/AIDS. Konflik intrapersonal adalah konflik pertama yang dialami oleh *gay* saat dinyatakan positif HIV/AIDS. Dalam penelitian ini ditemukan hal yang cukup menarik dari hasil wawancara, dimana hampir seluruh partisipan dalam penelitian ini mengungkapkan adanya konflik intrapersonal yang dialami namun lebih berfokus pada penyakit HIV/AIDS. Beberapa konflik intrapersonal yang dialami *gay* dengan HIV/AIDS adalah mulai dari perasaan bingung, takut, merasa tergoncang, tidak perlu diketahui oleh orang tua, merasa tertekan batin hingga merasa capek karena harus menutupi terus. Hal ini diungkapkan oleh beberapa partisipan seperti berikut:

...bingung aja (mimik wajah sedih), harus gimana, mau cerita ke siapa, temen juga, emang temen kalo misalnya tau saya begini, persepsi orang kan bisa beda kan... (P6, 2)

...Sebenarnya saya mau bilang sama pacar saya .. sebenarnya saya juga capek buat apa nutupin terus saya juga cape... (P6, 4)

...jadi pas saat itu perasaan tergoncang tapi saya ga nangis...(P5, 59)

...aku awalnya mau bilang sama orang tua, tapi di fikir lagi buat apa orang tua tau.. toh buat nambah fikiran orang tua aja... (P5, 2)

...kalo terbuka kita lebih gimana yah.. tekanan di batin itu lebih plong gitu yah, kalo mikirnya sendiri pusing juga...(P12,26)

...selama ini saya sakit gini, keluarga ga ada yang tau, kalo saya HIV yah, saya takut mereka stress, shock gitu loh, makanya saya engga berani... (P12, 20)

Selain konflik intrapersonal, berduka juga menjadi hal yang tidak dapat dihindari oleh *gay* ketika terdiagnosis penyakit HIV/AIDS. Penyakit HIV/AIDS merupakan penyakit yang masih dianggap sangat menakutkan dan mematikan. Perasaan berduka yang dialami oleh *gay* diekspresikan secara berbeda-beda tergantung dari fase yang dialami. Shock, menghakimi Tuhan, berharap Tuhan memberikan umur untuk memperbaiki kesalahan, frustrasi, hingga menerima merupakan beberapa kondisi yang dialami *gay* saat mengalami tahap berduka, yang disampaikan seperti berikut:

...hasilnya ternyata reaktif, aku disitu aku shock banget ... (P2, 8)

...jujur shock, sedih, terpukul.. ee ngerasa sendiri ka , waktu itu memang aku dijakarta sendiri ka, jadi rasanya berat... (P14, 2)

...saya sempet terpukul dan sempet menjudge ya, menghakimi Tuhan kenapa saya seperti ini...(P8, 1)

*...saya berharap tuhan masih bisa memberikan saya umur yang panjang untuk bisa memperbaiki kesalahan yang pernah saya lakukan (**mata berkaca-kaca, suara bergetar**)... (P11, 17)*

...aku ...udah frustrasi banget .. hidup gw sampai kapan sih... (P2, 72)

...tapi ya udah lah gw lagi sakit.. (P10, 83)

Hal yang menarik yang didapatkan dalam penelitian ini adalah terdapat satu partisipan yang justru mengalami rasa bersalah dengan kondisinya, sehingga ada rasa penyesalan

terhadap kebodohan yang dianggap sudah dilakukan dimasa lalu dengan berperilaku sebagai *gay*. Hal ini diungkapkan partisipan seperti berikut:

...itu suatu dalam tanda kutip penyesalan dan kebodohan saya saya terkena penyakit ini...(P11, 10)

... kalo saya bisa memilih saya tidak akan melakukan apa yang saya lakukan...(P11,18)

Fase berduka yang tidak teratasi sering mengakibatkan munculnya suatu kondisi yang mengancam penurunan kesehatan fisik maupun kesehatan jiwa *gay* dengan HIV/AIDS. Salah satu kondisi yang muncul pada *gay* dengan HIV jika fase berduka belum teratasi dengan baik adalah ketidakberdayaan. Ketidakberdayaan adalah suatu kondisi merasa tidak berdaya dan merasa bahwa segala sesuatu yang dilakukan tidak akan berhasil. Beberapa rasa ketidakberdayaan yang diungkapkan 3 dari 14 partisipan adalah kondisi kebingungan dan ketidaktahuan. Hal ini diungkapkan seperti berikut:

*...waktu itu juga pacar saya meninggal kan, trus abis itu saya engga tau kayak...ee... bingung aja (**mimik wajah sedih**), harus gimana, mau cerita ke siapa, temen juga, emang temen kalo misalnya tau saya begini, persepsi orang kan bisa beda kan... (P6, 2)*

...saya terkena penyakit ini, saya juga ga tau bagaimana cara penangannya... (P11, 10)

*...kami juga tidak tau (**suara bergetar, mata berkaca-kaca**)..harus bagaimana..kami juga tidak ingin mendapatkan seperti ini, kami tidak tau (**menangis**)... karena kan setiap orangkan beda... (P 11, 13)*

Konflik intrapersonal, kondisi berduka, hingga ketidakberdayaan adalah kondisi yang tentunya memunculkan mekanisme koping yang berbeda-beda pada *gay* dengan HIV/AIDS dalam menerima kondisinya. Pada penelitian ini seluruh partisipan mengungkapkan bahwa *planful problem solving* merupakan mekanisme koping pilihan yang paling tepat bagi mereka dalam menerima penyakit HIV/AIDS yang sedang dialami, seperti tidak mau terlihat seperti orang sakit, berusaha bangkit kembali, akan

terbuka, dan selalu berusaha harus *happy*. Hal ini diungkapkn melalui hasil wawancara seperti berikut:

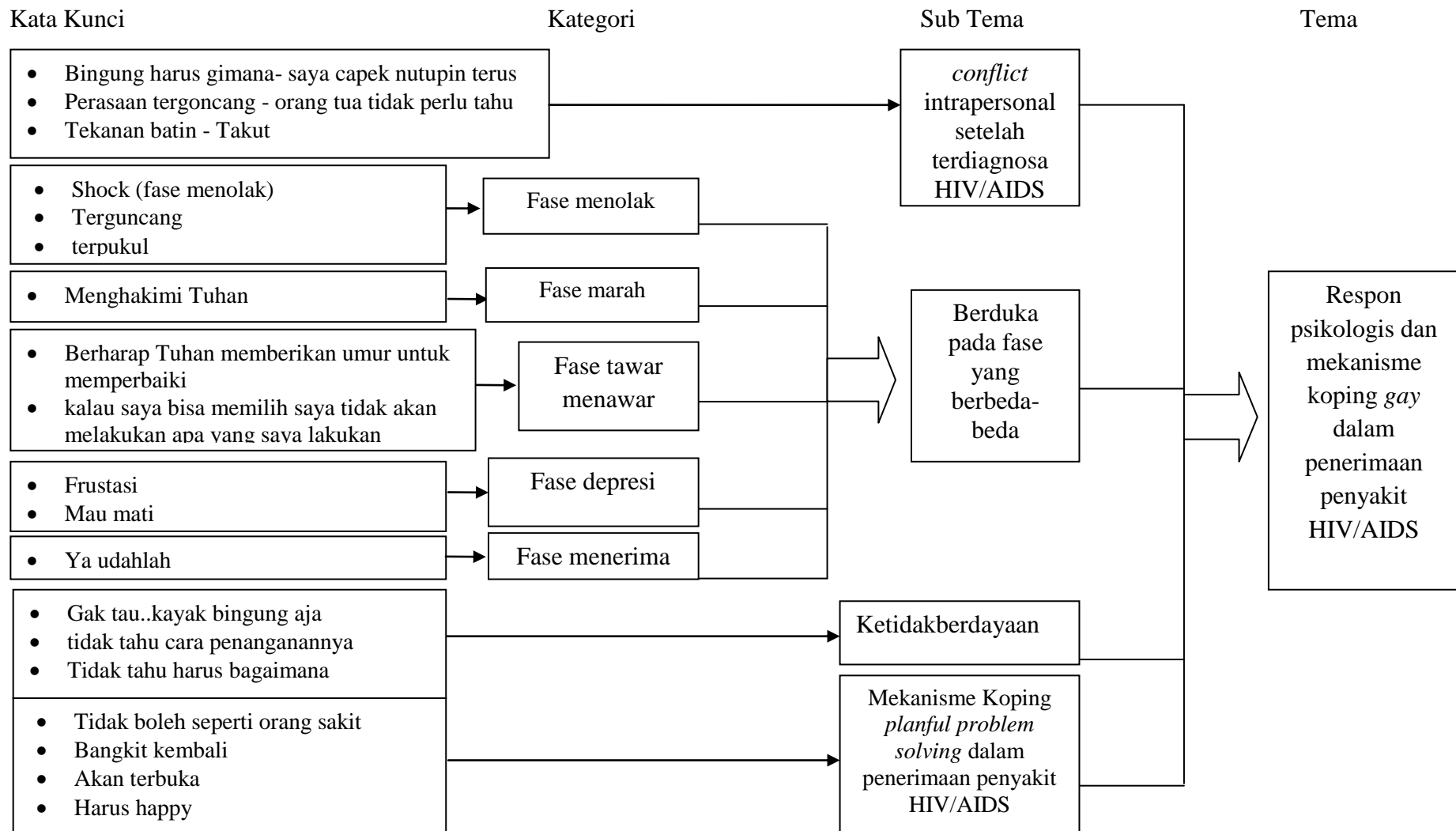
...saya tidak boleh seperti orang sakit.. saya engga mau dikasihani... (P7, 23)

...saya bangkit kembali untuk menjalani hidup kedepannya lebih baik gitu ... (P8, 76)

...kita emang ga boleh galau ..gak boleh sedih , karena CD4 kita harus naik gitu kan..kita harus happy gitu.... (P2, 98)

...saya akan sangat terbuka.. karena saya sudah seperti ini kenapa saya harus tutup-tutupin saya ingin sembuh tanyalah sampai apapun yang kamu ingin tanyakan gitu...(P11, 35)

...orang mau bilang apa tentang aku yah.. aku terbuka.. percuma juga saya tutup-tutupin , toh juga gak ada untungnya kan , terbuka juga buat saya engga terlalu beban buat saya bahwa saya seorang gay gitu ... (P14, 22)



Bagan 4.1. Analisis Tema 1. Respon psikologis dan mekanisme koping *gay* dengan HIV/AIDS dalam penerimaan penyakit

4.2.2 Tema 2 : Sosok perawat yang diinginkan *gay* dengan HIV/AIDS

Tema yang diangkat oleh peneliti ini menggambarkan sosok seorang perawat yang diinginkan oleh *gay* dengan HIV/AIDS. Beberapa sosok perawat yang diinginkan *gay* dengan HIV/AIDS adalah sikap yang menerima, memiliki pengetahuan yang luas tentang LGBT dan penyakit HIV/AIDS, dan komunikasi yang hangat dan tidak berjarak. Beberapa sikap menerima yang diinginkan oleh *gay* dengan HIV/AIDS adalah sikap tidak diskriminatif, welcome, care, tidak judge mental, merangkul, dan tidak langsung mencuci tangan setelah berjabat tangan. Beberapa sikap yang diidamkan perawat ini diungkapkan oleh partisipan seperti berikut:

...makanya kalau berbicara tentang diskriminasi, saya alhamdulillah nyaris ga pernah merasakan itu... (P3, 8)

Mereka biasa aja sih .. eh .. mungkin buat mereka ya...itu pilihan kita yah ,, jalan hidup kita jadi mereka ya....mereka ga melihat gimana-gimana... (P6, 15)

... sangat very welcome , e..e.. ketika saya diisolasi sekalipun pada waktu itu awal-awal treatment pengobatan, e..ee... suster-susternya ya very welcome mereka menanyakan kondisi saya bagaimana keadaannya hari ini... (P1, 13)

tidak boleh judge mental, tidak boleh mengkotak/kotak kan atau actiory dalam keadaan apapun walaupun dia pasien yang kurang mampun, ataupun mungkin pasien yang secara fisik bener-bener memprihatinkan kayak gitu... (P3,83)

...mereka itu lebih ngerangkul kita itu kayak kita ini keluarga disini gitu...(P5, 14)

...diskriminasinya seperti apa.. dengan tidak mau berjabat tangan tidak ada senyum , tidak ada sapa, setelah itu bercuci tangan setelah bersalaman, saya rasa diskriminasinya besar, dan ada lagi saya ke rumah sakit...(P5,81)

Selain sikap dari perawat, memiliki pengetahuan yang luas terkait LGBT dan penyakit HIV/AIDS merupakan salah satu sosok perawat yang diinginkan *gay* dengan HIV/AIDS. Pengetahuan perawat yang luas tentunya dapat sangat membantu mereka dalam proses pengobatan yang sedang dijalani. Menurut partisipan bahwa rata-rata perawat yang mereka temui sudah memiliki pengetahuan yang baik terkait LGBT dan penyakit HIV/AIDS. Pengetahuan perawat ini diyakini partisipan menjadi hal yang

membuat tidak adanya perlakuan membeda-bedakan atau diskriminatif yang didapatkan ketika perawat memberikan asuhan keperawatan. Pengetahuan perawat yang sudah dianggap baik ini, diungkapkan partisipan seperti berikut:

...mereka sudah sangat terpapar sekali informasi terkait e.e...LGBT... dalam artian mau orientasi apapun kita tidak ada perbedaan tidak ada perlakuan diskriminatif kepada orientasi-orientasi tertentu dan mereka very welcome (P1,4)

...Perawat-perawat yang selama ini saya bertemu mereka sudah teredukasi bahkan sampai dirawat inap sekalipun...(P1,11)

...saya yakin mereka udah pada tau kok bahwa pengidap seperti ini dengan berbagai macam faktor, apakah itu narkoba atau karena orientasi seksual, mereka mestinya sudah faham ... (P11,57)

Selain pengetahuan yang sudah dimiliki oleh perawat, partisipan *juga* juga memiliki sebuah harapan yang besar terhadap peningkatan dari pengetahuan perawat tentang penyakit HIV/AIDS dan bagaimana cara menangani baik secara fisik maupun kejiwaan. Hal ini diungkapkan oleh 3 partisipan dalam hasil wawancara sebagai berikut:

...mereka itu mau walaupun nanti gak terkecimpung dengan orang yang beginikan, istilahnya mereka tuh tau, istilahnya penanganannya kayak gini loh.. gitu jadi kalo misalnya dia bertemu dengan pasien yang kayak gini, mereka itu tau dari cara penularannya gimana, pencegahannya gimana... (P1,64)

...jadi kalo mereka ada sedikit pengetahuannya tentang orientasi seksual seperti ini, saya yakin kepengasuhan perawat yah kepada orang-orang yang mengidap penyakit HIV itu mungkin bisa tidak diintimidasi gitu yah... (P8, 21)

...sedikit banyak dia harus punya pengetahuan bagaimana menangani orang-orang HIV, terus bagaimana bisa menyikapi orang-orang seperti itu... (P8, 80)

...harapkan juga mereka mempunyai pemahaman tentang masalah kejiwaan, mungkin kurikulum mereka lebih ditingkatkan cara psikologi bagaimana cara menangani pasien, kemudian bagaimana memotivasi pasien... (P11,77)

Hal yang bertolak belakang diungkapkan oleh dua partisipan penelitian yang lain, yang menyatakan bahwa masih adanya beberapa perawat yang sepertinya belum memahami secara baik tentang penyakit HIV, cara penularan, dan cara penangganya. Peningkatan kemampuan dari perawat dalam memberikan pelayanan bagi pasien HIV/AIDS merupakan saran yang diungkapkan oleh dua partisipan seperti berikut :

...Kalaupun kurikulumnya harus di rubah .. dirubah, kalupun SKSnya mau di tambah tentang ODHA di tambah... (P5,70)

...sangat berharap mereka bisa mengupgrade lah, mengupgrade dalam segala hal, pelayanannya, attitudenya, kemampuan profesionalnya... (P11, 81)

Komunikasi merupakan kunci penting dari keberhasilan suatu hubungan baik yang bersifat formal maupun tidak formal dan komunikasi verbal maupun non verbal. Komunikasi yang hangat dan tidak berjarak merupakan komunikasi yang sangat diharapkan oleh *gay* dengan HIV/AIDS dari seorang perawat. Beberapa komunikasi hangat yang diungkapkan oleh partisipan dalam penelitian ini yang dapat mengurangi beban adalah komunikasi yang asik, bercanda, ramah, kooperatif, komunikatif, dan proaktif. Hal ini diungkapkan beberapa partisipan seperti berikut:

...pokoknya yang asik aja...(P2,140)

*...sambil bercanda gitu kan(**tersenyum**) ..dia juga mau bercanda gitu.. jadi untuk meringankan beban kita gitu...(P10,75)*

...ramah sama kita gitukan...(P9,32)

...Ya dia harus Korperatif, harus komunikatif sama proaktif...(P9,86)

Selain komunikasi yang hangat, komunikasi yang tidak berjarak juga merupakan salah satu komunikasi yang diinginkan oleh *gay* dengan HIV/AIDS didapatkan dari sosok perawat saat sedang memberikan asuhan keperawatan. Komunikasi yang tidak berjarak yang ditemukan pada penelitian ini lebih banyak mengarah ke komunikasi non verbal seperti sentuhan, peluk, cipika-cipiki, senyuman, tidak jaga jarak, tidak kaku dan jaim, menggunakan bahasa yang sering digunakan oleh *gay*, bersahabat dan tidak menggunakan sarung tangan yang *double* saat melakukan tindakan pada pasien . Hal ini

diungkapkan 6 dari 14 partisipan sebagai sebuah bentuk penerimaan perawat kepada mereka. seperti berikut:

...sentuhan-sentuhan, selamat pagi, tanpa mereka risih untuk bersentuhan dengan si pasien itu menjadi tanda kasih... (P1, 16)

...mereka pegang kulit kita tanpa merekapun gak dilindungi apapun... (P7,4)

.. kita ketemu bisa saling peluk .. kamu sehat??...(P7,17)

...peluk , cium ..seperti itu..mungkin kalo orang-orang seperti kita itu karena, itu tidak kita tidak pernah dapatkan dirumah...(P7,18)

*...say hallo , cipika, cipiki udah biasa gitu.. karna mungkin (**tersenyum**) udah tau kita gitu kan... (P2,38)*

...mereka itu lebih banyak senyum...(P8,82)

...tidak menjaga jarak yah...(P9,30)

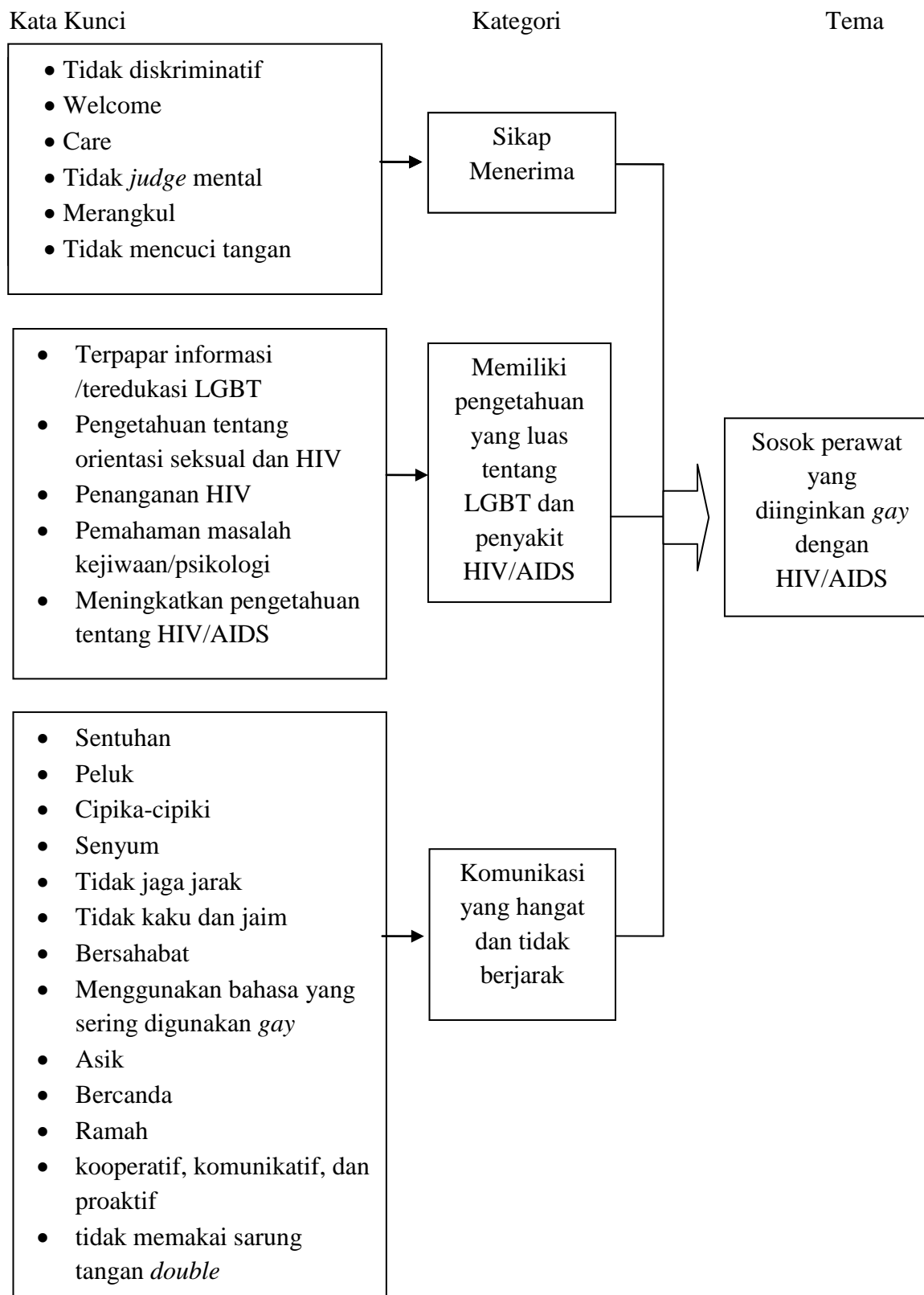
...gak terkesan kaku...(P9,31)

...buat saya mereka engga jaim, mereka tulus sama kita...(P7,50)

...jadi mereka berbaur aja gitu, jadi kita nimbrung bareng, jadi asik , jadi kita engga ngerasa ada perbedaan disitu gitu...(P2,115)

...tata bahasa yang menurut saya udah lucu gitu.. udah ngerti bahasa-bahasa kita...(P7,43)

...ga perlu pake double handscoon kali...(P3, 46)



Bagan 4.2. Analisis Tema 2. Sosok perawat yang menjadi idaman bagi *gay* dengan HIV/AIDS

4.2.3 Tema 3 : Pengkajian keperawatan yang efektif bagi *gay* dengan HIV/AIDS.

Tema yang diangkat oleh peneliti ini berdasarkan ungkapan dari seluruh partisipan tentang pengkajian keperawatan yang efektif dilakukan pada pasien *gay* dengan HIV/AIDS. Beberapa pengkajian keperawatan yang dianggap efektif bagi *gay* dengan HIV/AIDS adalah fokus teknik pengkajian di awal pertemuan dan lingkup pengkajian yang komprehensif. Pelaksanaan teknik pengkajian dengan candaan dan tidak masuk terlalu dalam merupakan teknik yang dianggap partisipan mampu membuat perawat mendapatkan data yang lebih lengkap dan akurat. Pengkajian keperawatan dengan candaan dan tidak masuk terlalu dalam merupakan teknik pengkajian yang diungkapkan memberikan kenyamanan bagi *gay* dengan HIV/AIDS. Hal ini diungkapkan seperti berikut:

... perawat-perawatnya juga kayak cuma becanda-becanda .. jadi ya kalo dirumah sakit X udah nyaman banget...(P4,5)

...bikin kita nyamanlah yah mereka tau sih...(P,7.51)

...jadi dia engga ada Tanya orientasi saya apa saat itu.. mungkin .. andai saja, amit-amit ya, saya misalnya ada keluhan tertentu di bagian tertentu, mungkin dia akan tanyain gitu loh .. saya sih berfikirnya gitu...(P7,34)

Selain teknik pengkajian dengan candaan, teknik pengkajian dengan tidak masuk terlalu dalam diungkapkan hampir seluruh partisipan sebagai teknik yang sebaiknya dilakukan perawat dalam merawat *gay* dengan HIV/AIDS karena membuat mereka tidak seperti dicecar dengan banyak pertanyaan yang bisa membuat ketidaknyamanan. Beberapa teknik tidak masuk terlalu dalam dalam mengkaji *gay* dengan HIV adalah tidak mencecar dan hanya cukup mengarahkan ketika melakukan pengkajian diungkapkan partisipan seperti berikut:

...teknik konseling yang mereka lakukan, istilahnya dia tidak mencecar...(P1,22)

...tidak memasuki ranah yang lebih dalam lagi kalo misalkan bukan dari kliennya yang berbicara, jadi harus si kliennya sendiri sih jadi yang si perawat hanya mengarahkan saja...(P1,26)

...tidak terlalu kepo gitukan, ketika dia tidak mau berbicara ya sudah gitu, maksudnya cukuplah si perawat-perawat ini menanyakan hal-hal yang memang berkaitan dengan medis...(P1,29)

...Kadang-kadang kan orang kan pengen tau tuh sampai dalam banget, kita sih pengennya tau cuman sedikit aja, jangan dalam banget...(P12, 85)

Teknik yang cukup bertolak belakang dengan teknik yang sebelumnya namun dianggap partisipan sebagai teknik yang cukup efektif dan diharapkan dilakukan perawat saat melakukan pengkajian pada *gay* dengan HIV/AIDS adalah melakukan komunikasi dengan intens serta cermat dan teliti dalam menilai kondisi pasien. Hal ini diungkapkan oleh dua partisipan seperti berikut:

...dia harus cermat dan bisa teliti ketika melihat kondisi pasiennya...(P1,43)

...pastinya juga seorang perawatpun bisa menilai, bisa melihat, apakah pasien ini kira-kira dia enak ga yah diajak untuk berbicara...(P1,37)

...cuman kalo memang dia ngerawat aku terus-terusan , jadikan kadang-kadang kalo rumah sakit itu kan perawat itu kan beda-beda yah, ternyata aku datang udah beda nih perawatnya nih, dokternya sama, perawatnya beda, gitu, kalo misalnya dia terus-terusan kayak gitu , ya aku sih sebenarnya nyantai-nyata aja sih bilang kalo aku tuh kayak gini...(P4,28)

Lingkup pengkajian yang komprehensif merupakan salah satu bagian yang sangat penting diketahui oleh perawat dalam melakukan pengkajian yang efektif pada *gay* dengan HIV/AIDS. Menurut beberapa partisipan pada penelitian ini lingkup pengkajian komprehensif yang harus diketahui dan dikaji perawat saat melakukan pengkajian pada *gay* dengan HIV/AIDS adalah keluhan yang dirasakan, kondisi dari fisik, kondisi psikologis, kepatuhan minum obat, orientasi seksual, dan jenis orientasi seksual *gay*. Beberapa lingkup pengkajian yang perlu dikaji perawat ini diungkapkan seperti berikut:

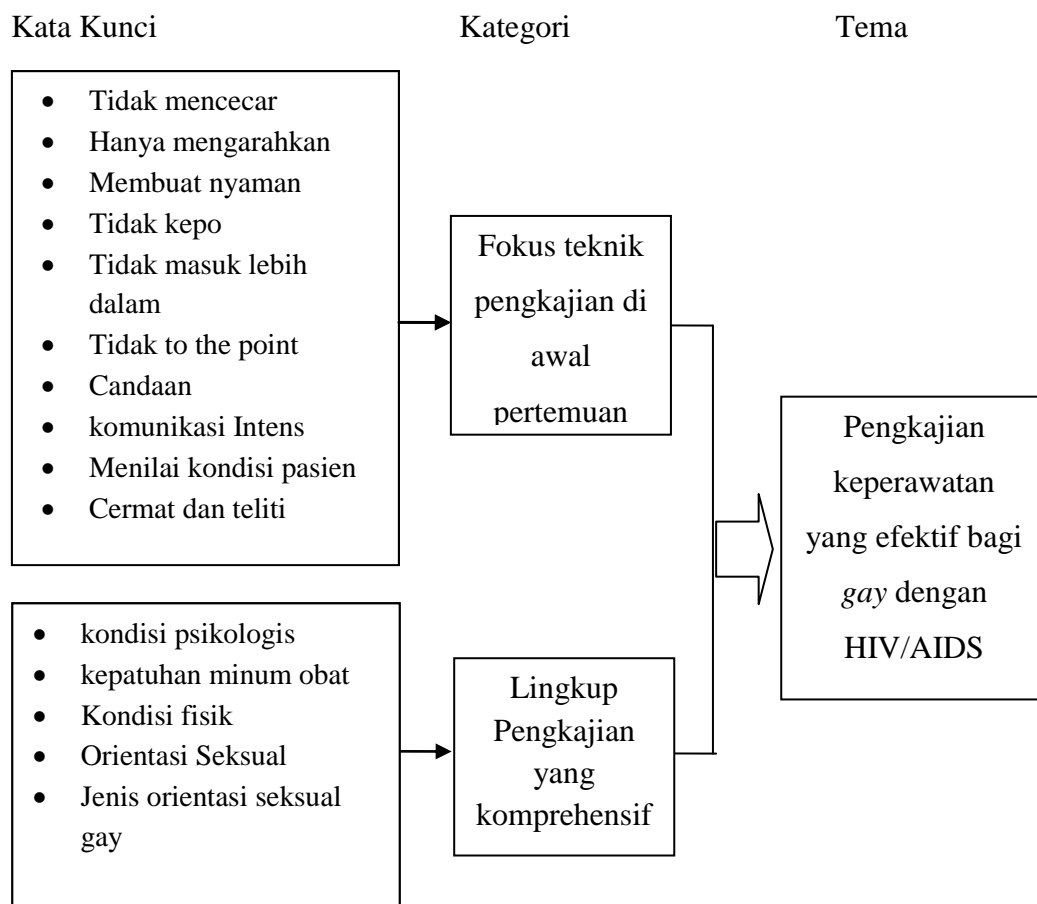
...menanyakan keadaan dan kondisi pasien, gitukan, biasanya timbang berat badan, menanyakan kondisi, sisa obat, terus ada keluhan atau tidak...(P1,45)

...dia sudah menanyakan..dalam artian kondisi badan apakah ada keluhan saat ini gitukan tidak hanya masalah kesehatan, dari sisi psikologispun mereka sempat, ya menanyakan bagaimana dan seperti apa aktifitas kegiatan...(P1, 2)

...ditanya tentang kepatuhan minum obatnya gimana..sisanya obat tinggal berapa gitu...(P9,27)

...mengkaji tentang status seksual seseorang sebenarnya, sebenarnya yah, kalo itu berkaitan dengan penyakit itu diperbolehkan...(P9,44)

...kan biasa kalau istilah di gay itu ada istilah top sama bottom gitukan, kamu top apa bot kata dia gitu kan?... (P2,31)



Bagan 4.3. Analisis Tema 3. Pengkajian keperawatan yang efektif bagi gay dengan HIV/AIDS

4.2.4 Tema 4 : Ketidakpopuleran diagnosis keperawatan.

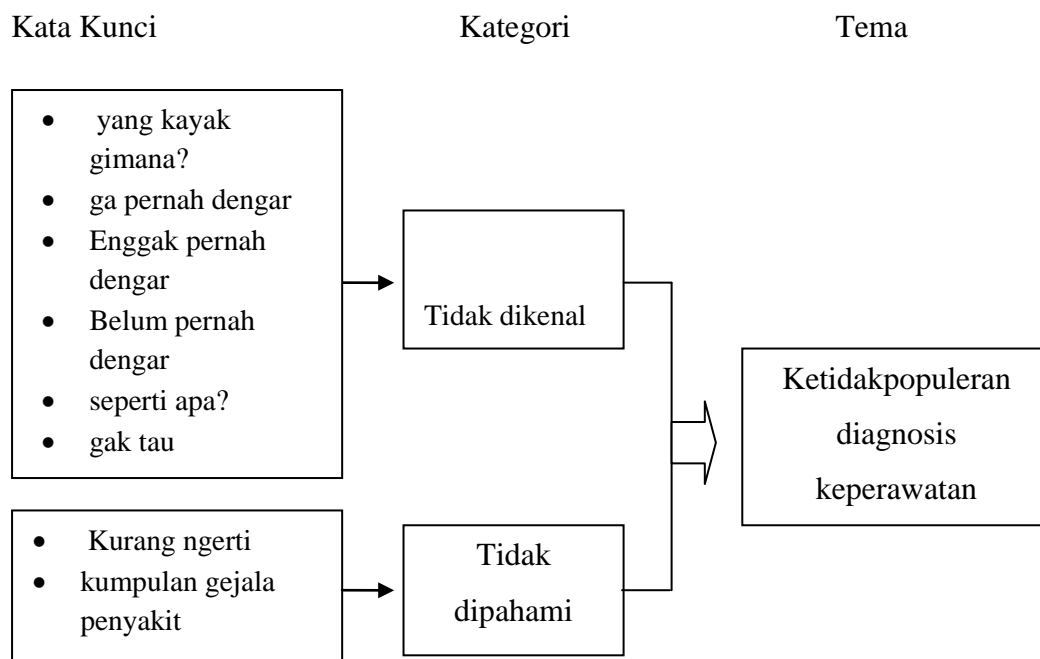
Tema yang diangkat ini adalah sebuah kesimpulan yang diambil oleh peneliti yang merupakan hasil analisa dari semua ungkapan partisipan. Seluruh partisipan dalam penelitian ini mengungkapkan bahwa tidak pernah mendengar dan tidak paham terhadap diagnosis keperawatan. Hal ini menunjukkan bahwa diagnosis keperawatan yang saat ini sudah ada masih dianggap tidak populer di masyarakat pada umumnya. Ketidakpopuleran diagnosis keperawatan diungkapkan oleh seluruh partisipan dan diwakili oleh hasil wawancara dari beberapa partisipan berikut:

...Diagnosa keperawatan itu yang kayak gimana?...(P1,41)

...Aku sih ga pernah denger...(P3,50)

...diagnosa keperawatan adalah satu kumpulan gejala penyakitnya, satu rangkuman kumpulan didalamnya, dan juga disitu tercatat juga catatan obat-obatan apa saja yang pernah dikasih, diberikan...(P9,52)

...I don't know, maksudnya? Belum pernah, kalo diagnose dokter tahu.. Hehe... (P11, 49)



Bagan 4.4. Analisis Tema 4. Ketidakpopuleran diagnosis keperawatan

4.2.5 Tema 5: Keterbatasan perawat untuk melibatkan pasien *gay* dengan HIV/AIDS dalam perencanaan keperawatan. Tema yang diangkat oleh peneliti ini adalah suatu pernyataan yang menunjukkan bahwa belum maksimalnya peran perawat dalam melibatkan pasien membuat suatu perencanaan keperawatan. Hal ini diungkapkan oleh 2 dari 14 partisipan seperti berikut:

...kalo untuk dari suster merencanakan belum ada...(P13,39)

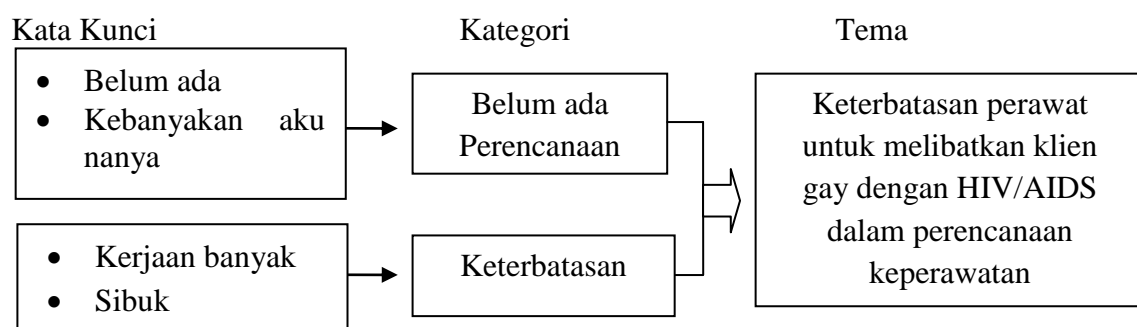
...Belum ada sih, kebanyakan aku nanya juga, kebanyakan aku nanya sih...(P14,48)

Kurang maksimalnya peran perawat melibatkan pasien dalam perencanaan keperawatan selama ini dipengaruhi oleh beberapa keterbatasann yang dimiliki terkait tugas yang terlalu banyak. Hal ini diungkapkan oleh beberapa partisipan dalam hasil wawancara sebagai berikut:

...saya kasian juga kerjanya lebih banyak daripada dokter kan...(P10,114)

...kadang-kadang perawatnya mondar-mandir, satu ruangan ke satu ruangan, di RSKO gitu kadang-kadang, dia musti pindah-pindah, gitu yah...(P12,59)

...karena disini kan perawat juga kan sibuk dengan jobdesk masing-masing ya , kalo saya itu paling datang, ngobrol bentar kayak tadi dia nyapa saya , kamu pake obat cocok yah, katanya ketawa-ketawa becanda-becanda gitu, abis itu yah dia sibuk lagi dengan kerjanya saya nunggu abis itu ya udah saya pamitan...(P13,59)



Bagan 4.5. Analisis Tema 5. Keterbatasan perawat untuk melibatkan klien *gay* dengan HIV/AIDS dalam perencanaan keperawatan

4.2.6 Tema 6. Pelayanan keperawatan profesional yang diharapkan oleh *gay* dengan HIV/AIDS. Tema yang diangkat oleh peneliti ini adalah sebuah harapan yang dimiliki *gay* dengan HIV/AIDS terkait pelayanan keperawatan profesional dari perawat. Beberapa harapan *gay* dengan HIV/AIDS terhadap pelayanan keperawatan profesional keperawatan adalah adanya layanan asuhan keperawatan yang sama dan konsisten dan terlaksananya upaya peningkatan kemampuan dan keterampilan dari perawat.

Layanan keperawatan adalah suatu pelayanan yang didapatkan pasien dari perawat dalam proses perawatan. Layanan keperawatan tentunya menjadi sorotan bagi pasien dalam menilai kesuksesan dari layanan asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat. Dari hasil wawancara yang dilakukan peneliti kepada seluruh partisipan, ditemukan informasi bahwa masih terdapat perbedaan tindakan keperawatan yang diterima dan dirasakan *gay* dengan HIV/AIDS dari perawat perempuan maupun perawat laki-laki, dari perawat senior maupun perawat junior, dan dari perawat RS pemerintah maupun RS Swasta. Hal ini diungkapkan oleh beberapa partisipan dalam hasil wawancara berikut:

...kalo perawatnya udah tua, mereka baik, becanda gitukan ..beda sama perawat sama yang baru kan suka ada judes-judesnya , kalo udah tua mereka baik ... (P10,33)

...tapi kadang-kadang perawat cewek sama cowok yah, lebih ramah.. kadang cowok juga ramah.. mereka cowok juga lebih welcome gitu kan , udah lama gak kesini. masa mau sakit mulu saya bilang gitu .. sambil ketawa... (P10,77)

...jadi sangat berbeda kalo buat saya antara yang saya alami dirumah sakit pemerintah dengan rumah sakit swasta , rumah sakit swasta mereka itu lebih friendly mereka lebih professional, mereka bener-bener care... (P11,21)

...Perawat jaman dulu dengan jaman sekarang berbeda... (P11,74)

Perbedaan pelayanan yang dirasakan dan didapatkan oleh *gay* dengan HIV/AIDS menimbulkan sebuah harapan yang diungkapkan oleh sebagian dari partisipan terkait perlunya pembuatan sebuah standar pelayanan perawat yang sama bagi *gay* dengan HIV/AIDS, sehingga perawat dapat menjadi konsisten dalam memberikan asuhan

keperawatan dan seluruh pasien *gay* dengan HIV/AIDS bisa mendapatkan asuhan keperawatan yang sama dimanapun mereka berada. Hal ini diungkapkan oleh 3 dari 14 partisipan seperti berikut:

...harusnya ada standar pelayanan yang sama...(P3,85)

Harapan terbesar mereka punya standard layanan yang tidak berubah bagusnya (P7,72)

berharap suster-suster yang yang ada yah konsisten dengan pelayanan yang sudah ada dan baik (P7,73)

...kalo bisa konsisten.. jadi bukan saat kita dirawat dia ramah sama kita, mengasuh kita merawat kita saat dirawat doang.. jadi saat kita umpamanya cuma cek up sebulan sekali mereka tetep konsisten untuk menyemangati hidup kita gitu loh...(P8,91)

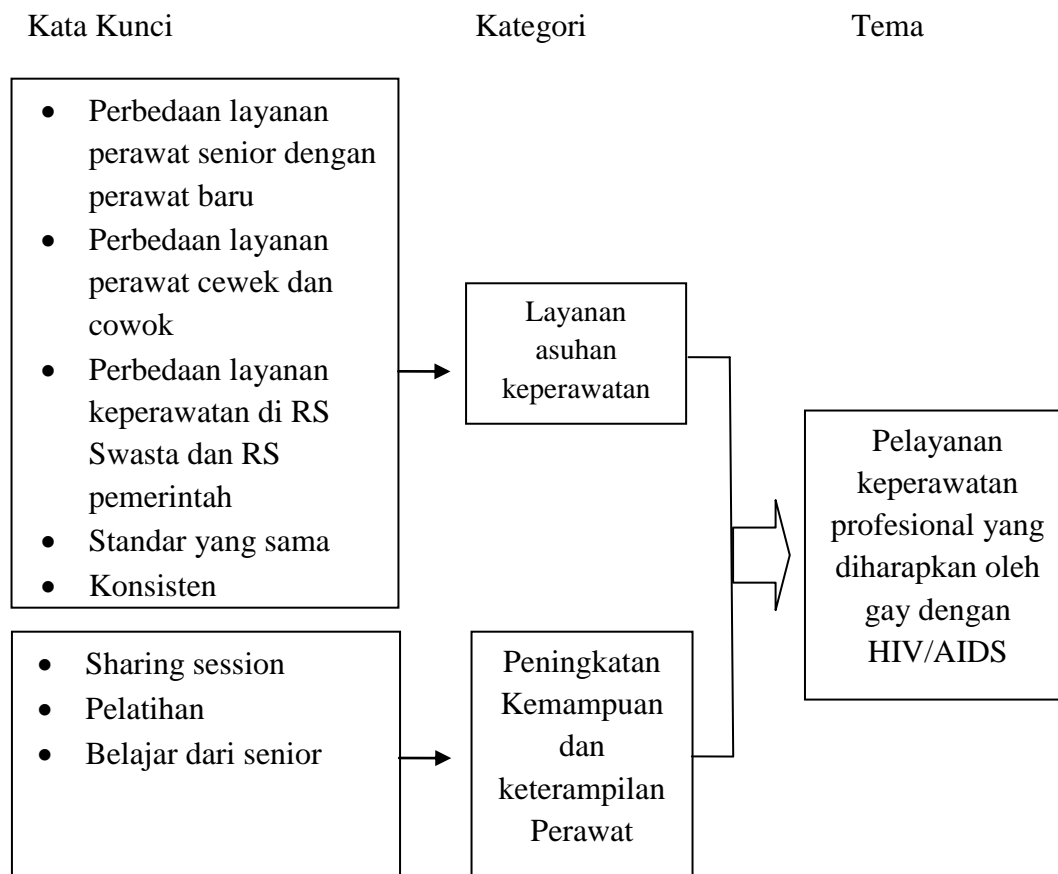
Untuk meningkatkan layanan keperawatan dibutuhkan beberapa cara sehingga asuhan yang diberikan semakin lebih baik. Beberapa cara yang dapat dilakukan oleh perawat untuk meningkatkan layanan asuhan keperawatan pada *gay* dengan HIV/AIDS menurut beberapa partisipan adalah dengan melakukan *sharing session* dengan senior dan sesama rekan kerja dan mengikuti pelatihan-pelatihan yang dapat meningkatkan kemampuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Hal ini diungkapkan oleh partisipan P1, P3, P9, dan P10 melalui hasil wawancara berikut:

...kemampuan setiap perawat itukan memang berbeda-beda, melakukan mungkin sharing, atau sharing session ketika pagi hari ataupun sore hari setelah aktifitas apa yang bisa dibagi, itu mungkin bisa menjadi masukan buat temen-temen perawat yang lain...(P1,55)

...pelatihan tentang eh mental dari si suster itu menghadapi suatu kondisi yang memang bener-bener jorok atau apa, aku ga ngerti...(P3,84)

...mengikuti pelatihan dan sesuai dengan prosedur yang dikeluarkan oleh Kemenkes...(P9,88)

...Banyak belajar dari yang senior yah ada junior pasti ada senior kan Harus belajar.. iyakan gimana cara nanganin pasien, kan sifat orang macem-macem...(P10,98)



Bagan 4.6. Analisis Tema 6. Standar Pelayanan keperawatan profesional yang diharapkan oleh gay dengan HIV/AIDS

BAB 5

PEMBAHASAN

Pada bab ini peneliti akan membahas secara mendalam tema dari hasil penelitian dengan cara membandingkan hasil penelitian secara teori dengan penelitian sebelumnya yang sudah pernah dilakukan atau penelitian yang terkait dengan tujuan dari penelitian yaitu mengeksplorasi lebih dalam persepsi *gay* dengan HIV/AIDS tentang asuhan keperawatan. Peneliti juga akan memaparkan keterbatasan penelitian dengan cara membandingkan antara proses penelitian yang sudah dilakukan dengan proses yang seharusnya dilakukan sesuai dengan rencana dan teori yang sudah ditetapkan, dan pada implikasi keperawatan peneliti akan menjabarkan implikasi bagi profesi keperawatan, pelayanan keperawatan, dan penelitian selanjutnya.

5.1 Interpretasi Hasil Penelitian

Peneliti sudah melakukan analisa data dengan menggunakan analisa tematik menurut Braun & Clark dan menemukan 6 tema yaitu: 1) Respon psikologis dan mekanisme koping *gay* dengan HIV/AIDS dalam penerimaan penyakit, 2) Sosok perawat yang diinginkan *gay* dengan HIV/AIDS, 3) Pengkajian keperawatan yang efektif bagi *gay* dengan HIV/AIDS, 4) Ketidakpopuleran diagnosis keperawatan, 5) Keterbatasan perawat untuk melibatkan klien *gay* dengan HIV/AIDS dalam perencanaan keperawatan, 6) Pelayanan keperawatan profesional yang diharapkan oleh *gay* dengan HIV/AIDS. Peneliti akan membahas setiap tema yang sudah ditemukan dengan uraian sebagai berikut:

5.1.1. Respon psikologis dan mekanisme koping *gay* dengan HIV/AIDS dalam penerimaan penyakit

Respon psikologis adalah respon yang dialami *gay* dengan HIV/AIDS dalam proses penerimaan penyakit. Beberapa respon psikologis yang ditemukan pada penelitian ini adalah konflik intrapersonal, kondisi berduka, dan ketidakberdayaan. Konflik intrapersonal adalah suatu konflik yang terjadi pada seseorang karena tidak sejalannya keinginan, kebutuhan, dan kenyataan yang menjadi sebuah benturan. Konflik intrapersonal biasanya terjadi karena tidak sejalannya minimal dua benturan yang terjadi antara nilai dan kebutuhan atau harapan dan kenyataan (Noviana & Suci, 2010).

Konflik intrapersonal yang terjadi pada partisipan dalam penelitian ini adalah sebuah benturan antara nilai dan kebutuhan yang dialami pada saat terdiganosis HIV/AIDS. Benturan-benturan dan nilai yang diyakini oleh partisipan dalam penelitian ini adalah nilai yang menyatakan bahwa penyakit HIV/AIDS adalah sebuah penyakit yang perlu dirahasiakan dari keluarga atau orang terdekat karena dianggap tidak akan menyelesaikan masalah, tetapi justru akan menambah beban keluarga. Beberapa konflik intrapersonal yang dialami oleh partisipan dalam penelitian ini adalah adanya perasaan bingung, perasaan capek harus menutupi penyakitnya, perasaan tergoncang, tertekan batin dan takut saat dinyatakan positif HIV/AIDS. Simbayi, Kalichman, Strebel, Cloete (2007) menyatakan bahwa laki-laki dan wanita yang hidup dengan penyakit HIV/AIDS biasanya akan takut terbuka tentang penyakitnya dengan orang lain karena takut mendapatkan stigma dan diskriminasi. Hal yang sama juga diungkapkan oleh Jeffries IV, Townsend, Gelaude, Torrone, Gasiorowicz, and Bertolli (2015) bahwa adanya suatu keengganan yang dialami LSL dalam mengungkapkan status HIV/AIDS nya dan lebih cenderung menghindari yang berhubungan dengan HIV/AIDS karena adanya stigma yang diperoleh dari lingkungan.

Pada penelitian ini, seluruh partisipan lebih berfokus pada konflik intrapersonal akibat penyakit HIV/AIDS yang dialaminya, sementara menurut Connolly & Lynch, (2016) bahwa laki-laki yang menjadi *gay* sudah mengalami konflik intrapersonal dan interpersonal terkait orientasi seksual yang dimilikinya. Sehingga hal ini menjadi sebuah informasi yang cukup menarik, dimana dari hasil penelitian tidak ditemukannya secara spesifik pernyataan partisipan yang menyatakan adanya konflik intrapersonal yang dialami sebagai dampak dari status *gay* yang dijalannya saat ini. Hal ini mungkin terjadi karena sudah adanya suatu kondisi penerimaan diri secara utuh pada *gay* yang mengalami HIV/AIDS terkait orientasi seksualnya, hal ini dibuktikan adanya salah satu partisipan yang mengungkapkan “*ya udah lah biarin aja gitu kan..terserah mereka mau peduli aku gay atau ga*” dan pernyataan lain yang mengungkapkan partisipan yang lain yang menyatakan sudah adanya penerimaan diri pada *gay* adalah adalah “*otomatis orang kantor akan nanya itu siapa? He’s my partner*”. Penerimaan diri pada *gay* menurut Burhan, Fourianalistyawati & Zuhroni (2014) adalah suatu kondisi sudah adanya sebuah pemaknaan kehidupan lebih baik dibandingkan kehidupan yang

sebelumnya dan biasanya dapat menentukan sikap dalam menghadapi kondisi yang sedang dialami.

Kondisi awal saat terdiagnosis HIV/AIDS adalah kondisi yang cukup mengguncang psikologi yang mengalaminya terutama saat dialami oleh *gay*, sehingga tentunya sangat membutuhkan dukungan dari orang disekitar baik keluarga maupun orang terdekat. Kebutuhan akan dukungan ini dinyatakan oleh Vitriawan, Sitorus, & Afyanti (2007) dalam penelitiannya tentang pengalaman pasien saat pertama kali terdiagnosis HIV/AIDS yaitu adanya sebuah kebutuhan berupa dukungan pasien dari orang disekitarnya saat pertama kali terdiagnosis HIV. Hal yang sama juga diungkapkan oleh Sukartini, Nursalam, Has, Asmoro, & Misutarno (2016) bahwa dukungan keluarga berperan dalam mengatasi respon psikologis pasien dengan HIV/AIDS.

Selain konflik intrapersonal, partisipan juga mengungkapkan adanya sebuah proses berduka dalam menerima penyakit yang dialaminya. Kondisi berduka yang dialami partisipan dalam penelitian ini berada pada fase yang berbeda-beda, namun secara keseluruhan menggambarkan lima fase proses berduka menurut Kübler-Ross model (1969). Pada penelitian ini, kondisi berduka yang dialami oleh partisipan adalah kondisi shock, menghakimi Tuhan, berharap kepada Tuhan untuk diberikan waktu agar dapat memperbaiki kesalahan yang sudah dilakukannya di masa lalu, perasaan frustrasi, serta adanya sebuah keiklasan dan penerimaan terhadap penyakit HIV/AIDS yang dialaminya. Berduka atau kehilangan merupakan suatu keadaan yang dialami oleh seseorang yang terjadi karena adanya perpisahan secara keseluruhan maupun sebagian dengan sesuatu yang sebelumnya ada menjadi tidak ada, dimana hal ini pasti pernah dialami oleh setiap orang selama menjalani kehidupan (Yosef, 2011).

Proses berduka menurut Kübler-Ross model (1969) dikelompokkan dalam lima fase, yaitu: menolak/mengingkari, marah, tawar-menawar, depresi dan menerima. Fase menolak/mengingkari adalah suatu reaksi seseorang yang mengalami kehilangan dan biasanya akan terlihat shock, tidak percaya, atau menolak. Pada penelitian ini menerima kenyataan ketika dinyatakan positif HIV adalah sesuatu yang cukup sulit dilakukan, hal ini dibuktikan dengan perasaan shock yang menjadi respon pertama saat pertama kali

partisipan diinformasikan terinfeksi penyakit HIV. Hal ini juga sesuai dengan penelitian Vitriawan, Sitorus, & Afiyanti (2007) yang menyatakan bahwa adanya sebuah penolakan yang dilakukan oleh pasien saat pertama kali terdiagnosis penyakit HIV.

Dalam penelitian ini, marah juga menjadi salah satu kondisi yang sedang dialami partisipan dalam penerimaan penyakit HIV/AIDS. Marah adalah suatu fase dalam proses berduka yang timbul karena adanya sebuah kesadaran akan kenyataan sudah terjadinya sebuah kehilangan (Yosef, 2011). Pada penelitian ini fase marah yang ditunjukkan adalah dengan menjudge dan menghakimi Tuhan karena kondisi yang sedang dialami. Hal ini merupakan salah satu koping yang dilakukan individu dalam menutupi kekecewaannya karena adanya rasa kehilangan terhadap kesehatan yang dimilikinya selama ini.

Tawar menawar merupakan fase yang terjadi setelah sudah melewati fase marah (Yosef, 2011). Pada penelitian ini fase tawar-menawar dilakukan kepada Tuhan agar diberikan waktu untuk dapat menebus kesalahan di masa lalu. Tawar-menawar adalah suatu kondisi mencoba mencari harapan dengan cara membandingkan setiap kondisi yang pernah dialami sehingga dapat menunda atau mencegah kehilangan. Setelah melalui fase tawar-menawar, fase depresi merupakan salah satu fase yang dialami oleh partisipan dalam penelitian ini. Fase depresi merupakan suatu kondisi yang ditunjukkan dengan sikap menarik diri, tidak mau berbicara, menyatakan keputusan, dan perasaan tidak berharga (Yosef, 2011). Pada fase depresi, *gay* dengan HIV/AIDS sudah memahami adanya suatu kepastian dari sebuah kematian, sehingga dapat mengakibatkan seseorang menjadi diam, menarik diri, menghabiskan banyak waktu untuk menangis dan berduka. Fase depresi yang dialami pada penelitian ini menunjukkan penyakit HIV/AIDS merupakan suatu permasalahan yang sangat menakutkan karena sering dibayangi dengan kematian. Eller, Voss, Chen, Chaiphibalsaridi, & Ipinge (2014) mengungkapkan bahwa depresi merupakan suatu kondisi yang paling sering dialami oleh seseorang yang hidup dengan HIV/AIDS dan biasanya disebabkan karena adanya keyakinan bahwa penyakit HIV/AIDS adalah akhir dari kehidupan.

Fase terakhir dari proses berduka yang terdapat dalam penelitian ini adalah sebuah fase penerimaan terhadap penyakit HIV/AIDS. Fase penerimaan adalah fase terakhir dari proses berduka yang juga dialami oleh partisipan dalam penelitian ini. Fase penerimaan adalah sebuah kondisi sudah menerima kenyataan akan kehilangan yang dialami. Fase ini terjadi ketika seseorang sudah mampu untuk tidak menyerah dengan kondisi dan mencari harapan baru terkait kelanjutannya kehidupan yang harus dijalani (Yosef, 2011; Vitriawan et al., 2007).

Kondisi berduka yang tidak teratasi dengan baik dapat mengakibatkan munculnya suatu kondisi yang mengancam penurunan dari kesehatan khususnya kondisi psikologis *gay* dengan HIV/AIDS. Kondisi yang dianggap terjadi karena belum teratasinya kondisi berduka pada 2 partisipan di penelitian ini mengakibatkan terjadinya kondisi ketidakberdayaan. Ketidakberdayaan adalah suatu persepsi individu bahwa tindakan yang dilakukan tidak akan mempengaruhi atau membuahkan hasil (Vacarolis, 2013). Hal yang sama juga diungkapkan oleh Townsend (2009) bahwa ketidakberdayaan adalah sebuah kondisi yang diekspresikan oleh individu dalam bentuk verbal dan non verbal yang menunjukkan kondisi depresi, kehilangan kontrol, dan apatis. Kondisi yang sama dialami partisipan pada penelitian ini, yaitu perasaan tidak dapat mengendalikan situasi yang terjadi yang berdampak pada perilaku seperti tidak mau melanjutkan pengobatan. Ketidakberdayaan yang dialami partisipan dalam penelitian ini merupakan sebuah respon dari stressor yang dihadapi yaitu terdiagnosis penyakit HIV, namun karena adanya perasaan tidak mampu dalam menghadapi stressor yang hadir akhirnya terjadi sebuah ketidakberdayaan. Kemampuan setiap individu dalam menghadapi stressor berbeda-beda dan juga bergantung dari besarnya stressor yang didapatkan. Pada penelitian ini partisipan yang mengalami ketidakberdayaan mendapatkan stressor yang lebih banyak dari partisipan lainnya yaitu adanya suatu kondisi ditinggal pacar karena meninggal dunia.

Konflik intrapersonal, berduka, dan ketidakberdayaan yang dialami oleh *gay* yang terdiagnosis HIV menjadi kondisi yang tentunya sangat membutuhkan sebuah mekanisme koping dalam mengatasinya. Mekanisme koping adalah suatu usaha yang dilakukan seseorang untuk menyelesaikan masalah secara langsung yang merupakan

bentuk pertahanan untuk melindungi diri (Stuart, 2016). Mekanisme koping digunakan setiap orang dalam merespon terhadap kondisi atau masalah yang dialami. Mekanisme koping dalam penelitian ini yang banyak digunakan partisipan dalam menghadapi berbagai kondisinya adalah *problem focus coping*. *Problem focus coping* adalah suatu mekanisme koping yang berpusat pada masalah yang bertujuan untuk mengurangi stres yang berasal dari tuntutan-tuntutan situasi dengan cara mengembangkan sumber daya yang dimiliki untuk mengatasinya (Priharwanti & Raharjo, 2017).

Stuart (2016) mengungkapkan bahwa terdapat tiga hal yang berhubungan dengan mekanisme koping yang berpusat pada masalah, yaitu: konfrontasi, negosiasi, dan menjadi saran. Hal yang sama juga diungkapkan oleh Bardwell, Ancoli-israel, & Dimsdale (2001) bahwa beberapa hal yang berhubungan dengan *problem focus coping* adalah *coping konfrontif, seeking social support, planful problem solving, dan positive reappraisal*. Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan pada penelitian ini, sebagian besar partisipan menggunakan *planful problem solving* sebagai mekanisme koping dalam menerima penyakit dan kondisi yang dialami, yaitu cenderung berusaha tidak terlihat seperti orang sakit, berusaha bangkit, terbuka dengan kondisi yang dialami, dan selalu berusaha happy dalam menjalani semuanya. *Planful problem solving* adalah suatu upaya yang dilakukan individu untuk mengurangi tekanan yang dirasakan dengan cara mengubah situasi dan memecahkan masalah (Bardwell et al., 2001).

5.1.2 Sosok perawat yang diinginkan *gay* dengan HIV/AIDS

Perawat adalah seseorang atau profesi yang sangat bermakna bagi hampir semua partisipan dalam penelitian ini. Perawat sering menjadi sosok yang membuat beberapa partisipan terkagum dengan sikap, pengetahuan, dan komunikasi dari perawat saat berinteraksi dengan pasien *gay* dengan HIV/AIDS. Kekaguman partisipan terhadap perawat dalam penelitian ini menggambarkan sikap yang menerima, memiliki pengetahuan yang luas tentang LGBT dan penyakit HIV/AIDS, dan komunikasi yang hangat dan tidak berjarak. Beberapa sikap menerima yang teridentifikasi pada penelitian ini adalah tidak memberikan respon yang berlebihan baik dari perkataan maupun dari mimik wajah saat pasien memberitahukan orientasi seksualnya, dan kemudian tidak melakukan diskriminasi, tidak melakukan *judge mental* yang membuat pasien menjadi

merasa lebih nyaman dan diterima oleh perawat. Selain merasa diterima, sikap perawat yang *care* yaitu seperti sikap yang terlihat peduli dengan kondisi yang dialami pasien dan sangat merangkul yaitu selalu membuat partisipan sudah seperti keluarga dan selalu dimotivasi merupakan sikap yang sering membuat beberapa partisipan menjadi sangat terkesan dan sangat diterima.

Salah satu hal menarik yang ditemukan dalam penelitian ini yang diungkapkan oleh beberapa partisipan adalah adanya sikap perawat yang dianggap seperti kurang menerima yang dilakukan secara sadar maupun tidak sadar yaitu tindakan yang langsung mencuci tangan setelah selesai berjabat tangan atau menyentuh pasien *gay* dengan HIV/AIDS. Tindakan ini diungkapkan sebagai sebuah diskriminasi yang cukup tidak memberikan kenyamanan pada saat sedang mendapatkan pelayanan kesehatan.

Sikap adalah suatu pernyataan evaluatif yang dapat bersifat menyenangkan maupun yang tidak menyenangkan terhadap obyek, individu, atau peristiwa dan merupakan sebuah cerminan dari kondisi perasaan seseorang tentang sesuatu (Robbins, 2008). Hal yang sama juga diungkapkan oleh Notoatmodjo (2007) bahwa Sikap perawat merupakan suatu reaksi tertutup terhadap stimulus atau objek dan masih belum berbentuk sebuah tindakan atau perilaku. Sikap yang menerima yang diberikan perawat sangat berdampak bagi kualitas asuhan keperawatan yang diberikan. Hal ini diungkapkan oleh Neville & Henrickson (2006) bahwa Sikap profesional perawat sangat mempengaruhi kualitas perawatan kesehatan yang diberikan kepada *gay* dan merupakan sikap yang diharapkan oleh *gay* saat mendapatkan perawatan dari seorang perawat.

Selain sikap yang menerima, memiliki pengetahuan yang luas tentang LGBT dan penyakit HIV/AIDS juga menjadi salah satu hal penting yang diinginkan *gay* dapat dimiliki oleh perawat. Dalam penelitian ini, pengetahuan perawat tentang LGBT dan penyakit HIV/AIDS dan cara penanganannya yang rata-rata sudah dianggap cukup baik menjadi salah satu alasan yang membuat partisipan tidak mendapatkan diskriminasi dari perawat saat sedang memberikan asuhan keperawatan. Pernyataan ini sejalan dengan hasil penelitian Pratikno (2008) yang menyimpulkan bahwa semakin rendah

pengetahuan petugas kesehatan tentang HIV/AIDS maka akan semakin tinggi stigma dan diskriminasi yang didapatkan ODHA dan begitu juga sebaliknya. Peningkatan pengetahuan dan sikap terhadap HIV & AIDS dan upaya pencegahannya merupakan salah satu cara menghilangkan stigma dan diskriminasi pada ODHA sehingga upaya penanggulangan HIV&AIDS dapat berjalan optimal (Rokhmah & Khoiron, 2013)

Hal yang cukup menarik juga disimpulkan Pratikno (2008) namun tidak ditemukan dalam penelitian ini adalah bahwa dokter memiliki stigma yang lebih rendah dibandingkan dengan perawat karena dokter memiliki persepsi terhadap ODHA yang lebih tinggi jika dibandingkan dengan perawat. Keterkaitan antara sikap, persepsi, dan pengetahuan perawat ini lebih dipertegas lagi oleh Priharwanti & Raharjo (2017) yang menyatakan bahwa sikap persepsi terhadap HIV/AIDS dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan dan pendidikan (Priharwanti & Raharjo, 2017). Keterkaitan ketiga hal ini dapat menjadi masukan dan refleksi bagi perawat, khususnya perawat yang merawat pasien dengan HIV/AIDS agar dapat semakin meningkatkan pengetahuan tentang *gay* dan penyakit HIV/AIDS serta cara penangannya baik dari segi fisik maupun psikologis, sehingga sikap yang diberikan perawat dalam asuhan keperawatan lebih maksimal.

Selain sikap menerima dan memiliki pengetahuan yang luas tentang LGBT dan penyakit HIV/AIDS, komunikasi yang hangat dan tidak berjarak juga menjadi jenis-jenis komunikasi yang dapat menjadi kunci keberhasilan dari pelaksanaan asuhan keperawatan pada *gay* dengan HIV/AIDS. Komunikasi merupakan salah satu kunci keberhasilan dari sebuah asuhan keperawatan karena selalu menjadi alat yang digunakan perawat saat mulai melakukan pengkajian keperawatan hingga evaluasi. Menurut Stuart, Keliat, dan Pasaribu (2016) bahwa semua perilaku adalah komunikasi dan semua komunikasi akan mempengaruhi perilaku. Komunikasi adalah suatu proses dari suatu transaksional yang terarah, multidimensi, yang tidak dapat dirubah dan dielakkan (Arnold, 2016). Komunikasi sangat penting di dalam proses keperawatan karena dengan menggunakan komunikasi, maka perawat dapat mempengaruhi pasien yang tentunya menjadi sebuah keberhasilan tindakan keperawatan. Komunikasi terbagi menjadi dua jenis yaitu: komunikasi verbal dan komunikasi non verbal. Komunikasi verbal adalah suatu komunikasi yang terjadi dengan kata-kata namun dianggap kurang

efektif dalam mengkomunikasikan perasaan dan pemahaman yang berarti, karena banyak perasaan atau pikiran yang mungkin tidak dapat diucapkan atau diungkapkan dengan kata-kata (Arnold, 2016; Stuart, Keliat dan Pasaribu, 2016).

Pada penelitian ini komunikasi yang asik, ditambahkan dengan candaan, ramah, kooperatif, komunikatif dan proaktif merupakan jenis komunikasi yang hangat yang dapat meningkatkan keeratn hubungan antara perawat dengan pasien *gay* dengan HIV/AIDS sehingga diharapkan dapat mencapai tujuan asuhan keperawatan dengan maksimal. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh Stuart, Keliat dan Pasaribu, (2016) bahwa hubungan antara pasien dan penyedia layanan kesehatan mempengaruhi komunikasi dan asuhan. Pada penelitian ini hampir seluruh partisipan mengungkapkan bahwa komunikasi yang ditambahkan dengan candaan merupakan komunikasi yang membuat *gay* dengan HIV/AIDS merasa lebih nyaman dan *enjoy*.

Komunikasi dengan candaan atau komunikasi humor memang diyakini dapat memberikan kesembuhan bagi seseorang. Arnold (2016) mengungkapkan bahwa candaan akan menghasilkan energi dan mengaktifkan β -endorphin yang merupakan salah satu jenis neurotransmitter yang dapat mengurangi hormone stress. Komunikasi dengan candaan dianggap menjadi komunikasi yang sangat efektif dilakukan bagi pasien karena dapat mengurangi ketegangan atau stress (Purba, 2003). Hal yang sama juga diungkapkan oleh Arnold (2016) bahwa humor merupakan sebuah komunikasi yang efektif karena menunjukkan sudah adanya hubungan yang baik dan kepercayaan antara perawat dengan pasien, namun dalam penggunaannya harus memperhatikan usia, kebudayaan, dan jenis kelamin dan dalam pelaksanaannya harus berfokus pada ide, acara dan situasi. Dalam penelitian ini diungkapkan bahwa penggunaan komunikasi candaan merupakan komunikasi yang diharapkan oleh hampir seluruh partisipan namun teknik komunikasi ini harus sudah diawali dengan terjalinnya sebuah *trust* antara pasien dan perawat.

Komunikasi yang tidak berjarak juga merupakan jenis komunikasi yang dianggap dapat memberikan kenyamanan bagi *gay* dengan HIV/AIDS. Komunikasi yang dianggap tidak berjarak pada penelitian ini rata-rata merupakan komunikasi non verbal, seperti:

sentuhan, peluk, cipika-cipiki, tidak jaga jarak, tidak kaku dan jaim, bersahabat dan tidak menggunakan sarung tangan yang *double* saat melakukan tindakan keperawatan. Komunikasi yang tidak berjarak sangat erat hubungannya dengan komunikasi dengan sentuhan. Komunikasi dengan sentuhan merupakan jenis komunikasi kasih sayang yang sangat banyak manfaatnya namun dalam penggunaannya harus peka dan hati-hati karena tidak semua orang dapat menerimanya (Purba, 2003). Arnold (2016) mengungkapkan bahwa sentuhan dalam berkomunikasi merupakan salah satu cara untuk mengungkapkan rasa empati kepada pasien yang sedang dalam situasi yang rentan.

Menurut Stuart, Keliat, dan Pasaribu (2016) bahwa tujuan perawat menggunakan komunikasi dengan sentuhan adalah untuk membina kontak dengan klien, meningkatkan komunikasi antara perawat dan pasien, mengkomunikasikan caring, rasa peduli dan pengakuan, serta memberikan jaminan dan rasa nyaman. Hal yang sama juga diungkapkan oleh Stuart, Keliat, dan Pasaribu (2016) bahwa komunikasi dengan sentuhan dapat menjadi suatu bukti rasa ketertarikan, rasa hormat, rasa ketulusan. Teknik komunikasi yang tidak berjarak yang merupakan salah satu teknik komunikasi yang diinginkan *gay* dengan HIV/AIDS saat mendapatkan asuhan keperawatan dari perawat, mungkin dapat menjadi hal yang membuat perawat wanita merasa sedikit risih atau tidak nyaman karena latarbelakang budaya di Indonesia yang tidak terbiasa melakukan teknik komunikasi dengan cium, pelukan, ataupun cipika-cipiki apalagi jika dilakukan dengan jenis kelamin yang berbeda. Hal yang sama juga mungkin dialami oleh perawat laki-laki jika mengalami ketidaknyamanan terkait orientasi seksual dari *gay* dengan HIV/AIDS. Informasi ini perlu dipertimbangkan oleh perawat khususnya yang merawat *gay* dengan HIV/AIDS untuk dapat merefleksikan dirinya untuk dapat terbuka dengan latarbelakang pasien yang berbeda-beda, namun tetap memiliki kesadaran diri terhadap nilai dan kebudayaan yang diyakini sehingga tetap mampu memberikan asuhan keperawatan dengan maksimal kepada pasien tanpa harus mengorbankan nilai-nilai yang diyakini tentang komunikasi terapeutik antara perawat dan pasien.

Hal yang tidak kalah menarik juga yang didapatkan dalam penelitian ini adalah adanya suatu komunikasi non verbal yang mungkin tidak disadari oleh perawat yang sering

dilakukan saat memberikan asuhan keperawatan pada *gay* dengan HIV/AIDS yaitu menggunakan sarung tangan *double* saat akan melakukan tindakan seperti mengambil darah. Tindakan ini dianggap sebagai sebuah ketakutan perawat akan tertular penyakit HIV/AIDS sehingga timbulnya anggapan partisipan bahwa pengetahuan perawat tentang penyakit HIV/AIDS dan cara penularannya masih kurang. Hal ini menjadi sebuah informasi yang sangat penting bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan bagi *gay* dengan HIV/AIDS bahwa komunikasi non verbal yang diberikan perawat merupakan salah satu hal yang sangat penting dan perlu diperhatikan.

5.1.3 Pengkajian keperawatan yang efektif bagi *gay* dengan HIV/AIDS

Pengkajian yang efektif adalah hal yang sangat penting yang perlu diketahui dan dilakukan oleh perawat. Pengkajian adalah suatu proses pengumpulan data yang merupakan langkah awal dalam berpikir kritis untuk pengambilan sebuah keputusan yang menghasilkan diagnosa keperawatan (Wilkinson, 2016). Tujuan dari pengkajian keperawatan pada pasien HIV menurut Black & Hawks (2014) adalah untuk mengatasi masalah-masalah yang berpotensi dihadapi pasien sehingga dapat meningkatkan perilaku pemeliharaan kesehatan pasien.

Pada penelitian ini, pengkajian keperawatan yang dianggap efektif oleh partisipan dan dianggap perlu dilakukan seorang perawat dikelompokkan menjadi dua bagian, yaitu: fokus teknik pengkajian dengan candaan dan tidak masuk lebih dalam dan lingkup pengkajian yang komprehensif. Teknik pengkajian dengan candaan dan tidak masuk lebih dalam merupakan teknik pengkajian yang dianggap partisipan efektif dilakukan perawat saat melakukan pengkajian bagi *gay* dengan HIV/AIDS. Beberapa teknik yang dapat dilakukan perawat saat akan melakukan pengkajian kepada pasien *gay* dengan HIV/AIDS adalah tidak mencecar pasien dengan berbagai pertanyaan karena akan membuat pasien menjadi tidak nyaman. Satu partisipan juga mengungkapkan hal yang bahwa perawat dalam melakukan pengkajian pada *gay* dengan HIV/AIDS cukup hanya mengarahkan saja, selebihnya partisipan mengatakan perawat cukup hanya biarkan pasien yang menceritakan apa saja yang menjadi keluhan-keluhan yang dialaminya. Terkait jenis orientasi seksual beberapa partisipan mengungkapkan bahwa *gay* biasanya

akan mau mulai terbuka terkait orientasi seksualnya jika sudah merasa yakin dan nyaman untuk membukakannya kepada perawat.

Kemampuan perawat untuk memberikan kenyamanan bagi pasien di awal pertemuan hingga akhir pertemuan juga merupakan hal dianggap efektif dalam menentukan keberhasilan sebuah pengkajian bagi *gay* dengan HIV/AIDS. Kondisi yang nyaman juga diungkapkan oleh Parameshwaran, Cockbain, Hillyard, & Price (2017) sebagai suatu kondisi yang dibutuhkan *gay* saat akan menggunakan pelayanan kesehatan karena dianggap sebagai suatu kondisi yang tidak memberikan diskriminasi. Tidak jauh berbeda dengan ungkapan beberapa partisipan sebelumnya, teknik pengkajian yang tidak mencecar dan tidak memasuki ranah yang terlalu dalam juga merupakan teknik yang sangat efektif yang dapat dilakukan perawat dalam mengkaji pasien *gay* dengan HIV/AIDS. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan Stuart (2016) bahwa teknik pengkajian terkait kesehatan seksual *gay* adalah dengan mendengarkan tanpa melakukan pembelaan diri dan memberikan pertanyaan terbuka mulai dari faktor-faktor yang menjadi penyebab, penilaian terhadap perilaku seksual yang sedang dialami, sumber koping, dan mekanisme koping yang digunakan namun harus tetap peka terhadap latar belakang budaya dari pasien.

Teknik yang cukup bertolakbelakang dengan teknik sebelumnya, namun merupakan teknik yang menurut beberapa partisipan cukup efektif dan diharapkan dapat dilakukan oleh perawat saat memberikan asuhan keperawatan bagi *gay* dengan HIV/AIDS adalah komunikasi yang intens, cermat dan teliti dalam menilai kondisi dari pasien saat pertama kali bertemu. Harapan adanya sebuah komunikasi yang intens dan kemampuan perawat yang harus cermat dan teliti dalam menilai kondisi dari pasien merupakan hal yang sangat bertolakbelakang dengan pernyataan partisipan yang tidak ingin digali lebih dalam. Hal ini menjadi sebuah data yang menarik yang menunjukkan bahwa *gay* dengan HIV/AIDS membutuhkan waktu dan proses untuk menjalin *trust* dengan perawat sehingga mereka tidak langsung mau menceritakan terkait orientasi seksualnya diawal pertemuan dengan perawat. Partisipan pada penelitian ini mengungkapkan bahwa tidak ada standard waktu yang dibutuhkan partisipan untuk terbuka terkait orientasi seksual yang dimiliki saat ini kepada perawat, namun rata-rata mengungkapkan bahwa

mereka akan terbuka terkait orientasi seksualnya saat sudah merasa nyaman dengan perawat, dimana kenyamanan itu akan tumbuh saat sudah terjalinnya *trust* antara perawat dan pasien.

Selain teknik pengkajian, pada penelitian ini didapatkan bahwa ada beberapa hal penting yang komprehensif dan lebih spesifik yang perlu diketahui dan perlu dikaji oleh perawat saat melakukan pengkajian pada *gay* dengan HIV/AIDS, yaitu pengkajian dengan menanyakan orientasi seksual dan peranan pasien dalam orientasi seksual tersebut. Pada penelitian ini tidak semua perawat sudah melakukan pengkajian terkait orientasi seksual pasien yang terdiagnosa HIV/AIDS dan hasil wawancara yang didapatkan dari beberapa partisipan yang tidak pernah ditanyakan terkait orientasi seksual menyatakan bahwa sepertinya perawat sudah mengetahui tentang orientasi seksual mereka. Ada beberapa hal yang mungkin menyebabkan perawat tidak melakukan pengkajian terkait orientasi seksual pasien yaitu perasaan tidak nyaman ataupun karena sudah menduga pasien adalah seorang *gay* sehingga tidak perlu untuk menanyakan kembali. Hal ini juga diungkapkan oleh Neville & Henrickson (2006) bahwa adanya suatu rasa ketidaknyamanan yang ditunjukkan oleh petugas kesehatan jika berbicara terkait orientasi seksual sehingga rata-rata mencoba mengabaikan pengungkapan terkait orientasi tersebut.

Melakukan pengkajian terkait orientasi seksual bukanlah hal yang mudah untuk dilaksanakan oleh perawat. Perbedaan nilai-nilai dan keyakinan yang dimiliki oleh perawat sangat sering berdampak dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan seperti pengkajian keperawatan pada *gay* dengan HIV/AIDS. Keterbukaan terkait orientasi seksual *gay* dengan HIV/AIDS pada penelitian ini menyimpulkan bahwa rata-rata partisipan sudah mau terbuka terkait dengan orientasi seksual yang mereka miliki namun masih ada beberapa partisipan yang masih cukup hati-hati ketika akan terbuka dengan perawat maupun petugas kesehatan lainnya. Ketidakterbukaan *gay* terkait orientasi seksualnya kepada petugas kesehatan juga diungkapkan oleh Douglas-Scott, et al (2004, dalam Connolly & Lynch, 2016) bahwa pria *gay* yang menggunakan layanan kesehatan di Irlandia tidak terbuka dan jujur tentang orientasi seksual mereka karena takut mendapatkan stigma.

5.14 Ketidakpopuleran diagnosa keperawatan

Ketidakpopuleran diagnosa keperawatan merupakan sebuah informasi yang ditemukan dalam penelitian ini. Seluruh partisipan dalam penelitian mengungkapkan ketidaktahuan dan ketidakpahaman mereka terkait diagnosa keperawatan. Dalam penelitian ini juga mengungkapkan bahwa tidak sedikit partisipan menyatakan bahwa diagnosa keperawatan merupakan kata yang masih baru pertama kali didengar. Diagnosa keperawatan adalah sebuah analisa dari pengkajian yang menggambarkan kondisi pasien yang diobservasi yang dapat merupakan masalah aktual, potensial, maupun diagnosis sejahtera (PPNI, 2005; Wilkinson, 2016). Menurut Nursalam & Dian (2011) bahwa diagnosa keperawatan pada pasien dengan HIV/AIDS selalu terkait dengan respon biologis, adaptif psikologis (strategi koping), respon sosial (keluarga dan *peer group*), dan respon spiritual.

Manfaat dari diagnosa keperawatan menurut Herdman (2012) adalah untuk mengidentifikasi masalah atau respon pasien terhadap status kesehatannya sehingga perawat dapat memberikan intervensi yang tepat untuk mencegah, membatasi, atau merubah kesehatan pasien. Ketidaktahuan *gay* dengan HIV/AIDS tentang diagnosa keperawatan menjadi suatu informasi penting yang juga menunjukkan adanya kemungkinan ketidaktahuan *gay* tentang masalah atau respon yang dialaminya ketika terdiagnosa penyakit HIV/AIDS. Ketidaktahuan masalah atau respon yang dialami ini tentunya akan membuat rendahnya kesadaran pasien akan perkembangan dari kesehatannya setelah mendapatkan intervensi keperawatan dari perawat.

Ketidakpopuleran diagnosa keperawatan dalam penelitian ini dapat menjadi suatu refleksi bagi profesi keperawatan khususnya profesi keperawatan di Indonesia. Ketidakpopuleran diagnosa keperawatan tentunya dapat memberikan dampak bagi profesi keperawatan. Beberapa hal yang menurut peneliti mungkin dapat menjadi dampak dari ketidakpopuleran diagnosa keperawatan adalah adanya suatu persepsi dari pasien yang menganggap bahwa setiap tindakan yang dilakukan oleh perawat saat sedang bertemu dengan pasien bukan sesuatu rangkaian kegiatan dari asuhan keperawatan yang dilakukan perawat dalam mengatasi masalah kesehatan dari pasien. Hal ini juga diperkuat dengan pernyataan dari dua orang partisipan penelitian yang

menyatakan bahwa perawat merupakan asisten dokter yang bertugas untuk membantu dokter. Menemukan cara untuk dapat mengenalkan atau mempopulerkan diagnosa keperawatan dapat menjadi solusi untuk mengubah persepsi negatif masyarakat umum terhadap profesi keperawatan.

5.15 Keterbatasan perawat untuk melibatkan pasien *gay* dengan HIV/AIDS dalam perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan atau sering disebut dengan intervensi keperawatan adalah salah satu bagian yang tidak kalah penting dalam sebuah asuhan keperawatan. Pada penelitian ini ditemukan kondisi bahwa peran perawat yang belum maksimal dalam melibatkan pasien untuk membuat suatu perencanaan keperawatan bagi kesehatan pasien. Ketidakmaksimalan peran perawat ini disebabkan karena adanya beberapa keterbatasan perawat yang sulit untuk diatasi sementara melibatkan pasien dalam membuat perencanaan atau intervensi keperawatan memiliki banyak manfaat dan merupakan hal yang sangat perlu dilakukan oleh perawat karena dapat membantu meningkatkan kesehatan pasien.

Dalam penelitian ini beberapa hal yang menjadi keterbatasan perawat dalam melibatkan pasien untuk melakukan perencanaan keperawatan adalah kerjaan perawat yang dianggap terlalu banyak yang membuat perawat terlalu sibuk untuk melaksanakan seluruh pekerjaan tersebut dalam waktu yang tergolong tidak banyak. Beban kerja perawat yang terlalu banyak sudah menjadi suatu fenomena yang hingga saat ini belum dapat teratasi dengan maksimal, dimana diyakini bahwa beban kerja yang banyak mempengaruhi kualitas kerja dari seorang perawat yaitu dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Hal ini diperkuat dari hasil penelitian Manuho, Warouw, & Hamel (2015) yang menyimpulkan bahwa adanya hubungan beban kerja dengan kinerja perawat dalam pemberian asuhan keperawatan.

Menurut Bulechek, Butcher, Dochterma, Wagner (2013) Intervensi keperawatan adalah semua penanganan atau *treatment* yang berdasarkan pada keilmuan dan penilaian pada tatanan klinik, dimana perawat melakukan segala tindakan yang bertujuan untuk meningkatkan hasil atau kesehatan dari pasien. Intervensi keperawatan meliputi aspek

fisiologis dan aspek psikologis dan biasanya meliputi penanganan pada kondisi sakit, pencegahan kondisi sakit, dan promosi kesehatan. Sebagian besar intervensi digunakan pada individu, tetapi banyak intervensi juga yang digunakan pada keluarga dan komunitas.

Intervensi keperawatan yang ditemukan dalam penelitian ini yang sudah dilaksanakan oleh perawat adalah kegiatan konseling, pemberian terapi obat ARV, dan pemberian pendidikan kesehatan. Kegiatan konseling merupakan kegiatan yang rata-rata hanya didapatkan oleh partisipan dari perawat diawal pemeriksaan HIV/AIDS dan biasanya waktunya saat sedang menunggu hasil dari pemeriksaan. Menurut Luddin (2010) konseling merupakan sebuah cara untuk mengubah perilaku dari seseorang. Pada penelitian ini, tindakan yang sudah dilakukan perawat pada kegiatan konseling adalah memberikan motivasi, membantu partisipan bangkit dan menganjurkan untuk fokus kepada hari depan yang harus tetap dijalani. Kegiatan konseling dalam penelitian ini memberikan dampak yang sangat luar biasa bagi partisipan yang mendapatkannya. Ungkapan beberapa partisipan menyatakan adanya suatu awal perubahan dan semangat yang baru yang dirasakan partisipan yang membuat mereka merasa siap untuk melanjutkan kehidupan kedepannya. Hal ini sejalan dengan yang disampaikan Priharwanti & Raharjo (2017) bahwa kehadiran konselor sangat membantu pasien HIV/AIDS dalam mengurangi tekanan yang dirasakan. Hal yang sama juga diungkapkan oleh Gupta (2010) bahwa konseling terbukti sangat efektif dalam menurunkan rasa kesemasan maupun depresi yang dialami oleh pasien HIV.

Pemberian terapi obat merupakan salah satu intervensi keperawatan yang sudah didapatkan oleh seluruh partisipan dalam penelitian ini. Menanyakan tentang kepatuhan minum obat merupakan salah satu tindakan rutin yang dilakukan perawat saat akan memberikan obat kepada partisipan saat sedang melakukan kontrol ke rumah sakit sehingga perawat dapat mengontrol pengobatan dari pasien. Pelaksanaan peran perawat mengontrol dan memberikan edukasi tentang obat ARV dianggap memiliki hubungan terhadap peningkatan kepatuhan pasien untuk meminum obat (Astuti & Mulyaningsih, 2017).

Pemberian pendidikan kesehatan juga menjadi salah satu intervensi yang diberikan perawat bagi beberapa partisipan pada penelitian ini. Pemberian pendidikan kesehatan yang diberikan perawat biasanya berfokus pada penyakit HIV, cara penularan, dan cara mencegah penularannya. Selain pendidikan kesehatan, memberikan kesempatan pasien mendapatkan ilmu terkait penyakit yang dialami juga dilakukan perawat dengan cara memberikan informasi dan mengajak partisipan mengikuti seminar-seminar yang sering dilakukan terkait penyakit HIV AIDS dan cara penanganannya sehingga melalui seminar tersebut seluruh pasien dapat bertemu dengan pasien yang lain yang memiliki permasalahan yang sama yang dapat membantu mereka saling memberikan motivasi untuk tetap semangat menjalani pengobatan dan menjalani kehidupan dengan lebih baik dan sehat.

5.16 Pelayanan keperawatan professional yang diharapkan oleh *gay* dengan HIV/AIDS

Pelayanan keperawatan professional adalah pelayanan yang diharapkan oleh *gay* dengan HIV/AIDS dari seorang perawat. Pada penelitian ini pelayanan keperawatan professional yang diharapkan oleh *gay* dengan HIV/AIDS saat memberikan asuhan keperawatan diklasifikasikan menjadi layanan asuhan keperawatan yang sama dan peningkatan kemampuan dan keterampilan perawat. Keperawatan adalah suatu disiplin ilmu yang bertujuan untuk menerapkan pengetahuan ilmiah dalam proses mendiagnosis dan memberikan perawatan melalui suatu penilaian dan proses berpikir yang kritis dalam sebuah konteks hubungan yang bersifat caring (Bulechek, Butcher, Dochterma, Wagner, 2013).

Perawat adalah seseorang yang telah lulus dari sekolah tinggi keperawatan yang diakui sesuai dengan ketentuan dan peraturan yang sudah ditetapkan oleh pemerintah yang bertugas untuk memberikan asuhan keperawatan baik kepada individu, keluarga, maupun kelompok, baik kepada kelompok sehat maupun yang sakit (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2017; Undang-undang No 38 tahun 2014). Dalam penelitian ini terdapat beberapa hal yang menjadi harapan seorang *gay* dengan HIV/AIDS saat bertemu dan mendapatkan asuhan keperawatan yang dikategorikan penulis menjadi kualitas perawat, layanan asuhan keperawatan, dan peningkatan kemampuan dan keterampilan perawat.

Kualitas seorang perawat yang baik tentunya menjadi hal yang sangat diharapkan pasien khususnya bagi pasien *gay* dengan HIV/AIDS dan dapat dilihat dari kemampuannya dalam memberikan asuhan keperawatan. Dalam penelitian ini beberapa hal yang menjadi harapan pasien *gay* dengan HIV/AIDS terhadap layanan asuhan keperawatan adalah adanya harapan terbentuknya sebuah layanan keperawatan yang sama dan konsisten yang diberikan oleh perawat. Dalam penelitian ini didapatkan suatu informasi melalui beberapa partisipan yang menyatakan adanya perbedaan pelayanan yang didapatkan atau dirasakan oleh *gay* dengan HIV/AIDS dari perawat. Beberapa perbedaan yang dirasakan adalah perbedaan layanan perawat yang diberikan oleh perawat senior dan perawat junior, perbedaan layanan yang diberikan perawat perempuan dan perawat laki-laki, dan perbedaan layanan keperawatan yang dirasakan di RS Swasta dengan RS pemerintah. Perbedaan pelayanan yang didapatkan oleh pasien *gay* dengan HIV/AIDS ini merupakan pernyataan yang menunjukkan bahwa belum adanya suatu standar yang sama atau baku yang digunakan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan bagi *gay* dengan HIV/AIDS, sehingga masih adanya suatu perbedaan yang dirasakan oleh pasien saat mendapatkan layanan asuhan keperawatan.

Perbedaan pelayanan yang didapatkan oleh *gay* dengan HIV/AIDS dapat berdampak terhadap keengganan menggunakan pelayanan kesehatan untuk mengobati penyakit yang dialaminya. Hal ini juga disampaikan oleh salah satu partisipan bahwa perbedaan pelayanan yang didapatkan dari perawat membuat dirinya kadang-kadang berpikir untuk mencari alternatif rumah sakit lain untuk melanjutkan pengobatan yang sedang dilakukan dan menganggap datang ke rumah sakit bukan menjadi sebuah solusi yang baik untuk meningkatkan kesehatannya. Hal yang sama diungkapkan oleh Zeeman, Aranda, Sherriff, & Cocking (2017) bahwa adanya perbedaan pelayanan yang didapatkan dari petugas kesehatan mengakibatkan keengganan pasien HIV/AIDS dalam mencari dan menggunakan layanan kesehatan untuk mengobati penyakitnya.

Untuk mengatasi perbedaan pelayanan yang diberikan perawat, pembuatan suatu standar asuhan keperawatan yang baku yang dapat digunakan oleh seluruh perawat di Indonesia maupun di dunia merupakan salah satu solusi terbaik yang dapat dilakukan. Selain pembuatan standar asuhan keperawatan bagi *gay* dengan HIV/AIDS, partisipan

dalam Penelitian ini juga menyampaikan bahwa *sharing session* dengan senior dan mengikuti pelatihan-pelatihan terkait penyakit HIV/AIDS dapat menjadi solusi untuk menyamakan pelayanan yang diberikan perawat dan meningkatkan kemampuan serta keterampilan dari perawat yang tentunya dapat berdampak bagi peningkatan dari keprofesionalan dari pelayanan keperawatan.

5.2 Keterbatasan Penelitian

Pada penelitian ini validasi data terkait status partisipan yang terdiagnosis positif HIV/AIDS dan sedang menjalani pengobatan di tiga rumah sakit yang sudah ditentukan oleh peneliti tidak dapat terlaksana, karena dua dari rumah sakit yang sudah diajukan permohonan izin penelitian menolak untuk memberikan izin dengan alasan di RS tidak ada catatan yang menyatakan eksplisit pasien *gay*/tidak, pelayanan yang diberikan kepada seluruh pasien sama dan tidak membeda-bedakan antara *gay* dan tidak *gay* dan alasan dari salah satu rumah sakit yang lain adalah karena rumah sakit sedang dalam proses akreditasi. Oleh karena itu, validasi data partisipan yang berobat di rumah sakit yang menolak izin penelitian dialihkan ke LSM Yayasan kasih suwitno dan dibantu konselor LSM dari tiap rumah sakit.

5.3 Implikasi bagi keperawatan

5.3.1 Implikasi bagi institusi pendidikan

Temuan hasil penelitian ini dapat menjadi sebuah data dasar yang dipertimbangkan dalam menambahkan jumlah SKS atau jumlah pertemuan dari mata kuliah yang membahas tentang *gay* dan penyakit HIV/AIDS serta cara penanggannya. Pengetahuan mahasiswa (calon perawat) dalam memberikan asuhan keperawatan bagi *gay* dengan HIV/AIDS akan membuat perawat merasa lebih yakin dan siap dalam memberikan asuhan keperawatan bagi *gay* dengan HIV/AIDS.

5.3.2 Implikasi bagi pelayanan keperawatan

Hasil penelitian ini menunjukkan konflik intrapersonal, proses berduka, dan ketidakberdayaan adalah respon psikologis yang dialami *gay* saat terdiagnosa HIV/AIDS. Hasil temuan ini dapat menjadi data yang digunakan untuk membuat suatu perencanaan untuk peningkatan kemampuan perawat dalam memberikan terapi

keperawatan, sehingga dapat mengatasi respon psikologis *gay* saat terdiagnosa HIV/AIDS. Dalam penelitian ini terdapat beberapa jenis komunikasi yang diinginkan *gay* saat berkomunikasi atau berinteraksi dengan perawat seperti bercanda, cipika-cipiki, peluk dan cium. Hasil temuan ini dapat menjadi data yang dapat digunakan dalam pemberian asuhan keperawatan, namun bukan suatu hasil yang penggunaannya dapat digeneralisasikan pada setiap kondisi terutama di negara Indonesia yang memiliki keanekaragaman budaya yang sangat banyak dan berbeda-beda dan penggunaan komunikasi dengan candaan bagi *gay* dengan HIV/AIDS perawat harus sudah menjalin *trust* terlebih dahulu. Ketidakpopuleran diagnosa keperawatan ini juga mungkin menjadi salah satu penyebab dari persepsi sebagian masyarakat umum yang masih menganggap perawat adalah profesi yang bertugas sebagai asisten dokter, sehingga data ini dapat digunakan untuk membuat perencanaan yang tepat untuk meningkatkan kepopuleran dari diagnosa keperawatan kepada masyarakat umum. Keterbatasan perawat terkait beban kerja yang terlalu banyak sehingga tidak dapat secara maksimal melibatkan pasien dalam perencanaan keperawatan juga menjadi sebuah data yang tidak kalah penting bagi institusi pelayanan dalam membuat perencanaan yang tepat terkait jumlah dan beban kerja perawat, sehingga pelaksanaan dari asuhan keperawatan dapat terlaksana lebih maksimal.

5.3.3 Bagi Praktik Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat menjadi data dasar dalam penyusunan standar asuhan keperawatan bagi *gay* dengan HIV/AIDS, sehingga tiap rumah sakit memiliki standar asuhan yang sama dalam memberikan asuhan keperawatan bagi *gay* dengan HIV/AIDS. Kondisi *gay* dengan HIV/AIDS sangat mungkin dapat mengalami masalah psikososial. Perawat bertugas dan bertanggung jawab untuk mengatasi kondisi psikososial pasien, sehingga kemampuan perawat terkait pemberian terapi masalah psikososial haruslah terus digali dan ditingkatkan agar dapat memberikan asuhan keperawatan yang maksimal bagi pasien.

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang persepsi *gay* dengan HIV/AIDS terhadap asuhan keperawatan. Tema-tema yang didapatkan menggambarkan bahwa perlunya dilakukan peningkatan terhadap pelayanan asuhan keperawatan dan penyamaan standar asuhan keperawatan yang diberikan bagi *gay* dengan HIV/AIDS. Oleh karena itu, sangatlah dibutuhkannya sebuah penanganan tidak hanya dari petugas kesehatan namun juga dari pemegang kebijakan. Pada bab ini akan menjelaskan kesimpulan dari hasil penelitian serta saran-saran sebagai bentuk tindak lanjut dari penelitian ini.

6.1 Simpulan

Tema-tema yang didapatkan dari penelitian pada 14 partisipan terkait persepsi *gay* dengan HIV/AIDS tentang asuhan keperawatan adalah respon psikologis dan mekanisme coping *gay* dengan HIV/AIDS dalam penerimaan penyakit, Sosok perawat yang diinginkan *gay* dengan HIV/AIDS, pengkajian keperawatan yang efektif bagi *gay* dengan HIV/AIDS, ketidakpopuleran diagnosis keperawatan, keterbatasan perawat untuk melibatkan klien *gay* dengan HIV/AIDS dalam perencanaan keperawatan, pelayanan keperawatan profesional yang diharapkan oleh *gay* dengan HIV/AIDS.

Asuhan keperawatan adalah suatu proses kegiatan keperawatan yang diberikan oleh perawat untuk mengekspresikan *human caring* secara langsung kepada klien di tatanan layanan kesehatan yang bertujuan untuk memecahkan masalah dengan menggunakan ilmu, teknik, dan keterampilan interpersonal dalam memenuhi kebutuhan klien, keluarga maupun masyarakat. Asuhan keperawatan terdiri atas proses pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, hingga evaluasi. Asuhan keperawatan merupakan salah satu solusi bagi *gay* dengan HIV/AIDS dalam menyelesaikan masalah terkait penyakit HIV/AIDS yang dialaminya.

Respon psikologis adalah respon yang dialami *gay* saat terdiagnosis HIV/AIDS. Beberapa respon psikologis yang dialami adalah adanya konflik intrapersonal, proses berduka, hingga ketidakberdayaan. Konflik intrapersonal yang dialami oleh *gay* dengan

HIV/AIDS lebih terfokus pada konflik intrapersonal akibat penyakit HIV/AIDS yang dialaminya dari pada konflik intrapersonal dari orientasi seksualnya saat ini. Hal ini mungkin terjadi karena sudah adanya sebuah penerimaan diri yang utuh terhadap orientasi seksualnya sebagai *gay*. Dalam menghadapi respon psikologis mekanisme koping yang digunakan *gay* dengan HIV/AIDS *planful problem solving* yaitu suatu upaya yang dilakukan untuk mengurangi tekanan yang dirasakan dengan cara mengubah situasi dan memecahkan masalah.

Perawat adalah seseorang atau profesi yang sangat bermakna bagi *gay* dengan HIV/AIDS karena sering menjadi sosok yang membuat mereka kagum dengan sikap menerima, memiliki pengetahuan yang luas tentang LGBT dan penyakit HIV/AIDS, dan komunikasi yang hangat dan tidak berjarak. Kekaguman terhadap sikap perawat yang menerima yang ditunjukkan dengan tidak diskriminasi, *welcome, care, tidak judge mental*, dan merangkul adalah sikap perawat yang diinginkan *gay* dengan HIV/AIDS. Pengetahuan tentang orientasi seksual, penyakit HIV serta cara penanganannya juga merupakan hal yang sangat penting yang harus dimiliki perawat saat akan memberikan asuhan keperawatan bagi *gay* dengan HIV/AIDS. Komunikasi adalah hal yang sangat penting dan menjadi salah satu kunci keberhasilan sebuah asuhan keperawatan. komunikasi yang penuh hangat dan tidak berjarak adalah komunikasi terfavorit yang membuat *gay* dengan HIV merasa lebih nyaman. Beberapa komunikasi yang cukup nyaman yang mungkin dapat menjadi konflik intrapersonal pada perawat yang merawat *gay* dengan HIV/AIDS adalah komunikasi dengan pelukan, dan cium pipi kanan dan cium pipi kiri (*cipika cipiki*) yang merupakan suatu komunikasi yang diinginkan *gay* dan dianggap sebagai bentuk kedekatan dan kasih sayang saat berinteraksi dengan perawat. Hal ini merupakan informasi yang menarik yang dapat membantu perawat dalam memberikan asuhan keperawatan bagi *gay* dengan HIV/AIDS, namun bukan suatu hal yang dapat digeneralisasikan dalam semua kondisi karena perawat harus tetap menjaga nilai-nilai kebudayaan yang diyakini saat memberikan asuhan keperawatan.

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, pengkajian keperawatan yang efektif adalah hal yang harus diketahui dan mampu dilaksanakan oleh perawat pada *gay* dengan HIV/AIDS. Pengkajian yang efektif yang dapat dilakukan bagi *gay* dengan HIV adalah

dengan mengkaji lingkup pengkajian secara komprehensif seperti menanyakan keadaan, kondisi fisik, psikologi, kepatuhan minum obat, orientasi seksual serta peran dalam orientasi seksual gay. Teknik pengkajian seperti mempunyai kemampuan interaksi yang baik, tidak mencecar, hanya mengarahkan, membuat nyaman, tidak memasuki *privacy* pasien terlalu dalam, tidak menghakimi, cermat dan teliti menilai kondisi pasien, tidak “*to the point*” dalam menanyakan orientasi seksual, melakukan komunikasi yang intens dan dengan candaan. Dalam proses pengkajian keperawatan gay dengan HIV/AIDS, gay membutuhkan waktu untuk menjalin kepercayaan dan kedekatan dengan perawat.

Ketidakpopuleran diagnosa keparawatan adalah salah satu fakta yang mungkin berhubungan dengan persepsi sebagian masyarakat umum yang masih menganggap perawat adalah asisten dokter. Keterbatasan perawat akibat beban kerja yang sangat banyak membuat perawat belum melibatkan pasien gay dengan HIV/AIDS dalam membuat perencanaan keperawatan. Peningkatan pengetahuan perawat terkait perawatan bagi gay dengan HIV/AIDS, layanan asuhan keperawatan yang sama dan terstandar, serta melakukan peningkatan kemampuan dan keterampilan perawat melalui *sharring session* dan pelatihan adalah harapan gay dengan HIV/AIDS terhadap pelayanan keperawatan yang professional.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat menjadi data dasar yang dapat ditindaklanjuti dengan meningkatkan jumlah konsep dan teori tentang gay dan HIV/AIDS pada kurikulum pendidikan mulai dari pendidikan diploma hingga doktor. Selain dari konsep dan teori yang didapatkan di kurikulum pendidikan, pentingnya materi-materi tentang pemberian asuhan keperawatan bagi gay dengan HIV/AIDS dimasukkan dalam pelatihan-pelatihan yang mudah didapatkan dan diikuti oleh mahasiswa. Penelitian ini juga dapat ditindaklanjuti dengan mempersiapkan perawat secara umum memiliki kemampuan dalam memberikan terapi keperawatan untuk mengatasi masalah psikososial yang mungkin dialami oleh gay dengan HIV/AIDS dalam penerimaan penyakitnya dan dalam menjalani setiap proses pengobatan yang dilakukan.

6.2.2 Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan

Penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan dalam membuat suatu perencanaan untuk meningkatkan kemampuan perawat dalam memberikan terapi keperawatan, sehingga dapat dengan cepat dan tepat dalam mengatasi respon psikologis *gay* saat terdiagnosa HIV/AIDS. Penelitian ini dapat menjadi sebuah data yang cukup baik tentang cara melakukan komunikasi pada *gay* dengan HIV agar tujuan asuhan keperawatan dapat tercapai secara maksimal, namun bukan suatu hal yang dapat digeneralisasikan dalam semua kondisi, harus tetap memperhatikan nilai-nilai kebudayaan perawat yang akan melakukan dan dalam pelaksanaan komunikasi dengan candaan harus memastikan sudah terjalannya *trust* antara pasien dan perawat. Penelitian ini juga dapat menjadi acuan dalam pembuatan strategi untuk mempopulerkan diagnosa keperawatan kepada masyarakat baik seperti pembuatan standar operasional yang lebih aplikatif yang mengharuskan perawat melibatkan pasien dalam setiap proses asuhan keperawatan sehingga asuhan keperawatan dapat semakin dikenal di masyarakat. Tidak kalah penting dengan saran sebelumnya, penelitian ini juga dapat menjadi masukan dalam membuat perencanaan yang tepat terkait jumlah dan beban kerja perawat sehingga pelaksanaan dari asuhan keperawatan dapat terlaksana lebih maksimal dan kualitas dari asuhan keperawatan juga mengalami peningkatan.

6.2.3 Bagi Praktik Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi praktik keperawatan tentang pelaksanaan asuhan keperawatan yang profesional pada *gay* dengan HIV/AIDS. Penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar dalam penyusunan standar asuhan keperawatan yang baku bagi *gay* dengan HIV/AIDS, sehingga tiap rumah sakit sudah memiliki standar asuhan yang sama dalam memberikan asuhan keperawatan bagi *gay* dengan HIV/AIDS, yang tentunya menjadi sebuah harapan dapat menurunkan perbedaan pelayanan asuhan keperawatan yang didapatkan. Penelitian ini juga dapat menjadi data dasar yang menunjukkan bahwa pemberian asuhan keperawatan bagi *gay* dengan HIV/AIDS tidak hanya berfokus pada masalah fisik saja namun harus dapat berfokus pada masalah kejiwaan pasien, sehingga peningkatan kemampuan perawat dalam memberikan terapi psikososial di layanan keperawatan merupakan salah satu solusi dalam meningkatkan layanan kesehatan bagi *gay* dengan HIV/AIDS.

6.2.4 Bagi Penelitian Selanjutnya

Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi lebih dalam persepsi *gay* dengan HIV/AIDS terhadap asuhan keperawatan. Pada penelitian yang sudah dilakukan didapatkan data yang menyatakan adanya perbedaan layanan keperawatan yang dirasakan oleh *gay* dengan HIV/AIDS dari perawat laki-laki dan perawat perempuan, perawat senior dan perawat junior, perawat rumah sakit pemerintah dan rumah sakit swasta. Oleh karena itu perlu dilakukan penelitian kualitatif lanjutan dengan partisipan yang lebih spesifik seperti asuhan keperawatan yang diberikan perawat laki-laki, pada perawat senior, perawat junior, perawat rumah sakit pemerintah atau rumah sakit swasta sehingga dapat memberikan gambaran penelitian yang lebih luas terhadap persepsi *gay* dengan HIV/AIDS tentang asuhan keperawatan yang diberikan perawat yang lebih spesifik. Selain itu, penelitian kualitatif terkait pelaksanaan asuhan keperawatan terhadap *gay* dengan HIV/AIDS pada saat sedang mengalami respon psikologis juga merupakan penelitian yang dapat melengkapi penelitian yang sudah dilakukan

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Homoseksual merupakan isu yang hingga saat ini masih menjadi perdebatan di dunia maupun di Indonesia. Terdapat banyak kontroversi terkait hal ini, dimana ada yang pro dan kontra. Perkembangan homoseksual dimulai pada abad-XI dan mulai muncul sekitar tahun 1990-an (Sinyo, 2014). Homoseksual merupakan suatu penyimpangan perilaku dimana adanya rasa ketertarikan terhadap sesama jenis kelamin (Hawari, 2009). Homoseksual dikelompokkan menjadi dua yaitu adanya ketertarikan seksual pada sesama perempuan yang disebut dengan *lesbi* dan ketertarikan pada sesama laki-laki yang sering disebut dengan *gay*. Terdapat tiga dugaan penyebab seseorang menjadi *gay* yaitu: faktor genetik yang terkait dengan cabang neurosains atau struktur otak manusia, yang kedua karena adanya faktor homoseksualitas yaitu faktor budaya, dan yang ketiga adalah karena adanya faktor psikologis seperti: adanya trauma terhadap lawan jenis, menemukan kenyamanan pada sesama jenis, atau karena kebutuhan ekonomi untuk mendapatkan penghasilan dengan menjadi salah satu dari anggota *gay* (Niernoventy, 2013; Sekarpuri, 2016).

Hingga saat ini jumlah *gay* terus mengalami peningkatan setiap tahunnya. Di dunia jumlah *gay* masih belum diketahui secara pasti, namun diperkirakan 1-3% dari populasi pria dewasa yang berusia 15-59 tahun di dunia merupakan *gay* (*United Programme on HIV/AIDS*, 2008). Menurut Kemenkes tahun 2012, jumlah *gay* di Indonesia dari tahun 2009 hingga 2012 mengalami peningkatan 37% yaitu menjadi sekitar 1.095. 970 orang dan diyakini akan terus mengalami peningkatan secara signifikan.

Indonesia merupakan salah satu negara beragama yang masih kental dengan budaya ketimurannya. *Gay* di Indonesia masih merupakan suatu hal yang sangat tabu, dimana hal ini dapat dibuktikan dengan belum adanya pengakuan terhadap keberadaan mereka. *Gay* merupakan kelompok yang sangat sering mendapatkan stigma terkait identitasnya, seperti: pengucilan, kekerasan, dan intimidasi. Hal ini juga tidak jarang mereka dapatkan dari petugas kesehatan pada saat menjalani pengobatan di pelayanan

kesehatan. Douglas-Scott, et al (2004, dalam Connolly & Lynch, 2016) mengungkapkan *gay* yang menggunakan layanan kesehatan akan cenderung menyembunyikan seksualitas mereka karena takut mendapatkan stigma atau penilaian negatif dari petugas kesehatan. Hal yang sama juga diungkapkan oleh Greenberg (2002; dalam Neville & Henrickson, 2006) bahwa kebanyakan *gay* menganggap bahwa keterbukaan diri mereka terhadap petugas kesehatan dapat menjadi sebuah resiko untuk mendapatkan stigma, sehingga menyembunyikan orientasi seksual dianggap sebagai pilihan terbaik.

Gay sangat rentan dan beresiko tinggi terkena HIV/AIDS. *Human immunodeficiency virus* (HIV) merupakan sebuah virus yang dapat merusak sistem kekebalan dan pertahanan tubuh manusia. HIV dapat mengakibatkan terjadinya *Acquired Immune Deficiency Syndrom* (AIDS) yaitu sekumpulan gejala yang timbul akibat terjadinya penurunan kekebalan tubuh (Kemenkes, 2016; Black & Hawks, 2014). Penurunan kekebalan tubuh pada penderita HIV/AIDS mengakibatkan penderita memiliki resiko tinggi terinfeksi penyakit yang dapat berakibat fatal bahkan mengakibatkan kematian. Berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan tahun 2015 diperkirakan jumlah orang di dunia yang hidup dengan HIV sekitar 36,7 juta dan sudah terjadi peningkatan sebanyak 3,4 juta orang jika dibandingkan tahun 2010. Saat ini kasus terbaru HIV di dunia mencapai 2,1 juta orang. Di Indonesia jumlah penderita HIV/AIDS juga selalu mengalami peningkatan. Jumlah penderita HIV di Indonesia hingga Juni tahun 2016 sebanyak 208.920 orang dan jumlah kasus AIDS sebanyak 82.556 orang.

HIV/AIDS dapat ditularkan dengan berbagai cara, seperti: hubungan seksual yang tidak aman, paparan cairan atau darah, menggunakan alat suntik napza secara bersama, dan melalui penularan perinatal (Kemenkes, 2016; Black & Hawks, 2014). Laksana & Lestari (2010) juga mengungkapkan hal yang sama bahwa perilaku seksual yang sering berganti pasangan dan melakukan anal seks tanpa menggunakan kondom merupakan penyebab *gay* sangat beresiko untuk tertular ataupun terinfeksi penyakit HIV/AIDS.

Peningkatan jumlah *gay* dapat beresiko meningkatkan angka penderita HIV/AIDS di dunia maupun di Indonesia. Gonzales & Henning-Smith (2017) yang menyatakan bahwa *gay* lebih memiliki resiko untuk terjadinya penurunan kesehatan dibandingkan

dengan heteroseksual. Menurut data CDC (*Centers for Disease Control and prevention*) di Amerika pada tahun 2016 menunjukkan bahwa terdapat 50 ribu infeksi HIV baru dan dua pertiga penderitanya adalah *gay*. Terjadi peningkatan 20% *gay* yang mengidap penyakit HIV/AIDS dari tahun 2010 hingga tahun 2016. Kementerian kesehatan RI (Kemenkes) tahun 2017 melaporkan bahwa peningkatan *gay* di dunia yang mengidap penyakit HIV/AIDS sudah mencapai 28%. Semakin banyaknya angka penderita HIV/AIDS maka derajat kesehatan Indonesiapun akan mengalami penurunan. Menurut data Kemenkes tahun 2016 jumlah *gay* yang menderita HIV/AIDS selalu mengalami peningkatan setiap tahunnya. Di Indonesia jumlah *gay* yang terinfeksi HIV meningkat dari tahun 2008 yaitu 6% menjadi 8% di tahun 2010. Provinsi di Indonesia dengan jumlah penderita HIV/AIDS terbanyak sampai dengan periode Juni 2016 adalah DKI Jakarta yaitu sebanyak 41.891 kasus.

Berdasarkan data yang cukup mengkhawatirkan di atas maka dibutuhkan penanganan khusus untuk mengendalikan jumlah penderita HIV/AIDS pada *gay*. Akan tetapi, masih banyak kendala yang dihadapi dalam menurunkan angka penderita HIV/AIDS di Indonesia, yaitu kesadaran menggunakan kondom yang masih rendah, penggunaan alat suntik narkoba secara bersama, serta masih sedikitnya penderita HIV/AIDS yang mendatangi layanan kesehatan untuk mendapatkan pengobatan (hanya sekitar 50%). Rendahnya penggunaan layanan kesehatan pada *gay* dengan HIV/AIDS tentunya berdampak terhadap penurunan kondisi kesehatan dan peningkatan resiko penularan penyakit (Ayu, 2014).

Beberapa hal yang menjadi penyebab *gay* dengan HIV/AIDS tidak menggunakan layanan kesehatan untuk mengobati penyakit yang dideritanya adalah adanya perasaan intimidasi dan perbedaan pelayanan yang didapatkan dari tenaga kesehatan dalam mengatasi dan memenuhi kebutuhan perawatan yang diinginkan mereka karena identitas *gendernya* (Zeeman, Aranda, Sherriff, & Cocking, 2017). *Gay* yang hidup dengan HIV/AIDS banyak mengalami stigma terkait orientasi seksual dan status mereka yang terinfeksi HIV/AIDS. Kombinasi pengalaman ini memiliki dampak terjadinya penurunan kualitas hidup dan terjadinya intimidasi pada diri sendiri yang dirasakan *gay*

sehingga menjadi stressor yang dapat memperburuk kesehatan mereka (Slater, Moneyham, Vance, Raper, & Mugavero, 2015).

Untuk meningkatkan kesadaran *gay* dalam menggunakan layanan kesehatan dibutuhkan suatu kondisi yang nyaman dan tidak mengalami diskriminasi saat mencari perawatan ataupun pertolongan medis (Parameshwaran, Cockbain, Hillyard, & Price, 2017). Akan tetapi, masih terdapat beberapa kondisi yang menjadi kendala *gay* dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yang maksimal, yaitu: kesulitan pengungkapan identitas, ketidaknyamanan dari petugas kesehatan, kerentanan dan resiko menjadi LGBT, perlu adanya advokasi atas diri sendiri, diskriminasi yang mencolok dan mengerikan dari petugas kesehatan, serta kondisi yang menormalisasikan identitas seksual mereka (Smith & Turell, 2017). Rosyad, Savitri, & Purwaningsih (2015) juga mengungkapkan bahwa adanya stigma yang diberikan petugas kesehatan terhadap *gay* ketika sedang mendapatkan pelayanan kesehatan. Stigma yang diberikan oleh perawat juga tidak jarang disebabkan oleh nilai-nilai dan keyakinan yang diyakininya terkait orientasi seksual pada *gay* (Stuart, 2016)

Pelayanan kesehatan dapat menjadi salah satu solusi dalam menurunkan angka HIV/AIDS pada *gay*. Sikap profesional dari petugas kesehatan ketika sedang merawat merupakan salah satu hal yang sangat diharapkan oleh *gay* (Neville & Henrickson, 2006). Pelayanan kesehatan yang profesional dapat meningkatkan motivasi *gay* dengan HIV/AIDS untuk rutin datang melakukan pengobatan sehingga angka penularaan penyakit dapat mengalami penurunan. Beberapa penelitian sudah dilakukan di negara lain untuk mengungkapkan harapan para homoseksual terhadap kualitas pelayanan kesehatan. Ada beberapa indikator kualitas pelayanan kesehatan yang diharapkan oleh *gay*, yaitu: kerahasiaan yang dapat dijaga, kepribadian yang dihormati, individu yang diperlakukan dengan belas kasihan dan rasa hormat (Smith & Turell, 2017).

Pelayanan kesehatan adalah suatu upaya yang dilakukan untuk meningkatkan kesehatan baik secara promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif (UU no 36 tahun 2009). Peningkatan layanan kesehatan tentunya berhubungan erat dengan perawat. Perawat adalah sebuah profesi yang bertugas memberikan asuhan keperawatan professional pada

pasien sehat maupun sakit, yang berdasarkan kebutuhan bio-psiko-sosio-spiritual. Asuhan keperawatan adalah suatu proses dari kegiatan perawat dalam melaksanakan *human caring* pada klien yang diawali dari pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi hingga melakukan evaluasi (Wilkinson,2016). Asuhan keperawatan merupakan salah satu hal yang sangat penting untuk menurunkan penularan infeksi yang dapat memperparah kondisi dari penderita HIV/AIDS. Asuhan keperawatan sangat mendukung untuk mengatasi kebutuhan fisik, psikologis, dan sosial individu secara berkelanjutan sambil memberikan perawatan diri, penggunaan sumber daya yang tersedia secara efisien, dan serta meningkatkan kualitas hidup individu (Petrovic, 2006).

Kualitas asuhan keperawatan merupakan hal yang harus selalu dievaluasi dan dilakukan pembaharuan untuk dapat meningkatkannya. Indonesia merupakan salah satu negara yang selalu berusaha melakukan peningkatan kualitas asuhan keperawatannya. Hal ini dibuktikan dengan sudah adanya standar pelayanan keperawatan terkait penyakit infeksi (salah satunya adalah penyakit HIV/AIDS) yaitu dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 10 tahun 2015 yaitu seluruh pasien maupun keluarga klien dengan HIV/AIDS harus diberikan sebuah konseling keperawatan terkait penyakit infeksi sehingga dapat meningkatkan kepercayaan diri, meningkatkan kesehatan, memiliki rasa tanggung jawab untuk tidak menularkan kepada orang lain, dan tidak mendapatkan diskriminasi melainkan mendapatkan dukungan dari keluarga dan masyarakat sekitar.

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan peneliti pada salah satu rumah sakit nasional di kota Jakarta didapatkan bahwa sudah dilaksanakannya standar asuhan keperawatan yang ditetapkan pada klien dengan HIV/AIDS yang ternyata juga dilaksanakan pada *gay* dengan HIV/AIDS. Beberapa tindakan yang dilakukan perawat dalam proses asuhan keperawatan adalah dimulai dengan pengkajian dari kondisi kesehatan sampai perilaku yang menyebabkan klien menderita HIV/AIDS. Tindakan yang biasanya dilakukan perawat ketika menemukan *gay* dengan HIV/AIDS adalah dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang perilaku seksual yang aman agar tidak menularkan kepada orang lain.

Hingga saat ini masih belum ada standar asuhan keperawatan yang lebih spesifik dalam memberikan asuhan keperawatan pada *gay* dengan HIV/AIDS. Standar asuhan keperawatan pada *gay* dengan HIV/AIDS tentunya dibuat berlandaskan asuhan keperawatan yang dibutuhkan oleh *gay* dengan HIV/AIDS khususnya yang terkait dengan persepsi *gay* terhadap asuhan keperawatan. Persepsi *gay* dapat mempengaruhi perilaku mereka dalam mencari pengobatan. Sayangnya, hingga saat ini di luar negeri maupun di Indonesia masih belum ada penelitian yang sudah dilakukan khusus untuk mengetahui asuhan keperawatan yang dibutuhkan *gay* dengan HIV/AIDS. Penelitian tersebut akan menjadi informasi penting dan menarik yang dapat digunakan perawat maupun sekolah pendidikan keperawatan dalam meningkatkan kualitas dari asuhan keperawatan, serta dapat mengembangkan intervensi keperawatan khususnya bagi *gay* yang menderita HIV/AIDS. Oleh karena itu, perlunya dilakukan penelitian untuk menggali persepsi *gay* dengan HIV/AIDS tentang asuhan keperawatan.

1.2 Rumusan Masalah

Stigma dan diskriminasi merupakan hal yang masih sering dialami oleh *gay* dan juga penderita penyakit HIV/AIDS di beberapa negara di dunia termasuk di Indonesia. Beberapa penelitian mengungkapkan bahwa stigma dan diskriminasi juga dirasakan oleh *gay* dan penderita HIV/AIDS pada tatanan layanan kesehatan yang seharusnya sebagai wadah bagi mereka untuk dapat meningkatkan kesehatannya. Stigma dan diskriminasi yang dialami *gay* dengan HIV/AIDS mengakibatkan rendahnya penggunaan layanan kesehatan untuk mengobati penyakit mereka dan hal ini berdampak pada penurunan kesehatan di Indonesia.

Salah satu bentuk layanan kesehatan adalah asuhan keperawatan. Perawat merupakan profesi yang sangat sering dan berhubungan langsung dengan pasien. Asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan dapat menjadi salah satu jawaban untuk mengendalikan jumlah *gay* yang menderita HIV/AIDS. Kurangnya pengetahuan akan kebutuhan asuhan keperawatan yang diharapkan oleh *gay* dengan HIV/AIDS dapat semakin meningkatkan jumlah kendala yang dialami untuk menurunkan jumlah penderita. Kondisi ini merupakan suatu kondisi yang memerlukan pemecahan masalah melalui suatu penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif untuk mengungkapkan

persepsi *gay* dengan HIV/AIDS tentang asuhan keperawatan. Diharapkan melalui hasil penelitian ini angka penderita HIV/AIDS dapat terkendali dan mengalami penurunan sehingga kesehatan di Indonesia semakin mengalami peningkatan. Maka dapat dirumuskan masalah dengan pertanyaan bagaimana persepsi *gay* dengan HIV/AIDS tentang asuhan keperawatan?

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi lebih dalam persepsi *gay* dengan HIV/AIDS tentang asuhan keperawatan.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Pelayanan Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan dalam pembuatan standar asuhan keperawatan pada *gay* dengan HIV/AIDS, sehingga nantinya dapat dijadikan konsep dasar dalam meningkatkan profesionalisme perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien *gay* yang mengalami HIV/AIDS

1.4.2 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi suatu data dasar pengembangan ilmu pengetahuan yang bermanfaat dalam mengembangkan asuhan keperawatan pada *gay* dengan HIV/AIDS

1.4.3 Bagi Pengembangan Metodologi Penelitian

Tulisan ilmiah ini diharapkan dapat menjadi referensi bagi penulis selanjutnya dalam mengembangkan penelitian berupa instrument untuk menilai asuhan keperawatan pada *gay* dengan HIV/AIDS

BAB II

LANDASAN TEORI

Bab ini akan membahas mengenai konsep teori terkait penelitian, mulai dari tinjauan tentang konsep dari *Gay*, HIV/AIDS, *gay* dengan HIV/AIDS, persepsi dan asuhan keperawatan.

2.1 *Gay*

2.1.1 Pengertian

Gay adalah salah satu bentuk perilaku seks yang menyimpang pada laki-laki yang ditandai dengan adanya rasa ketertarikan secara perasaan kasih sayang maupun hubungan emosional terhadap jenis kelamin yang sama (Hawari, 2009). Hal yang sama juga diungkapkan oleh Carroll (2015) bahwa homoseksual adalah suatu orientasi seksual pada sesama laki-laki yang mengalami ketertarikan secara emosional, fisik, seksual, dan romantis. Dapat disimpulkan bahwa *gay* adalah suatu bentuk perilaku seks menyimpang yang dialami oleh laki-laki dimana memiliki ketertarikan secara emosional, fisik, seksual, maupun romantisme pada sesama jenis.

2.1.2 Jenis *gay*

Menurut Hawari (2009), *gay* dibagi atas dua kategori, yaitu:

2.1.2.1 *Ego-Distonik*

Merupakan suatu keinginan untuk mendapatkan atau menambahkan kegairahan heteroseksual karena homoseksual yang dirasakan oleh individu merupakan sesuatu yang tidak diinginkan dan merupakan sebuah sumber penderitaan.

2.1.2.2 *Ego-Sintonik*

Merupakan suatu kondisi dimana individu merasa dirinya normal sebab tidak ada keluhan kejiwaan padahal kategori ini merupakan sebuah gangguan perilaku kejiwaan seperti stress, kecemasan, depresi, bahkan sampai psikotik. Kategori ini memiliki perbedaan dalam hal rasa cemburu dengan kaum heteroseksual dimana kategori ini memiliki rasa cemburu yang sangat kuat dan akibatnya mereka bisa melakukan sesuatu hal yang membahayakan orang lain seperti pembunuhan dan lain-lain. Pada kategori ini *gay* dibagi menjadi dua peran yaitu peran sebagai laki-laki dan juga peran sebagai perempuan.

2.1.3 Penyebab

Sampai saat ini belum diketahui secara pasti penyebab dari seseorang menjadi seorang *gay* namun sudah banyak penelitian yang dilakukan untuk menemukannya. Menurut Hawari (2009) bahwa terdapat beberapa faktor yang menyebabkan seseorang menjadi *gay* yaitu: faktor organobiologik, psikologik, lingkungan dan peran orang tua. Menurut Carroll (2015), penyebab terjadinya *gay* dibagi oleh dua tipe, yaitu: *essentialist* dan *construction*. *Essentialist* adalah suatu teori yang meyakini bahwa *gay* berbeda dengan heteroseksual dan dipengaruhi oleh faktor biologis. *Construction* adalah teori yang meyakini bahwa homoseksual dipengaruhi oleh perkembangan peran sosial dalam budaya dan zaman yang berbeda.

2.1.3.1 Teori Biologi

Teori biologi merupakan suatu teori yang mengklaim bahwa perbedaan orientasi seksual dipengaruhi oleh perbedaan fisik seperti genetik, hormon, urutan kelahiran, maupun ciri-ciri fisik.

a. Genetik

Franz Kallman pada tahun 1952 mengungkapkan bahwa homoseksual merupakan sebuah genetik. Dari hasil penelitian yang dilakukan pada kembar identik dan kembar fraternal didapatkan adanya pengaruh komponen genetik yang kuat terhadap pembentukan perilaku pada kaum *gay* namun hal ini belum dapat di generalisasikan. Seseorang yang kembar memiliki resiko lebih tinggi menjadi *gay*. Kembar identik beresiko 52%, kembar fraternal beresiko 22% dan memiliki saudara yang homoseksual juga bersiko menjadi homoseksual sebanyak 11% (Caroll, 2015; Gegenfurtner & Gebhardt, 2017). Hal yang menarik juga diungkapkan oleh Hamer & Colleagues (1993) bahwa ditemukannya ada gen *gay* pada kromosom. Beberapa penelitian sudah dilakukan untuk memastikan kebenaran teori ini. Hingga saat ini teori yang mengatakan bahwa *gay* merupakan genetik masih menjadi hal yang dipertanyakan karena jumlah *gay* yang masih mengalami peningkatan dari tahun ke tahun padahal mereka bukanlah seperti kaum heteroseksual lainnya yang bisa memiliki keturunan dan dapat menurunkan gen tersebut (Caroll, 2015).

b. Hormon

Hormon dianggap berpengaruh terhadap pembentukan perilaku homoseksual seperti *gay*. Beberapa penelitian menemukan bahwa adanya hubungan antara

ketidakstabilan hormon ibu pada saat hamil yang disebabkan karena stres terhadap pembentukan perilaku *gay* pada anak (Caroll, 2015).

c. Urutan kelahiran

Beberapa penelitian meneliti tentang hubungan antara urutan lahir dengan resiko menjadi homoseksual. Banyak *gay* yang ditemukan memiliki kakak laki-laki namun tidak memiliki kakak perempuan dan perbandingannya adalah 1:7. Urutan kelahiran dianggap berkontribusi pada orientasi homoseksual dengan dua cara yaitu : sel plasenta dari lapisan rahim dapat mempengaruhi kehamilan selanjutnya dan anak-anak yang lahir kemudian dapat mengembangkan respons kekebalan tubuh. Respons kekebalan ini dapat mempengaruhi gen yang bekerja selama proses perkembangan otak dan dianggap memiliki pengaruh dalam meningkatkan daya tarik anak laki-laki pada anak laki-laki lainnya (Caroll, 2015).

d. Fisiologi

Hipotalamus merupakan bagian dari otak yang berfungsi untuk mengatur dorongan seksual dari seseorang. Beberapa peneliti menjelaskan bahwa terdapat perbedaan besar bagian otak yaitu hipotalamus pada kaum homoseksual dengan heteroseksual dimana pada kaum homoseksual dapat memiliki ukuran lebih besar atau lebih kecil (Caroll, 2015).

2.1.3.2 Teori Perkembangan

Teori perkembangan pembentukan perilaku *gay*, antara lain:

a. Teori *Psychoanalytic* Sigmund Freud

Sigmund Freud meyakini bahwa setiap anak terlahir biseksual yaitu tertarik secara seksual kepada seluruh jenis kelamin baik perempuan maupun laki-laki (Caroll, 2015). Homoseksual dibedakan dalam intelektual yang tinggi dan budaya etis. Anak yang memiliki kedekatan dengan ibu namun memiliki hubungan yang jauh dengan ayah mengakibatkan anak memiliki ketakutan kepada ayah sehingga anak menjadi balas dendam melalui kastrasi. Sigmund Freud menyimpulkan bahwa perilaku *gay* muncul dari perasaan seksual tanpa adanya rangsangan dari luar.

b. Ketidaksetaraan *Gender*

Beberapa pengamatan yang dilakukan menyimpulkan bahwa anak laki-laki yang menunjukkan sifat bawaan *gender* seperti perempuan cenderung tumbuh menjadi

gay, sedangkan anak perempuan yang berperilaku seperti laki-laki lebih cenderung tumbuh menjadi lesbian (J.M. Bailey et al., 1995; Pillard, 1991). Hal ini tidak memiliki hubungan sebab akibat namun dianggap terkait.

Secara keseluruhan, anak laki-laki yang memiliki perilaku seperti wanita dipandang lebih negatif daripada perempuan yang memiliki perilaku seperti laki-laki (Sandnabba & Ahlberg, 1999). Seorang terapis yang bekerja dengan pria *gay* melaporkan bahwa mereka lebih sensitif dari anak laki-laki lain karena lebih mudah menangis dan tersinggung, memiliki lebih banyak minat estetis, lebih suka menikmati alam, seni, dan musik, dan tertarik pada anak laki-laki "sensitif" lainnya, anak perempuan dan orang dewasa. Sebagian besar pria ini juga merasa mereka kurang agresif seperti anak-anak daripada usia mereka, dan kebanyakan tidak menikmati ketika berpartisipasi dalam kegiatan kompetitif dan hal ini dirasakan sejak anak-anak (Isay, 1989 hal.23).

Anak laki-laki yang banci cenderung dilecehkan, ditolak, dan diabaikan oleh teman sebayanya dan memiliki lebih banyak psikopatologi (Zuker, 1990). Anak perempuan lebih diizinkan untuk menunjukkan permainan maskulin tanpa diejek, dan lebih tidak berperforma pada anak perempuan - menjadi "tomboi" - tidak berkorelasi dengan kecenderungan kemudian untuk menjadi seorang lesbian. Hal ini masih menjadi sesuatu hal yang perlu dilakukan kajian lebih lanjut karena kebanyakan pria *gay* tidak banci ketika masih anak-anak dan tidak selamanya laki-laki yang banci tumbuh menjadi *gay* (Caroll, 2015).

c. Interaksi Kelompok Teman Sebaya

Masa remaja merupakan masa terbentuknya dorongan seksual seseorang. Para remaja umumnya akan mulai tertarik kepada lawan jenisnya pada usia sekitar 15 tahun. Remaja laki-laki usia 12 tahun biasanya masih bermain dan berinteraksi dengan kelompoknya sehingga perasaan erotis yang muncul biasanya lebih fokus dan cenderung kepada laki-laki dan hal ini beresiko untuk menimbulkan rasa suka terhadap sesama jenis. Beberapa teori lain juga mendukung hal ini dengan suatu pernyataan bahwa homoseksual cenderung lebih cepat melakukan hubungan kontak

seksual dan semakin diyakinkan lagi bahwa dorongan seksual laki-laki lebih cepat muncul dari pada wanita (Caroll, 2015)

d. Teori Perilaku

Teori perilaku meyakini bahwa *gay* merupakan sebuah tingkah laku yang dipelajari. Masters dan Jhonsson (1979) percaya bahwa dalam masa-masa tertentu beberapa pria dan wanita akan memiliki perilaku suka kepada sesama jenis jika mereka memiliki hubungan heteroseksual yang buruk dan homoseksual yang menyenangkan. Hal yang menarik adalah adanya kecenderungan masyarakat memandang heteroseksual sebagai sebuah norma sehingga kaum homoseksual dianggap melanggar norma-norma yang ada di masyarakat (Caroll, 2015)

e. Teori Sosial

Teori sosiologi mencoba menjelaskan pengaruh kekuatan sosial terhadap pembentukan perilaku *gay* dalam sebuah kesusilaan. Konsep homoseksual, biseksual, dan heteroseksual adalah sebuah bentuk dari imajinasi sosial dimana tergantung dari bagaimana masyarakat memandang dan mendefinisikan hal tersebut, dengan kata lain, kita belajar cara berpikir budaya kita tentang seksualitas, dan kemudian kita menerapkannya pada diri kita sendiri. Kaum heteroseksual maupun homoseksual bukanlah fakta biologis melainkan hanya sebuah cara berpikir dan hal itu berkembang saat kondisi sosial berubah.

Di negara lain istilah-istilah homoseksual, biseksual dan heteroseksual tidak digunakan karena seksualitas seseorang tidak ditentukan oleh siapa rekannya. Para ilmuwan sering berasumsi bahwa homoseksualitas dan heteroseksualitas adalah kategori yang tidak bermasalah jika tidak dikaitkan dengan sosial budayanya. Anak laki-laki yang banci mulai bersikap homoseksual karena diberi label homoseksual atau disebut "homo" oleh teman sebayanya, sering diejek oleh saudara mereka, dan bahkan menyaksikan kekhawatiran dan ketakutan di wajah orang tua mereka sendiri tentang kondisinya. Mereka mulai menyalahkan dirinya sendiri dan kemudian mulai mencaritahu tentang perilaku homoseksualitas mereka dan akhirnya menemukannya. Jika masyarakat tidak membedakan seksual menjadi "homoseksual" dan "heteroseksual", mungkin anak laki-laki ini akan sangat mudah

berpindah menjadi pecinta sesama jenisnya tanpa harus memilih terlebih dahulu antara komunitas *gay* atau kembali menjadi kaum heteroseksual (Carroll, 2015)

f. Teori Interaksional : Biologi dan Sosial

Daryl Bem seorang psikolog sosial (1996) mengungkapkan bahwa variabel biologis, seperti genetika, hormon, dan neuroanatomi otak bukan merupakan penyebab orientasi seksual tetapi merupakan hal yang berkontribusi mempengaruhi pembentukan jenis dan aktivitas seksual pada anak-anak. Bem percaya bahwa laki-laki lebih suka permainan kasar, berantakan dan kompetitif sehingga mereka lebih suka bermain bersama laki-laki yang menyukai hal yang sama dan hal yang sama juga terjadi pada wanita dimana mereka lebih suka melakukan kegiatan atau beraktivitas dengan teman sesama wanita. Laki-laki dan wanita dalam proses perkembangannya akan memiliki jenis kelamin yang berbeda untuk hal romantis, namun ada beberapa yang mengalami hal yang berbeda dimana lebih memilih jenis kelamin yang sama.

Bem mengungkapkan teori "*Exotic become erotic*" yaitu teori yang menunjukkan bahwa perasaan seksual dapat berevolusi dan dapat meningkat ketika dalam suatu situasi satu jenis kelamin dianggap lebih eksotis atau berbeda dari dirinya sendiri karena teori ini menggabungkan isu biologi dan sosiologis dan banyak yang menyebutnya sebagai model interaktif. Bem menegaskan bahwa anak-anak *gay* memiliki teman bermain sesama jenis saat tumbuh dewasa, dan ini menyebabkan mereka melihat jenis kelamin yang sama dengan lebih "eksotis" dan menarik. Namun saat ini penelitian ini menjadi kotradiktif karena banyaknya *gay* yang melaporkan memiliki banyak teman sesama maupun berbeda jenis saat proses perkembangannya (Carroll, 2015).

2.1.4 Tahap-Tahap menjadi *gay*

Tahapan dari tingkatan heteroseksual sampai menjadi *gay* dibagi menjadi 5 tingkatan menurut Hawari (2009), yaitu :

- a. Heteroseksual murni 100%
- b. Memiliki ketertarikan heteroseksual dan homoseksual dimana heteroseksual 75% dan homoseksual 25%

- c. Ketertarikan heteroseksual 50% dan ketertarikan homoseksual 50%
- d. Ketertarikan heteroseksual 25% dan ketertarikan homoseksual 75%
- e. Homoseksual murni : *gay* (100%)

Menurut Caroll (2015) tahapan homoseksual dibagi mulai dari skala 0-6, yaitu:

- a. 0 = perilaku heteroseksual saja
- b. 1 = memiliki perilaku heteroseksual dan homoseksual, namun perilaku heteroseksual jauh lebih mendominasi
- c. 2 = memiliki perilaku heteroseksual dan homoseksual, namun perilaku heteroseksual sedikit lebih mendominasi
- d. 3 = perilaku homoseksual dan heteroseksual memiliki porsi yang sama
- e. 4 = memiliki perilaku homoseksual yang porsinya sedikit lebih banyak dari heteroseksual
- f. 5 = memiliki perilaku homoseksual yang porsinya lebih banyak dari heteroseksual
- g. 6 = perilaku homoseksual saja

2.1.5 Dampak

Perilaku seksual yang dimiliki oleh *gay* sering menjadi salah satu penyebab munculnya intimidasi dan diskriminasi yang mereka dapatkan baik dari keluarga, masyarakat maupun petugas kesehatan. Beberapa dampak dari intimidasi dan diskriminasi yang dialami *gay* mengakibatkan mereka mengalami gangguan kecemasan, citra tubuh, depresi, dan beresiko melakukan bunuh diri (Connolly & Lynch, 2016)

2.2 HIV/AIDS

HIV (*Human Immunodeficiency virus*) merupakan suatu virus yang menyebabkan penyakit AIDS atau penyakit menular kelamin yang pada mulanya dialami oleh *gay*. HIV dapat mengakibatkan rusaknya sistem kekebalan dan pertahanan tubuh orang yang terinfeksi sehingga mempermudahnya untuk terkena penyakit yang dapat berakibat fatal bahkan sampai kematian (Black & Hawks, 2014; Kemenkes, 2016). Penularan penyakit HIV/AIDS mengalami peningkatan kecepatan dalam menularkan. Diperkirakan penularan HIV/AIDS terjadi pada lima orang dalam satu menitnya. Penularan HIV/AIDS dapat terjadi melalui hubungan seksual yang tidak aman, jarum suntik,

transfusi darah, paparan cairan tubuh/darah, dan melalui hubungan perinatal (Hawari, 2009; Black & Hawks, 2014). Infeksi HIV paling banyak terjadi pada laki-laki dan usia 25-49 tahun.

Perjalanan Penyakit HIV berbeda-beda pada setiap orang. Terdapat beberapa faktor yang dapat menurunkan kekebalan tubuh penderita HIV, yaitu: malnutrisi, penyalahgunaan obat-obatan, kondisi alergi, genetik, usia, kehamilan, jenis kelamin, dan adanya infeksi lain. Penanganan dari tenaga kesehatan merupakan hal yang sangat dianjurkan bagi penderita HIV untuk menurunkan resiko terjadinya penurunan kekebalan tubuh yang dapat terjadi terus menerus. Antiretroviral (ARV) merupakan salah satu bagian pengobatan dan juga pencegahan penyebaran HIV dengan menurunkan kecepatan virus HIV dalam darah, air mani, cairan vagina dan cairan dubur (Roth et al., 2018). ARV merupakan obat yang saat ini menjadi penolong bagi penderita HIV karena dapat meningkatkan kelangsungan hidup mereka.

Mempertahankan kesehatan, mencegah komplikasi penyakit menular merupakan hal yang menjadi tujuan pengobatan pada klien dengan HIV dan hal ini dapat dicapai jika adanya sebuah perubahan perilaku gaya hidup. Ada beberapa hal yang mengakibatkan tidak maksimalnya pengobatan pada orang yang terinfeksi HIV yaitu sosial ekonomi yang rendah, tidak menggunakan layanan kesehatan, mendapatkan pelayanan di rumah sakit dengan pengalaman AIDS terbatas, dan ditangani dokter atau petugas kesehatan yang tidak memiliki pengalaman yang banyak dalam merawat pasien dengan HIV/AIDS (Black & Hawks, 2014).

Di Indonesia program pengendalian penyakit HIV selalu dilakukan dan dikembangkan, namun hingga saat ini masih belum dapat terlaksana dengan maksimal. Stigma dan diskriminasi merupakan hal yang sering menjadi kendala dalam pengendalian penyakit HIV karena sangat mempengaruhi hidup penderita HIV, keluarga, beserta lingkungannya. Stigma dan diskriminasi mengakibatkan enggan orang dengan HIV/AIDS mencari layanan kesehatan dan dukungan sosial untuk mengobati penyakitnya (Kemenkes RI, 2012).

2.3 *Gay* dengan HIV/AIDS

Gay merupakan kelompok yang beresiko tinggi menderita HIV/AIDS (Hawari, 2009; Black & Hawks, 2014; Connolly & Lynch, 2016; Henny, 2018). Black & Hawks (2014) dan Kemenkes (2016) melaporkan bahwa *gay* merupakan kelompok yang mengalami peningkatan terinfeksi HIV dari tahun ke tahun. Banyak penelitian yang sudah dilakukan untuk memastikan penyebab peningkatan HIV/AIDS pada *gay*. Pereira, Caldeira, & Monteiro (2017) dan Henny, Nanin, Gaul, Murray, & Sutton (2018) mengungkapkan bahwa identitas seksual *gay* seperti melakukan hubungan seksual melalui anal tanpa menggunakan kondom merupakan salah satu penyebab penularan HIV. Hal yang sama juga diungkapkan oleh Henny et al (2018) bahwa *gay* memiliki beberapa perilaku seksual yang dianggap beresiko tinggi dan dapat meningkatkan penularan virus HIV yaitu melakukan hubungan seksual dengan anal seks, sering gonta-ganti pasangan, dan perilaku tidak menggunakan kondom.

Gay dengan HIV/AIDS adalah kelompok yang sering mendapatkan stigma dan diskriminasi. Slater et al (2015) menyatakan bahwa *gay* yang hidup dengan HIV sering menghadapi stigma terkait orientasi seksual dan status terinfeksi virus HIV yang mengakibatkan terjadinya dampak yang signifikan terhadap penurunan kualitas hidup mereka. Banyaknya stigma yang diberikan kepada *gay* dengan HIV/AIDS sering membuat *gay* merasa dikucilkan secara sosial yang menjadikannya sebagai pengalaman negatif yang berpotensi menimbulkan gangguan jiwa (Henny et al., 2018). Stigma, diskriminasi, dan pengalaman negatif ini dapat berdampak negatif terhadap perkembangan dan pengalaman identitas seksual terutama pada *gay*. Lingkungan yang bersahabat merupakan salah satu cara yang dapat menurunkan stigma pada *gay* dengan HIV (Brooks et al., 2017).

2.4 Persepsi

2.4.1 Pengertian

Persepsi adalah tanggapan dari sesuatu hal yang diperoleh dari panca indra (Bodenhausen & Hugenberg, 2009). Persepsi adalah suatu tanggapan (penerimaan) langsung dari sesuatu dan merupakan suatu proses seseorang mengetahui beberapa hal

melalui panca inderanya (KKBI). Hal yang sama juga diungkapkan oleh Pieter & Lubis (2010), persepsi adalah proses dari mengamati dunia luar yang dimulai dari memberikan perhatian, memberikan pemahaman, dan pengenalan terhadap objek/peristiwa yang terjadi. Beberapa penelitian mengatakan bahwa persepsi akan mempengaruhi tindakan dari individu secara nyata.

2.4.2 Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap pembentukan persepsi

Secara umum faktor-faktor yang berpengaruh dalam pembentukan persepsi seseorang menurut Pieter & Lubis (2010) adalah :

a. Minat

Seseorang yang memiliki minat yang tinggi terhadap sesuatu seperti objek maupun peristiwa maka akan meningkatkan minat seseorang untuk mempersepsikan objek dan peristiwa tersebut

b. Kepentingan

Kepentingan juga merupakan salah satu yang berperan dimana semakin dirasakannya kepentingan terhadap sesuatu objek maupun peristiwa maka akan membuat seseorang semakin peka terhadap objek-objek persepsinya

c. Kebiasaan

Kebiasaan adalah suatu hal yang sering dilakukan secara terus menerus yang membuat objek atau peristiwa semakin sering dirasakan yang membentuk persepsi seseorang

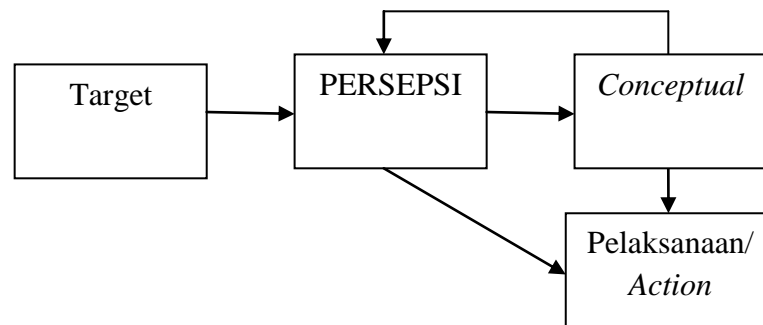
d. Konstansi

Konstansi juga merupakan salah satu faktor yang membentuk persepsi seseorang karena adanya kekonstanan seseorang dalam melihat objek atau kejadian walaupun sebenarnya bervariasi dalam bentuk, ukuran, warna, dan kecemerlangannya.

2.4.3 Proses pembentukan persepsi

Persepsi adalah tanggapan dari sesuatu hal yang diperoleh dari panca indra. Proses terbentuknya sebuah persepsi diawali dari adanya perhatian selektif yang sangat bergantung dari sifat stimulus yang diberikan. Perhatian selektif dipengaruhi oleh sikap dan keadaan motivasi dari persepsi. Persepsi seseorang dipengaruhi oleh sikap, kepercayaan, keadaan emosional, motivasi dan pengalaman masa lalu. Persepsi akan menghasilkan sebuah perilaku atau akan mempengaruhi perilaku yang akan dihasilkan. Persepsi merupakan sebuah stimulus yang dapat mengaktifasi langsung perilaku dan

berpotensi menghasilkan perilaku impulsif yang sesuai dan juga dapat mengaktifkan pengetahuan yang relevan dan proses penalaran yang sadar dalam menghasilkan perilaku bijaksana pada konsekuensi yang berbeda (Bodenhausen & Hugenberg, 2009).



Skema 2.1 Proses pembentukan persepsi
Sumber : Bodenhausen & Hugenberg (2009)

2.5 Asuhan Keperawatan

2.5.1 Pengertian

Asuhan keperawatan adalah suatu proses kegiatan keperawatan yang diberikan oleh perawat untuk mengekspresikan *human caring* secara langsung kepada klien di tatanan layanan kesehatan (Wilkinson, 2016). Nursalam & Dian (2011) mengungkapkan asuhan keperawatan merupakan suatu proses pendekatan yang bertujuan untuk memecahkan masalah (*problem-solving*) dengan menggunakan ilmu, teknik, dan keterampilan interpersonal dalam memenuhi kebutuhan klien, keluarga, dan masyarakat. Asuhan keperawatan terdiri atas proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian (proses pengumpulan data), perumusan dari diagnosa keperawatan, perencanaan dari asuhan keperawatan yang akan diberikan, pelaksanaan tindakan/memberikan intervensi keperawatan, hingga melaksanakan evaluasi dari tindakan keperawatan yang sudah diberikan (PPNI, 2005).

2.5.2 Asuhan Keperawatan pada HIV/AIDS

Program pengendalian penyakit HIV saat ini sudah mengalami kemajuan namun beberapa data menunjukkan bahwa kualitas dan efektifitas dari intervensi dan layanan kesehatan masih dirasa belum maksimal dalam memberikan pelayanannya. Menurut Kemenkes RI (2012) bahwa kondisi ini dapat terjadi karena adanya kesenjangan

koordinasi antar petugas kesehatan, kurangnya minat klien pada layanan dan karena adanya tantangan komprehensif pada beberapa daerah.

Pengendalian HIV/AIDS bukanlah suatu hal yang mudah. Tingginya stigma dan diskriminasi di lingkungan masyarakat sering mempengaruhi sikap-sikap dan tindakan klien dengan HIV/AIDS. Stigma dan diskriminasi ternyata juga didapatkan penderita HIV/AIDS dari petugas kesehatan seperti perawat. Stigma yang diberikan oleh perawat berasal dari nilai-nilai dan keyakinan pribadinya tentang penyakit HIV/AIDS (Stuart, 2016). Maher (2010) mengungkapkan masih terdapatnya stigma yang diberikan oleh perawat pada klien dengan HIV/AIDS. Stigma dan diskriminasi mengakibatkan orang dengan HIV/AIDS (ODHA) enggan untuk mencari layanan kesehatan dan dukungan sosial yang seharusnya dapat mereka peroleh.

Persepsi merupakan salah satu yang mempengaruhi sikap atau tindakan penderita HIV. Waluyo, Nurachmah, dan Rosakawati (2006) mengungkapkan bahwa persepsi klien dengan HIV/AIDS tentang HIV/AIDS dipengaruhi oleh beberapa hal, seperti: tingkat pengetahuan tentang penyakit dan cara penularan dari HIV/AIDS yang masih rendah, masih belum terinformasinya penyakit dengan baik, adanya kepercayaan/nilai yang salah tentang penyakit dan cara penularannya, terdapat rasa takut dikucilkan sehingga memilih untuk merahasiakan tentang penyakit yang dialami, terdapat perasaan tersisih/dikucilkan dan diintimidasi yang dilakukan oleh keluarga dan kelompok tertentu, dan adanya rasa putus asa dan harapan.

HIV/AIDS adalah salah satu penyakit infeksi yang menjadi permasalahan kesehatan terbesar di Indonesia. Perawat merupakan pelayan kesehatan yang harus turut andil untuk melakukan asuhan keperawatan bermutu, terintegrasi, dan berkesinambungan. Adanya Standar dari asuhan keperawatan menjadi hal yang sangat penting dalam memberikan asuhan. Standar praktik keperawatan adalah komitmen dan harapan dari seluruh profesi keperawatan untuk melindungi masyarakat dengan pemantauan terhadap praktik yang dilakukan oleh anggota profesi keperawatan (PPNI, 2005)

Kementrian Kesehatan RI dalam Peraturan kesehatan RI no 10 tahun 2015 sudah menetapkan standar asuhan keperawatan pada penyakit infeksi yang salah satunya adalah penyakit HIV/AIDS. Di dalam standar asuhan keperawatan sudah terdapat ketetapan bahwa pasien maupun keluarga diberikan sebuah konseling keperawatan penyakit infeksi dengan tujuan agar dapat meningkatkan percaya diri pasien, meningkatkan kesehatan, memiliki rasa tanggung jawab untuk tidak menularkan kepada orang lain, agar tidak mendapatkan diskriminasi dan mendapatkan dukungan dari keluarga.

Indikator konseling keperawatan untuk penyakit Infeksi (HIV/AIDS) menurut peraturan menteri kesehatan RI no 10 tahun 2015 adalah:

- a. Ada SPO *informed concent* pemeriksaan HIV.
- b. Ada SPO yang berkaitan dengan perawatan HIV/ AIDS, PMS, TB.
- c. Ada program pelatihan CST, VCT, PITC yang berkesinambungan
- d. Ada perawat yang kompeten dalam memberikan konseling yang sudah terlatih CST (*case support treatment*), VCT (*voluntary counseling testing*), PITC (*provider initiated test counseling*).
- e. Ada ruang konseling yang memenuhi persyaratan (kedap suara, satu akses, ruangan nyaman, dan sarana yang lengkap).
- f. Ada unit penunjang yang memadai (laboratorium klinik, Pokja HIV, PMS TB, farmasi, gizi, klinik DOTS, klinik PMTCT).
- g. Memberikan konseling keperawatan dengan memperhatikan keamanan dan kenyamanan pasien.
- h. Ada dokumentasi pelaksanaan konseling keperawatan

Proses asuhan keperawatan pada klien dengan HIV/AIDS mulai dari pengkajian hingga evaluasi, yaitu:

2.5.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah proses pengumpulan data dan merupakan langkah awal dalam berpikir kritis untuk pengambilan keputusan yang menghasilkan diagnosa keperawatan (Wilkinson, 2016). Beberapa hal yang perlu diperhatikan pada pengkajian keperawatan klien dengan HIV/AIDS adalah perjalanan klinis pasien dari tahap terinfeksi HIV sampai

tahap AIDS. Penurunan derajat imunitas klien HIV/AIDS berdampak terhadap peningkatan risiko dari tingkat keparahan infeksi (Nursalam & Dian, 2011). Menurut Black & Hawks (2014) tujuan dari pengkajian pada klien dengan HIV/AIDS adalah untuk meningkatkan perilaku pemeliharaan kesehatan dan mengatasi masalah-masalah yang berpotensi dihadapi klien selama sakit.

Beberapa hal yang harus dilakukan oleh perawat dalam proses pengkajian klien HIV/AIDS menurut Black & Hawks (2014) dan Nursalam & Dian (2011) adalah:

- a. Memberikan informasi terkait penyakit untuk mengidentifikasi masalah yang dihadapi dan rencana untuk mengatasinya, namun terlebih dahulu mengevaluasi pengetahuan klien.
- b. Mengkaji beberapa faktor selain masalah fisik yang dapat memperberat kondisi klien HIV/AIDS, seperti : perasaan tidak berdaya/ putus asa, masih *denial*, marah, cemas akan perkembangan infeksi, merasa bersalah dengan gaya hidup sebelumnya, perubahan dalam hubungan pribadi, perasaan malu dan tidak berguna terhadap masyarakat, merasa terisolasi/ mengalami penolakan, dan menjadi sangat bergantung dengan orang lain.

Hal-hal penting yang perlu dilakukan oleh perawat untuk mengetahui keluhan klien dengan HIV/AIDS menurut Stuart (2016), adalah:

- a. Mendengarkan tanpa melakukan pembelaan diri
- b. Menyediakan yang dibutuhkan klien jika memungkinkan
- c. Mengekspresikan penyesalan yang tulus terhadap situasi yang nyata
- d. Meluangkan waktu kepada klien dan keluarga untuk sharing tentang hal-hal yang dialami, hambatan, serta rencana yang akan dilakukan untuk mengatasinya

2.5.2.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah sebuah hasil analisa dari pengkajian yang menggambarkan kondisi pasien yang diobservasi yang dapat merupakan masalah aktual, potensial maupun diagnosis sejahtera (PPNI, 2005; Wilkinson, 2016). Diagnosa keperawatan pada klien dengan HIV/AIDS selalu terkait dengan respon biologis, respon

adaptif psikologis (strategi koping), respon sosial (keluarga dan *peer group*), dan respon spiritual (Nursalam & Dian, 2011).

Menurut Black & Hawks (2014) dan Nursalam & Dian (2011), diagnosa keperawatan terkait aspek psikososial yang muncul pada klien dengan HIV/AIDS, adalah:

- a. Resiko ketidakefektifan penatalaksanaan rejimen teraupetik
- b. Kecemasan berhubungan dengan prognosis yang tidak jelas, persepsi tentang efek penyakit dan pengobatan terhadap gaya hidup
- c. Gangguan gambaran diri berhubungan dengan penyakit kronis, alopecia, penurunan berat badan, dan gangguan seksual.
- d. Koping individu tidak efektif berhubungan dengan kerentanan individu dalam situasi krisis (misalnya penyakit terminal).
- e. Berduka, disfungsi/diantisipasi berhubungan dengan kematian atau perubahan gaya hidup yang segera terjadi, kehilangan fungsi tubuh, perubahan penampilan, ditinggalkan oleh orang yang berarti (orang terdekat).
- f. Keputusan berhubungan dengan perubahan kondisi fisik, prognosis yang buruk
- g. Ketidakberdayaan berhubungan dengan penyakit terminal, bahan pengobatan, perjalanan penyakit yang tidak bisa diprediksi
- h. Harga diri rendah (kronik, situasional) berhubungan dengan penyakit kronis, krisis situasional.
- i. Isolasi sosial berhubungan dengan stigma, ketakutan orang lain terhadap penyebaran infeksi, ketakutan diri sendiri terhadap penyebaran HIV, moral budaya dan agama, penampilan fisik, gangguan harga diri dan gambaran diri
- j. Risiko kekerasan yang diarahkan pada diri sendiri dengan faktor resiko: ide bunuh diri, keput

2.5.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan perencanaan tindakan asuhan keperawatan yang akan dilakukan untuk menyelesaikan masalah-masalah (Wilkinson, 2016). Beberapa intervensi keperawatan yang dibutuhkan pada klien dengan HIV/AIDS menurut Black & Hawks (2016) adalah memberikan edukasi tentang manajemen stres, olahraga, praktik seks yang aman, proses infeksi HIV/AIDS, nutrisi, perawatan diri, pemakaian

obat suntik, pembatasan konsumsi alkohol, penghindaran dari paparan terhadap patogen menular, pentingnya kontrol dan pengobatan pada petugas kesehatan, dan pemahaman tentang pentingnya deteksi dini HIV.

Intervensi keperawatan pada klien HIV/AIDS yang merupakan salah satu penyakit yang mengancam kehidupan menurut Stuart (2016) terdiri atas 6 tahap, yaitu:

- a. Tahap pertama, yaitu tahap adanya tanda dan kecurigaan hasil tes diagnostik. Pada tahap ini muncul rasa syok, ketakutan, keingintahuan, dan harapan dari klien terkait penyakit HIV/AIDS yang dideritanya. Tindakan perawat pada tahapan ini adalah membantu klien memfokuskan kembali kondisi yang terjadi, mempersiapkan kondisi, membantu klien untuk menghilangkan penilaian keputusan, menunjukkan kepedulian dan memberikan informasi yang relevan.
- b. Tahap kedua, yaitu tahap menunggu diagnosis. Pada tahapan ini klien mengalami rasa ansietas, khawatir, berharap, dan ketakutan. Tindakan keperawatan pada tahapan ini adalah mengatasi ansietas yang dialami klien sesuai kebutuhan, berfokus pada apa yang dipikirkan klien, membantu klien menghadapi keraguan yang dirasakan, dan membantu klien untuk beralih dari perhatian/fokus terhadap penyakit yang dialami
- c. Tahap ketiga, yaitu tahap diagnosis tidak berbahaya atau keputusan untuk pengobatan. Pada tahapan ini klien sudah merasakan lega. Tindakan keperawatan pada tahapan ini adalah melakukan edukasi.
- d. Tahap keempat, yaitu tahap diagnosis yang mengancam hidup. Pada tahapan ini klien sudah memiliki ketabahan untuk berjuang, merasa ketakutan, terdapat peyangkalan, penuh harapan, hilangnya harapan, marah, perasaan bersalah, depresi, atau tidak terkontrol. Tindakan keperawatan pada tahapan ini adalah memberikan informasi tentang penyakit dan pilihan pengobatan, memberikan pelayanan yang terapeutik, menanyakan tentang rencana dari perawatan, membantu menyeimbangkan antara harapan dengan kemungkinan, memberikan waktu untuk berdiskusi tentang pilihan yang diambil, menganjurkan klien untuk bernostalgia namun tetap bersikap positif, memberikan klien dan keluarga untuk mengekspresikan kemarahan yang dirasakan, menawarkan tentang kebutuhan spiritualitas, mengkaji adanya depresi, membantu klien untuk dapat bertahan mengendalikan situasi yang dialami.

- e. Tahap kelima, yaitu tahap usaha untuk pemulihan atau penyembuhan. Pada tahapan ini klien sudah merasa terkontrol, berani, berharap untuk sembuh, percaya, berkecil hati, depresi. Tindakan keperawatan pada tahapan ini adalah menjawab pertanyaan dengan jujur, memberikan umpan balik yang dapat meningkatkan mekanisme koping yang lebih baik, membantu klien untuk memahami hasil laboratorium, menanyakan tentang spiritual dari klien, menunjukkan sikap optimis dan terbuka, dan mengatasi depresi klien jika terjadi.
- f. Tahap keenam, yaitu tahap paliatif/menjuju kematian. Pada tahapan ini klien mungkin akan mengalami penyangkalan, antisipasi dukacita, marah, penerimaan, menghargai kenyamanan, atau sudah berharap untuk meninggal dengan kondisi “ baik”. Tindakan keperawatan pada tahapan ini adalah mencoba mendiskusikan tentang “bagaimana jika”, membantu klien untuk meninjau ulang kehidupan, menjelaskan tentang pentingnya dukungan dari keluarga, membangun kembali harapan klien, menjelaskan kepada klien dan keluarga tentang hal-hal yang harus dipersiapkan pada saat-sat terakhir, menawarkan untuk mengukur perawatan paliatif dan mengurangi gejala yang mengganggu.

2.5.2.4 Evaluasi

Evaluasi adalah proses keperawatan untuk mengetahui seberapa jauh diagnosa, rencana keperawatan, dan intervensi keperawatan sudah berhasil tercapai (Wilkinson, 2016). Hal-hal yang perlu dievaluasi setelah melakukan intervensi keperawatan adalah adanya perasaan sejahtera, terjadinya peningkatan dari kemampuan, dan adanya kepuasan dengan intervensi yang diberikan (Stuart, 2016).

2.5.3 Asuhan Keperawatan pada *gay* dengan HIV/AIDS

Masalah perilaku seksual merupakan salah satu hal yang menjadi tantangan bagi perawat dalam memberikan intervensi. Perbedaan nilai-nilai dan keyakinan dari perawat sering berdampak dalam proses pemberian asuhan keperawatan pada *gay* dan juga pada *gay* dengan HIV/AIDS. Beberapa hal yang harus dimiliki perawat sebelum memberikan asuhan keperawatan pada *gay* menurut Stuart (2016), adalah:

- a. Adanya kesadaran tentang nilai-nilai atau keyakinan akan seksualitas pada dirinya

- b. Memiliki pengetahuan yang cukup tentang semua hal yang berhubungan dengan asuhan keperawatan yang berkualitas pada *gay*
- c. Menyadari bahwa setiap orang memiliki nilai-nilai dan keyakinan yang berbeda tentang seksualitas yang dimilikinya

Perawat berkewajiban untuk memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas tinggi, aman, dan efektif pada klien *gay* dengan HIV/AIDS. Dalam proses memberikan asuhan keperawatan pada *gay* perawat melakukan pengkajian dengan mengajukan beberapa pertanyaan terbuka tentang kesehatan seksual dari klien dan memberikan waktu untuk mendiskusikan pemahaman klien tentang perilaku seksualnya mulai dari faktor-faktor penyebab, penilaian terhadap perilaku seksual yang sedang dialami sekarang, sumber koping, serta mekanisme koping namun tetap peka dengan latar belakang budaya (Stuart, 2016).

Hal-hal yang perlu diperhatikan dan dilakukan oleh perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien *gay* dengan HIV/AIDS adalah memastikan bahwa *gay* dengan HIV/AIDS memiliki akses yang mudah ke pelayanan kesehatan, kelompok sosial dan sumber daya lainnya, menggunakan bahasa terbuka saat berbicara pada klien *gay* dengan HIV/AIDS sehingga dapat meningkatkan kepercayaan diri mereka untuk bersikap terbuka tentang orientasi seksualnya, membuat sebuah kebijakan untuk menjaga *privacy* klien dengan memberikan mereka kebebasan apakah orientasi seksual mereka dapat dicantumkan dalam catatan medis mereka atau tidak, tidak memberikan diskriminasi terkait orientasi seksualnya, mendiskusikan pandangan klien tentang penyimpangan seksual yang mereka hadapi serta permasalahan dan cara mengatasinya dan membuat kebijakan tentang prosedur perawatan klien di rumah (Peate, 2013).

Tindakan keperawatan yang harus dilakukan oleh perawat pada klien *gay* dengan HIV/AIDS menurut Black & Hawks (2014), Kemenkes (2015), Nursalam & Dian, 2011, dan Peate (2013) adalah :

a) **Konseling**

Konseling adalah suatu cara yang digunakan untuk mengubah perilaku seseorang (Luddin, 2010). Konseling merupakan salah satu tindakan dari asuhan keperawatan pada klien *gay* dengan HIV/AIDS yang ada dalam standar/ketetapan peraturan

kesehatan RI tahun 2015. Konseling yang diberikan bertujuan untuk meningkatkan kesehatan klien, meningkatkan percaya dirinya, agar tidak mendapatkan stigma maupun diskriminasi, dan agar mendapatkan dukungan dari keluarga (Peraturan Kesehatan RI No 10 tahun 2015). Beberapa hal yang dapat dilakukan oleh perawat dalam proses pelaksanaan konseling adalah memberikan kesempatan pada klien untuk menceritakan kondisi dan perasaan mereka, kondisi dari orientasi seksualnya, penyesalannya dan ketakutan yang dimiliki, mengungkapkan berbagai masalah yang dihadapi, serta mendiskusikan cara untuk mengatasinya (Stuart, 2016)

b) Pemberian terapi obat ARV

Obat ARV (antiretroviral) merupakan obat yang dapat membantu klien dengan HIV/AIDS untuk dapat lebih lama bertahan hidup dan dapat meningkatkan kualitas dari hidup mereka. Obat ARV adalah obat yang harus di minum seumur hidup. Banyak kendala yang dihadapi untuk menjaga komitmen klien untuk tetap mau rutin meminum obat, yaitu: motivasi dalam diri dan pengetahuan klien yang kurang tentang penyakit yang dideritanya. Beberapa tindakan perawat yang dapat dilakukan adalah meningkatkan komitmen klien untuk selalu minum obat, adalah: mampu berkomunikasi dengan baik, mampu memberikan informasi tentang obat dan kegunaannya secara jelas, mampu mengajak dan memberikan penghiburan pada klien, mampu mempengaruhi, mampu memberikan semangat agar tetap semangat dalam menjalani pengobatannya. Terdapat hubungan yang signifikan antara pelaksanaan peran perawat sebagai edukator dengan peningkatan kepatuhan klien dengan HIV/AIDS dalam meminum obat ARV (Astuti & Mulyaningsih, 2017)

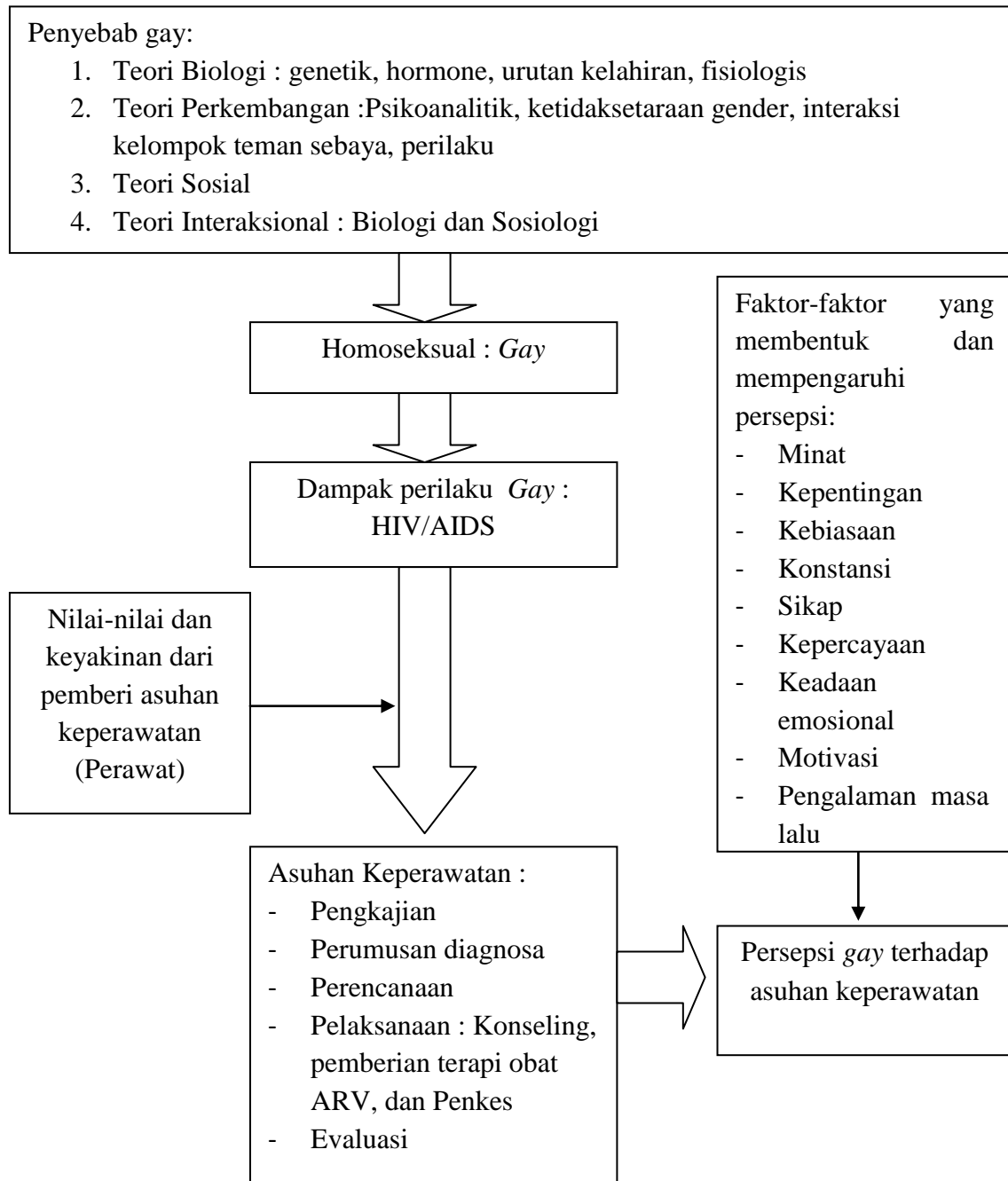
c) Edukasi/ Pendidikan Kesehatan

Pemberian pendidikan kesehatan pada klien yang terkena HIV/AIDS merupakan hal yang harus dilakukan secara terus menerus. Pendidikan kesehatan yang perlu diberikan adalah pendidikan kesehatan yang bertujuan untuk mempertahankan kesehatan seperti: manajemen stres, perilaku seks yang aman, olahraga, infeksi HIV, Nutrisi, perawatan kulit, perawatan rutin mulut, mengajarkan cara cuci tangan yang benar, lingkungan yang bersih dan aman, dampak menggunakan obat suntik, dan tentang manfaat melakukan kontrol pada tenaga kesehatan (Black & Hawks, 2014)

Asuhan keperawatan yang diikuti oleh sikap negatif (stigma) dari perawat akan mempengaruhi kualitas dari asuhan keperawatan yang diterima oleh *gay* dengan HIV/AIDS. *Gay* yang menderita HIV/AIDS mengalami berbagai bentuk stigma yang berdampak pada penurunan kualitas hidup mereka (Slater et al., 2015). Beberapa masalah yang rentan dialami oleh *gay* yang hidup dengan HIV/AIDS adalah depresi, dukacita, kesehatan mental yang buruk, dan penyalahgunaan obat.

Peningkatan kebutuhan akan asuhan keperawatan terkait kesehatan mental pada *gay* dengan HIV/AIDS sering diabaikan oleh perawat sementara dengan adanya depresi dan masalah kesehatan mental lainnya dapat memperburuk kekebalan tubuh *gay* dengan HIV/AIDS (Peate, 2013). Di Indonesia masih belum terdapat standar asuhan keperawatan yang baku pada *gay* dengan HIV/AIDS. Program, intervensi keperawatan, dan kebijakan yang dirancang untuk mengurangi stigma pada *gay* dengan HIV/AIDS merupakan hal yang sangat dibutuhkan untuk berhasil mencapai kesejahteraan psikologis (Aristegui, Radusky, Zalazar, Lucas, & Sued, 2017). Faktor-faktor yang merupakan evaluasi dari asuhan keperawatan pada *gay* dengan HIV/AIDS adalah adanya rasa sejahtera setelah mendapatkan intervensi, adanya perbaikan atau peningkatan kemampuan dalam mengatasi kondisi yang dialami, serta adanya kepuasan terhadap hasil dari intervensi yang diberikan.

2.6 Alur Pikir



Skema 2.2 Alur Pikir

Sumber : Bodenhausen & Hugenberg (2009), Galotti (2013), Pieter & Lubis (2010), Stuart (2016)

BAB III

METODE PENELITIAN

Bab ini menjelaskan mengenai desain penelitian, subjek penelitian, waktu dan tempat penelitian, etika penelitian, prosedur pengumpulan data, instrument pengumpulan data, analisa data, dan keabsahaan data.

3.1 Desain penelitian

Desain penelitian adalah suatu perencanaan dari penelitian yang disusun dengan berbagai cara sehingga dapat membantu peneliti untuk menjawab pertanyaan dari penelitian (Satroasmoro & Ismael, 2014). Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah desain penelitian kualitatif dengan metode deskriptif. Penelitian kualitatif sering digunakan untuk mengetahui tentang persoalan gender, kebudayaan, dan kelompok marginal yang bersifat emosional, dekat dengan masyarakat namun dengan prinsip mengabaikan pengalaman dan perspektif responden (Creswell, 2014; Tobergte & Curtis, 2015). Penelitian kualitatif terdiri atas beberapa pendekatan dan salah satunya adalah pendekatan deskriptif.

Deskripsi kualitatif merupakan salah satu penelitian yang sering dipakai dalam penelitian kesehatan karena memberikan fakta tentang bagaimana perasaan dan alasan seseorang menggunakan sesuatu, siapa yang menggunakan layanan dan apa faktor-faktor yang memudahkan dan menghalangi penggunaannya (Colorafi & Evans, 2016). Menurut Creswell (2014) dan Sandelowski (2010) bahwa Penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif adalah suatu penelitian yang mendefinisikan dan menyajikan suatu keadaan atau fenomena secara apa adanya dan mencari pemecahan masalah berdasarkan data-data dari penyelidikan. Pada penelitian ini pendekatan yang dilakukan bukanlah sebuah ketelitian namun merupakan sebuah penalaran logis yang dibutuhkan untuk menghasilkan sebuah kesimpulan (Sandelowski, 2010; Colorafi & Evans, 2016). Pada penelitian deskriptif kualitatif peneliti dapat memilih dan menggunakan teori atau konseptual yang terkait kerangka penelitian dan kerangka ini dapat diubah seperlunya selama dalam proses penelitian. Teori dan kerangka yang digunakan dalam penelitian ini berfungsi sebagai penghubung konseptual yang terdapat pada prosedur penelitian,

analisa, dan penyajian dalam bahasa yang mudah dan jelas menggambarkan fenomena. Stanley & Nayar (2014) mengungkapkan bahwa penelitian deskriptif kualitatif merupakan penelitian yang cocok digunakan untuk melakukan evaluasi program seperti persepsi partisipan. Desain penelitian yang digunakan pada penelitian ini berfokus untuk mengeksplorasi lebih dalam persepsi *gay* dengan HIV/AIDS terhadap asuhan keperawatan.

3.2 Subjek Penelitian

3.2.1 Sampel Penelitian

Sampel adalah sebagian dari jumlah atau karakteristik yang dimiliki oleh populasi yang dianggap dapat menggambarkan karakteristik populasinya (Sugiyono, 2016). Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah dengan *purposive* sampling. *Purposive* sampling merupakan suatu proses pengambilan sampel dimana peneliti terlebih dahulu memilih individu-individu atau tempat yang akan diteliti melalui penetapan kriteria-kriteria inklusi yang berorientasi pada tujuan penelitian (Creswell, 2014). Stanley & Nayar (2014) mengungkapkan bahwa *purposive* sampling baik digunakan pada deskriptif kualitatif karena dapat meningkatkan ketelitian dari penelitian. Pada penelitian ini, partisipan yang dipilih sebagai partisipan penelitian adalah yang sesuai dengan kriteria inklusi yang sudah ditetapkan, yaitu:

- a. *Gay* yang positif HIV/AIDS yang dibuktikan dengan adanya surat pernyataan dokter bahwa positif HIV/AIDS
- b. Sedang menjalani pengobatan medis baik rawat inap maupun rawat jalan
- c. Memiliki pengalaman berinteraksi dengan perawat ketika sedang menjalani pengobatan.

Jumlah sampel untuk penelitian kualitatif deskriptif berdasarkan pada kebutuhan informasi sehingga sangat bergantung pada saturasi data. Saturasi data adalah kondisi sudah tercapainya kelengkapan informasi yang diperlukan oleh peneliti dan sudah tidak munculnya sebuah data yang baru (Creswell, 2014; Polit & Beck, 2012). Jumlah sampel dalam penelitian kualitatif menurut Polit & Beck (2012) dipengaruhi oleh beberapa hal, yaitu ruang lingkup pertanyaan penelitian, kemampuan informan, sensitivitas fenomena yang diteliti, dan juga keterampilan dan pengalaman peneliti. Menurut Baker &

Edwards (2012) jumlah sampel yang diperkirakan dibutuhkan pada penelitian kualitatif adalah berkisar 12-20 orang. Jumlah sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebanyak 14 orang. Saturasi data pada penelitian ini didapatkan pada partisipan ke 13 namun untuk memastikan dari kesaturan data serta untuk menambah varian data peneliti menambahkan satu partisipan penelitian menjadi 14 orang.

3.2.2 Cara pemilihan Sampel

Pemilihan sampel pada penelitian ini menggunakan *purposive* sampling yaitu dipilih dengan pertimbangan dan tujuan yang sudah ditetapkan. Pemilihan sampel pada penelitian kualitatif menurut Magilvy et al (2009) dan Sugiyono (2016) sebaiknya memenuhi beberapa kriteria, yaitu: memahami dan menghayati proses penelitian yang sedang dilakukan, memiliki pengalaman pada kegiatan yang sedang diteliti, bersedia meluangkan waktu untuk memberikan informasi dengan dilakukan perekaman suara, tidak cenderung hanya menyampaikan informasi menurut asumsi sendiri, dan sudah terjalinnnya rasa percaya antara peneliti dengan partisipan.

Rekrutmen partisipan pada penelitian ini dilakukan dengan terlebih dahulu mendapatkan izin dari tiga rumah sakit yang menjadi tempat calon partisipan menjalani proses pengobatan HIV/AIDS. Namun, karena dua rumah sakit menolak izin penelitian yang diajukan peneliti maka peneliti mengajukan izin penelitian ke LSM Yayasan kasih Suwitno Jakarta yang merupakan tempat dilakukannya penelitian untuk validasi data calon partisipan yang menjalankan proses pengobatan di dua rumah sakit yang menolak perizinan penelitian. LSM Yayasan Kasih Suwitno membantu peneliti dengan menugaskan satu staff menjadi *key informan* utama dalam penelitian sehingga mempermudah peneliti untuk mendapatkan calon partisipan sesuai dengan kriteria inklusi yang sudah ditetapkan. Pada penelitian ini, melalui bimbingan *key informan* utama, peneliti juga melibatkan LSM Yayasan kotak Mandiri untuk mempermudah menemukan calon partisipan yang sudah ditetapkan. Penelitian ini melibatkan empat *key informan*, yaitu satu *key informan* utama yang berasal dari LSM Yayasan Kasih Suwitno yang sudah membantu dan membimbing peneliti mendapatkan tiga *key informan* lainnya. Tiga *key informan* lainnya yang dilibatkan peneliti dalam penelitian ini adalah para konselor dari LSM yang bekerja sama dengan tiga rumah sakit yang

merupakan tempat calon partisipan sedang menjalani pengobatan terkait penyakit HIV nya.

Pertemuan pertama, peneliti menjelaskan kepada ketiga *key informan* yang membantu peneliti tentang tujuan penelitian dan juga kriteria inklusi dari calon partisipan pada penelitian yang sedang dilakukan. Dari hasil penelurusan seluruh *key informan* didapatkan calon partisipan sebanyak 15 orang dan hal ini sudah sesuai dengan perencanaan jumlah dari penelitian yaitu antara 12-20 partisipan. Pada saat peneliti melakukan penjelasan penelitian dan validasi kembali kepada 15 orang calon partisipan, satu calon partisipan dianggap tidak sesuai dengan kriteria inklusi yang sudah ditetapkan sehingga jumlah calon partisipan penelitian menjadi 14 orang dan seluruh calon partisipan menyatakan setuju menjadi partisipan dalam penelitian yang akan dilakukan. Pada penelitian ini saturasi data tercapai pada partisipan 13 karena pada partisipan 13 peneliti sudah tidak mendapatkan data baru lagi dan data yang didapat hanya berupa pengulangan dari data yang sudah disampaikan oleh partisipan sebelumnya.

3.3 Waktu dan Tempat Penelitian

Prastowo (2011) mengungkapkan bahwa tempat dilakukan wawancara yang baik adalah suatu tempat atau daerah dimana terdapatnya permasalahan, terbuka untuk diteliti dan mudah untuk dikunjungi. Penelitian ini dilakukan di LSM Kasih Suwitno yang bekerjasama dengan LSM Yayasan Kotek Mandiri untuk mendapatkan calon partisipan yang sedang menjalani pengobatan di tiga rumah sakit di Jakarta. Pengambilan data dilaksanakan sejak 16 April – 2 Juni 2018. Waktu yang dibutuhkan untuk melakukan wawancara pada penelitian kualitatif kesehatan adalah berkisar 20-60 menit (Baker & Edwards, 2012). Pada penelitian ini rentang waktu yang digunakan untuk melakukan wawancara adalah mulai dari 26 menit hingga 75 menit.

3.4 Etika Penelitian

Etika penelitian adalah suatu pedoman atau standar yang menjadi acuan bagi peneliti dalam melakukan penelitian, yang bertujuan untuk melindungi partisipan dari hal-hal yang dapat merugikan mereka (Sastroasmoro & Ismael, 2014). Menurut Polit & Back

(2012) dan Susanti (2016) terdapat beberapa prinsip yang harus diperhatikan dalam etika penelitian keperawatan, yaitu: *autonomy*, *beneficience*, *non maleficience*, *justice*, *confidentially*, dan *anonymity*. Pada penelitian ini beberapa prinsip etika penelitian yang diperhatikan dan dilakukan oleh peneliti adalah:

3.4.1 Autonomy adalah suatu prinsip etik dalam penelitian yang memberikan kebebasan kepada partisipan untuk mengambil keputusan atas dirinya sendiri untuk mengikuti atau menolak keikutsertaan mereka dalam penelitian. Prinsip *autonomy* dilakukan dengan tujuan untuk menghargai hak dan martabat dari partisipan sebagai seorang manusia dan harus dilakukan secara sadar tanpa adanya paksaan dari siapapun (Polit & Hungler, 2014). Pada penelitian ini peneliti menjelaskan *informed consent* secara jelas kepada setiap calon partisipan dan jika partisipan sudah memahami tujuan dari penelitian, manfaat, serta hak nya dalam proses penelitian secara jelas kemudian peneliti meminta kesediaannya untuk menandatangani surat persetujuan. Pada penelitian ini seluruh partisipan mau dan bersedia menjadi partisipan dalam penelitian.

3.4.2 Beneficience adalah salah satu prinsip etik yang bertujuan untuk memberikan manfaat penelitian kepada partisipan. Pada penelitian ini setiap partisipan mungkin memiliki resiko secara psikologi maupun sosial saat menyatakan bersedia menjadi partisipan dari penelitian yang dilakukan, sehingga peneliti mempersiapkan beberapa tindakan yang dapat mencegah terjadinya resiko tersebut dengan cara: peneliti menjelaskan tujuan dan manfaat dari penelitian kepada seluruh partisipan, menjelaskan setiap tindakan atau kegiatan yang dilaksanakan terhadap mereka seperti merekam suara saat dilaksanakan wawancara, dan menjelaskan dan menjamin bahwa kerahasiaan identitas dan data yang didapatkan dari partisipan aman dan hanya diketahui oleh peneliti dan pembimbing dari peneliti.

3.4.3 Non maleficence adalah salah satu prinsip etik yang mengantisipasi adanya kerugian yang dialami oleh partisipan terkait proses penelitian. Pada prinsip ini peneliti membuat seluruh partisipan tidak merasa dirugikan dengan penelitian yang sedang dilakukan. Proses pelaksanaan prinsip *maleficence* pada penelitian ini adalah menyadari bahwa partisipan memiliki kemungkinan akan mengalami *stressfull* maupun gangguan emosional ketika sedang dilakukan wawancara sehingga peneliti menjelaskan hak partisipan yaitu kebebasan untuk berhenti pada saat dilaksanakan wawancara jika merasa kurang nyaman. Pada saat wawancara peneliti juga menanyakan kepada

partisipan apakah penelitian akan tetap dilanjutkan atau tidak saat partisipan mengalami perubahan mood atau emosi dan kemudian memberikan terapi sesuai dengan kemampuan peneliti. Hal ini sudah dilakukan peneliti pada salah satu partisipan yang menangis pada saat sedang dilakukan wawancara. Peneliti menanyakan kepada partisipan apakah membutuhkan waktu untuk menenangkan diri terlebih dahulu, namun partisipan mengatakan ingin tetap melanjutkan wawancara sehingga wawancara tetap dilaksanakan sampai akhir.

3.4.4 Justice adalah salah satu prinsip etik yang menjaga dan memberikan keadilan kepada setiap partisipan dengan cara tidak membeda-bedakan. Proses pelaksanaan prinsip *justice* pada penelitian ini adalah peneliti memperlakukan semua partisipan sama, tidak membeda-bedakan dalam hal apapun baik itu suku, agama, pekerjaan, jabatan, umur, maupun yang lainnya. Pada penelitian ini peneliti memberikan penjelasan penelitian dengan jelas kepada seluruh calon partisipan secara adil dan sama, serta memberikan hak yang sama kepada setiap partisipan tanpa ada yang dibeda-bedakan.

3.4.5 Confidentiality adalah salah satu prinsip etik yang menjaga kerahasiaan dari partisipan dalam penelitian. Proses pelaksanaan prinsip *confidentiality* pada penelitian ini adalah peneliti menjaga kerahasiaan informasi yang menyangkut privasi para partisipan dan sudah disampaikan sebelum melakukan wawancara (saat dilakukan penjelasan penelitian). Hasil dari penelitian disimpan di tempat aman yang terjaga kerahasiaannya dan akan dihapus dalam kurun waktu 5 tahun. Data yang didapatkan dari hasil wawancara hanya digunakan untuk keperluan penelitian saja, disimpan pada laptop dengan menggunakan password yang hanya diketahui oleh peneliti. Peneliti juga sudah memberitahukan dan meminta persetujuan partisipan bahwa untuk data yang didapatkan juga akan diketahui oleh pembimbing dari peneliti.

3.4.6 Anonymity adalah salah satu prinsip etik yang menjaga kerahasiaan nama partisipan baik pada saat wawancara maupun dalam dokumentasi. Dalam penelitian ini hanya 4 dari 14 partisipan yang mau menggunakan nama samaran pada saat dilakukan wawancara. Proses pelaksanaan prinsip *anonymity* pada penelitian ini adalah peneliti menanyakan ingin menggunakan nama samara untuk menjaga privasi dari partisipan kemudian menjaga kerahasiaan nama partisipan dalam dokumentasi dari hasil wawancara yang sudah dilakukan dengan menggunakan kode partisipan seperti P1, P2, P3, hingga P14.

3.5 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data adalah suatu prosedur yang bertujuan untuk menemukan siapa, apa dan dimana peristiwa atau pengalaman terjadi dan merupakan pengumpulan data yang tidak terbatas (Sandelowski, 2010). Beberapa jenis pengumpulan data yang dapat dilakukan adalah dengan fokus kelompok, wawancara individu, observasi dan pemeriksaan dokumen (Colorafi & Evans, 2016). Proses pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan melalui beberapa tahap, yaitu: tahap melakukan persiapan (perizinan), tahap melaksanakan (pelaksanaan menggunakan metode wawancara, observasi, dan catatan lapangan) dan tahap penutup (menyimpulkan dan menjelaskan kembali hasil wawancara dan kemudian melakukan klarifikasi kepada partisipan).

3.5.1. Tahap Persiapan

Dalam tahap persiapan peneliti melakukan rekrutmen partisipan. Pada penelitian ini peneliti berkoordinasi dengan *key informan* utama dari LSM Yayasan Kasih Suwitno untuk menentukan partisipan yang akan terlibat dalam penelitian sesuai dengan kriteria inklusi yang sudah ditetapkan.

Dalam proses persiapan sebelum melakukan penelitian, peneliti mengajukan proposal penelitian kepada komite etik Universitas Indonesia untuk mendapatkan surat kelayakan etika dari penelitian yang akan dilakukan. Setelah mendapatkan surat uji kelayakan etik, peneliti mengurus surat izin penelitian ke LSM Yayasan Kasih Suwitno, LSM Yayasan Kotek Mandiri, dan ke tiga rumah sakit yang sudah ditentukan peneliti untuk melakukan validasi data yang menyatakan seluruh partisipan benar merupakan pasien dan sedang melakukan proses pengobatan penyakit HIV di RS tersebut. Di dalam proses permohonan izin penelitian, ternyata hanya satu rumah sakit yang memberikan izin bagi peneliti untuk melakukan penelitian terkait validasi data partisipan, sehingga untuk dua rumah sakit lainnya peneliti melakukan validasi data ke LSM yayasan kasih suwitno, LSM Yayasan Kotek Mandiri, serta kepada konselor LSM bertugas pada dua rumah sakit tersebut.

Beberapa hal yang dilakukan oleh peneliti setelah mendapatkan data calon partisipan adalah:

- a. peneliti memperkenalkan diri pada calon partisipan, menjelaskan tujuan, manfaat, prosedur, hak dan peran partisipan dalam penelitian
- b. Waktu yang diberikan untuk memikirkan bersedia atau tidak menjadi partisipan disesuaikan dengan desain dan tujuan dari penelitian (Hardicre, 2014). Peneliti meminta kesediaan menjadi partisipan dan memberikan pilihan waktu 1 x 24 jam kepada calon partisipan untuk memutuskan apakah bersedia atau tidak menjadi partisipan, namun seluruh calon partisipan langsung setuju dan tidak membutuhkan waktu untuk memikirkan ulang untuk memutuskan bersedia menjadi partisipan dalam penelitian. Setelah calon partisipan setuju untuk berpartisipasi kemudian peneliti meminta untuk menandatangani formulir persetujuan
- c. Membuat janji terkait tempat dan waktu dilakukannya wawancara

3.5.2 Tahap Pelaksanaan

Pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan dengan wawancara secara mendalam (*in depth interview*), tetapi masih tetap memperhatikan prinsip etika penelitian. Penelitian dilakukan di ruangan yang aman, nyaman dan tidak terlalu bising sehingga partisipan tetap merasa nyaman untuk dilakukan wawancara. Tempat wawancara yang digunakan pada penelitian ini merupakan tempat pilihan dari partisipan dan tempat yang memungkinkan untuk dilakukan wawancara. Pada saat penelitian, peneliti meminta izin kepada partisipan akan menggunakan alat perekam yang diletakkan tidak jauh dari peneliti dan partisipan. Pada saat melakukan wawancara peneliti melakukan *bracketing* (menyimpan asumsi dan pengetahuan tentang fenomena yang sedang terjadi, memberikan kesempatan kepada partisipan berbicara dan mengungkapkan hal yang terkait dengan penelitian pada saat melakukan wawancara dan setiap selesai melakukan wawancara peneliti segera menuliskan hasil observasi partisipan pada lembar *field note* yang bertujuan untuk meningkatkan hasil validitas dari penelitian. Wawancara yang dilakukan oleh peneliti dibantu dengan adanya pedoman wawancara sehingga peneliti mengembangkan pertanyaan yang sesuai dengan tujuan dari penelitian.

3.5.3 Tahap Penutup

Setelah data yang dibutuhkan melalui wawancara dengan menggunakan rekaman suara sudah selesai, peneliti melakukan terminasi kepada setiap partisipan dan menyampaikan

bahwa peneliti mungkin akan menghubungi partisipan kembali jika ada data yang perlu divalidasi ulang atau ada data yang dianggap masih kurang. Seluruh partisipan dalam penelitian ini menyatakan bersedia dihubungi kembali jika ada hal yang perlu ditanyakan atau divalidasi. Peneliti kemudian langsung membuat transkrip rekaman bentuk tulisan (verbatim) dan proses analisa data tidak ada data yang perlu divalidasi ulang kepada partisipan terkait hasil rekaman wawancara yang sudah dilakukan.

3.6 Intrument Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data dalam penelitian ini adalah peneliti sendiri dan dibantu dengan adanya pedoman wawancara untuk membantu peneliti untuk mencapai tujuan dari penelitian. Sugiyono (2016) mengatakan bahwa di dalam penelitian kualitatif peneliti merupakan instrumen dari pengumpulan data. Pengumpulan data dilakukan setelah peneliti sudah membuat pedoman wawancara berdasarkan fenomena dan mencapai tujuan dari penelitian. Pedoman wawancara yang sudah dibuat diuji cobakan kepada mahasiswa untuk mendapatkan masukan, kemudian pedoman wawancara juga diujicobakan kepada *gay* yang merupakan bagian dari partisipan penelitian. Setelah melakukan wawancara kepada partisipan, peneliti kemudian melakukan evaluasi diri dengan mendengarkan ulang rekaman wawancara dan mencoba membuat transkrip verbatim dari hasil wawancara. Hasil evaluasi peneliti adalah peneliti masih sangat berfokus pada pedoman wawancara dan belum melakukan probing dengan maksimal dan hal itu diperbaiki peneliti pada wawancara dengan partisipan selanjutnya. Setelah membuat transkrip verbatim, kemudian peneliti mencoba melakukan analisis tematik sambil melakukan konsultasi dengan pembimbing 1 dan 2. Uji coba penelitian ini menjadi salah satu cara untuk melatih peneliti dalam melakukan *in-depth interview*.

Alat bantu yang digunakan dalam penelitian ini adalah *tape recorder* dan juga *field note* yaitu catatan lapangan yang berisi tentang apa yang dilihat selama proses wawancara seperti: sikap, ekspresi wajah, dan bahasa *non verbal*. Hasil rekaman suara dan *field note* merupakan satu kesatuan yang tidak dapat dipisahkan karena merupakan sumber informasi yang saling melengkapi. Sebelum melakukan wawancara peneliti sudah meminta persetujuan partisipan untuk dilakukan perekaman suara dan

memberikan informasi tentang tujuan dilakukan sehingga partisipan yakin bahwa kerahasiaannya tetap terjaga.

3.7 Analisa Data

Analisa data dalam penelitian kualitatif adalah suatu metode analisa yang dilakukan peneliti sejak sudah mendapatkan data awal dan merupakan salah satu penentu dari proses kelanjutan pengumpulan data berikutnya. Analisa pada penelitian ini menggunakan analisis tematik menurut Braun & Clark (2014) yaitu adalah suatu metode yang secara sistematis mengidentifikasi, mengorganisir, dan menawarkan wawasan ke dalam pola makna (tema) di dalam satu set data, yang kemudian dapat dihubungkan dengan isu-isu teoritis dan konseptual yang lebih luas. Adapun tahapan analisis data tematik yang dilakukan peneliti menurut Braun & Clark (2014) terdiri atas enam tahapan, yaitu:

a. Pengenalan data

Peneliti melakukan pendekatan pada data dengan cara mendengarkan rekaman suara dan membaca ulang data (transkrip wawancara dan tanggapan terhadap hasil survey) sebanyak 2-3 kali, kemudian membuat ringkasan dan catatan pada saat membaca dan mendengarkan rekaman. Catatan pengambilan data pada tahapan ini berfungsi sebagai alat bantu memori dan memicu *coding* dan analisis.

b. Pengkodean

Peneliti menghasilkan kode awal melalui *coding*. Kode yang dihasilkan memberikan ringkasan atau gambaran isi dari data dan merupakan kode yang relevan untuk menjawab pertanyaan dari penelitian. Dalam proses *coding*, peneliti membaca secara menyeluruh setiap bagian dari data, memberikan kode pada data yang dianggap relevan dengan pertanyaan penelitian, kemudian menuliskan kode dan menandai teks. Proses *coding* dilanjutkan pada teks berikutnya jika belum memberikan kode pada masing-masing data secara keseluruhan. Pada tahapan ini peneliti sudah menyusun semua kode dengan data yang relevan.

c. Mencari Tema

Peneliti mencari tema dengan cara menghasilkan atau membangun tema. Pada tahapan ini peneliti mengeksplorasi hubungan antar tema dan mempertimbangkan bagaimana tema-tema tersebut dapat memiliki keterkaitan dalam menceritakan data

secara keseluruhan untuk menjawab pertanyaan penelitian. Pada tahapan ini peneliti sudah menyusun semua data kode yang relevan dengan masing-masing tema dan peneliti menemukan sebanyak 36 tema dari keseluruhan analisa data partisipan dalam penelitian

d. Meninjau potensi tema

Peneliti melakukan pengecekan kualitas tema yang sudah dihasilkan. Pengecekan pada tahapan ini untuk mengeksplorasi apakah tema memiliki keterkaitan dengan data yang didapatkan. Peneliti menganalisa apakah tema yang dihasilkan sudah menceritakan sebuah cerita yang meyakinkan tentang data, kemudian dilanjutkan dengan mulai mendefinisikan sifat dari masing-masing tema individu. Setelah melakukan pengecekan pada satu set tema yang sudah sesuai dengan data yang dikodekan, kemudian peneliti melakukan peninjauan ulang dengan menganalisa keterkaitan tema dengan keseluruhan set dari data. pada tahapan ini peneliti mendapatkan 12 tema yang merupakan hasil pengecekan dari tema awal yang sudah didapatkan.

e. Mendefinisikan dan penamaan tema

Peneliti melakukan analisis secara rinci pada masing-masing tema terkait hal yang disampaikan dan apakah sudah sesuai dengan keseluruhan data yang ada. Pada tahapan ini peneliti mengidentifikasi arti atau makna dari setiap tema yang kemudian dilanjutkan dengan memberikan nama yang bagus untuk setiap tema, yaitu nama yang informatif, ringkas, dan menarik. Dalam tahapan ini peneliti mendapatkan 6 tema yang sudah dianalisa secara lebih rinci dan diberikan nama dengan lebih ringkas, menarik, dan informatif.

f. Menulis

Pada tahapan terakhir ini, peneliti menuliskan hasil penelitian tentang cerita menarik dari data berdasarkan analisa dari peneliti. Tulisan yang dihasilkan diharapkan dapat menyampaikan cerita yang koheren dan persuasive dari data yang sudah dikontekstualisasikan dengan literatur yang ada dalam menjawab pertanyaan penelitian.

3.8 Keabsahan Data

Untuk memperoleh keabsahan data, beberapa kriteria yang akan dipenuhi dalam penelitian ini adalah *credibility*, *dependability*, *confirmability*, dan *transferability*; (Susanti, 2016; Stanley & Nayar, 2014; Sugiyono, 2016).

3.8.1 Credibility adalah menjaga kebenaran hasil dari penelitian dengan menyelidiki apakah penelitian yang sedang dilakukan menjawab dari tujuan penelitian dan bukan hanya kumpulan dari perspektif pribadi dari peneliti. Peneliti melakukan pengecekan hasil data kepada para partisipan dan kemudian dilanjutkan dengan analisis tematik. Untuk meningkatkan *credibility* pada penelitian ini, peneliti juga meminta bantuan pembimbing untuk memeriksa dan memberikan umpan balik dengan pandangan yang lebih netral terkait transkrip verbatim, analisa kerangka kerja, pembentukan tema, dan laporan akhir yang dilakukan oleh peneliti. Pada penelitian ini peneliti merupakan pewawancara tunggal yang membuat tidak akan ada perbedaan dalam penerapan desain dan penyajian data sehingga kredibilitas dari penelitian lebih terjamin. Selama melakukan penelitian peneliti melakukan *reflexivity* untuk menyadari dan mengakui kemungkinan adanya persepsi subjektif yang mempengaruhi dalam proses pengumpulan data. *Reflexivity* sudah dilakukan peneliti setelah melakukan wawancara pada partisipan P5 dimana pada saat wawancara ada pernyataan dari cerita partisipan yang membuat kondisi psikologi peneliti cukup terganggu karena tidak terima dengan kondisi yang dilakukan partisipan tersebut. Kondisi yang tidak stabil membuat peneliti memutuskan untuk mengganti jadwal wawancara dengan partisipan berikutnya karena peneliti membutuhkan waktu untuk refleksi diri dalam memulihkan kembali kondisi psikologi peneliti sebelum melakukan penelitian berikutnya.

3.8.2 Dependability adalah kemampuan peneliti untuk menguji kestabilan atau konsistensi data dari proses penelitian yang dilakukan. Peneliti akan melakukan pengecekan data melalui diskusi dengan pembimbing tentang kemajuan dari proses pengumpulan dan analisa data dan setiap perubahan yang terjadi dijelaskan pada laporan penelitian. Peneliti melakukan pertemuan secara rutin dengan pembimbing untuk mengungkapkan kemungkinan adanya bias, asumsi, dan kekeliruan yang dilakukan oleh peneliti, memberikan penjelasan yang transparan mengenai metode analisa data yang digunakan dalam laporan penelitian, dan membuat analisis kerangka untuk menggambarkan secara jelas tentang proses analisis data yang dilakukan pada

penelitian sehingga para pembaca dapat menilai apakah interpretasi perspektif dari peserta didukung oleh data yang memadai. Dalam penelitian ini peneliti juga merupakan pewawancara tunggal, sehingga merupakan salah satu hal yang dapat menjaga konsistensi dari prosedur pengumpulan data

3.8.3 Confirmability adalah suatu uji objektivitas dari suatu penelitian yang berguna untuk mengkonfirmasi dari hasil temuan. Pada pengujian ini peneliti menjelaskan metode dan prosedur penelitian secara jelas, membuat urutan pengumpulan data, analisis dan metode presentasi. Peneliti sadar dan melaporkan data yang merupakan hasil asumsi pribadi dan berkolaborasi dengan pembimbing untuk melakukan pengecekan terhadap transkrip verbatim dari hasil wawancara, proses analisa data, hingga pembentukan tema untuk mengetahui kebenaran dari hasil penelitian.

3.8.4 Transferability adalah kondisi sejauh mana temuan dari hasil penelitian dapat digeneralisasi pada populasi atau kondisi lain karena makna dan interpretasi yang diberikan dalam penelitian kualitatif akan terus mengalami perubahan dengan adanya perubahan kondisi. Peneliti membuat deskripsi yang berisi narasi dari konteks penelitian mulai dari proses, partisipan, dan hubungan partisipan dengan peneliti yang diuraikan dengan lengkap, rinci, sistematis, dan dapat dipercaya sehingga akan membuat pembaca dapat menentukan apakah hasil dari penelitian ini dapat atau tidak untuk diaplikasikan pada populasi atau kondisi lain.

3.9 Reflexivity of the studies

Reflexivity merupakan salah satu cara yang dapat dilakukan untuk menjaga integritas dan kepercayaan dari hasil penelitian kualitatif dari seorang peneliti (Susanti, 2016 dalam Anderson, 2008). Penelitian yang saya lakukan terkait persepsi *gay* dengan HIV/AIDS tentang asuhan keperawatan bukanlah suatu penelitian yang saya lakukan hanya untuk meraih gelar magister saya, namun merupakan suatu harapan saya untuk dapat mengembangkan kualitas dari asuhan keperawatan khususnya asuhan keperawatan di Indonesia. Dalam pelaksanaan penelitian ini tentunya kendala yang saya hadapi banyak namun dengan berbagai cara yang digunakan akhirnya seluruh kendala yang dihadapi dapat teratasi dengan baik. Salah satu kendala yang pernah saya hadapi saat dalam melakukan penelitian ini adalah adanya sebuah rasa cemas yang saya rasakan disaat pertama kali akan melakukan wawancara langsung pada *gay* dengan

HIV/AIDS. Rasa cemas yang saya rasakan pada saat itu adalah ketakutan tidak dapat masuk ke dalam lingkungan *gay* dan tidak bisa mendapatkan data yang baik karena tidak terbentuknya *trust* antara saya dan calon partisipan saya. Ketakutan yang saya alami, saya atasi dengan mencoba melakukan pendekatan pada key informan saya yang juga merupakan seorang *gay* untuk mengetahui lebih jelas kehidupan dari *gay* dan bagaimana caranya untuk bisa masuk ke dalam lingkungan mereka. Pendekatan yang saya lakukan membuat saya menjadi lebih siap bertemu dan melakukan wawancara dengan *gay* dengan HIV/AIDS. Para partisipan pada penelitian saya terlihat lebih nyaman karena saya sudah merasakan dan memberikan kenyamanan tersebut. Kecemasan yang saya alami di awal penelitian hanyalah sebuah ketakutan yang tidak memiliki dasar karena fakta yang saya temukan seluruh partisipan saya terlihat sangat *welcome* dan sangat bersahabat sehingga wawancara yang dilakukan terlaksana dengan baik.

Dalam proses penelitian, penentuan tempat penelitian merupakan suatu hal yang sering menjadi tantangan tersendiri bagi saya karena rata-rata wawancara pada partisipan saya dilaksanakan di *cafe* yang merupakan ruang terbuka yang mungkin dapat menyebabkan partisipan menjadi kurang nyaman dan data yang dihasilkan kurang tergal dengan baik. Untuk mengatasi kendala yang terjadi tersebut saya melakukan wawancara di waktu sepi dari pengunjung *cafe* yang merupakan tempat penelitian. Untuk tempat duduk pada *cafe* yang akan dilakukan penelitian saya selalu memilih tempat duduk di pojok ruangan atau di tempat yang lebih sedikit orangnya sehingga wawancara yang dilakukan nyaman dan jauh dari gangguan.

Dalam proses penelitian ini juga saya pernah merasakan suatu kondisi yang mengganggu psikologi saya karena kurang menerima suatu pernyataan dari ungkapan salah satu partisipan penelitian saya. Saya menyadari kondisi psikologi saya yang kurang baik akan mengganggu hasil dari kualitas penelitian saya karena dalam penelitian kualitatif saya merupakan instrument dari penelitian. Untuk mengatasi kondisi yang sedang terjadi, akhirnya saya memutuskan untuk istirahat dan memulihkan psikologi saya selama 2 hari, kemudian saya mulai melakukan penelitian kembali sehingga *credibilitas* dari hasil penelitian saya masih tetap dapat dijaga dan dipertanggungjawabkan.

BAB 4

HASIL PENELITIAN

Pada bab ini peneliti akan menjabarkan hasil penelitian yang sudah dilakukan untuk memberikan gambaran tentang persepsi *gay* dengan HIV/AIDS terhadap asuhan keperawatan. Bab ini akan menguraikan tentang karakteristik dari *gay* dengan HIV/AIDS dan hasil analisa tema yang sudah didapatkan melalui wawancara langsung dengan partisipan tentang persepsi terhadap asuhan keperawatan.

4.1 Karakteristik Partisipan

Partisipan dalam penelitian ini adalah *gay* dengan HIV/AIDS yang sedang menjalani pengobatan baik rawat jalan maupun rawat inap. Partisipan dalam penelitian ini berjumlah 14 orang, dimana seluruh partisipan yang sudah memenuhi kriteria inklusi yaitu *gay* dengan HIV/AIDS, sedang menjalani pengobatan medis baik rawat inap maupun rawat jalan, memiliki pengalaman berinteraksi dengan perawat ketika menjalani pengobatan. Usia partisipan pada penelitian ini adalah 22 – 53 tahun. Usia yang paling muda adalah 22 tahun dan usia yang paling tua adalah 53 tahun. Tingkat pendidikan partisipan juga beragam, yaitu : 3 orang lulusan SMA, 1 orang lulusan D-3, 8 orang lulusan S-1, dan 1 orang lulusan S-2. Status pernikahan partisipan diketahui seluruhnya belum menikah.

Setiap partisipan diberikan kode yang menjadi gambaran dari nomor urut penelitian, dimana kode yang digunakan adalah P1 hingga P14. P1 adalah kode partisipan yang menunjukkan urutan pertama dan begitu juga selanjutnya hingga P14. Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode wawancara mendalam dan saturasi data didapatkan pada partisipan 13, namun untuk memastikan saturasi data dan menambah varian dari data, maka peneliti menambahkan satu partisipan yaitu P14.

Karakteristik partisipan seperti agama, suku, pekerjaan, lama mengalami HIV/AIDS, lama menjalani pengobatan, frekuensi dan lama berinteraksi dengan perawat, serta bentuk kegiatan saat berinteraksi dengan perawat, tempat dan tanggal dilaksanakan wawancara, serta lama wawancara akan dijabarkan sebagai berikut:

Partisipan 1

Partisipan 1 adalah seorang laki-laki berusia 32 tahun, lulusan sarjana, beragama islam, suku Jawa dan sehari-hari bekerja sebagai case manager. Partisipan sudah dinyatakan positif HIV sejak enam tahun yang lalu dan juga sudah menjalani pengobatan HIV sejak enam tahun yang lalu. Partisipan berinteraksi dengan perawat 24 kali dalam sebulan dengan lama interaksi 1-2 jam/interaksi. Bentuk interaksi yang sudah pernah didapatkan partisipan dari perawat selama masa pengobatan adalah konseling, pemberian terapi obat ARV (Anti Retro Viral), dan pendidikan kesehatan terkait nutrisi, orientasi seksual, dan infeksi HIV. Wawancara dengan partisipan dilakukan di Klinik Globalindo Jakarta Selatan pada tanggal 16 April 2018 pukul 15.30 WIB dengan lama wawancara 26 menit.

Partisipan 2

Partisipan 2 adalah seorang laki-laki berusia 22 tahun yang masih berprofesi sebagai mahasiswa di salah satu universitas di Jakarta, beragama islam dan suku Sunda. Partisipan sudah dinyatakan positif HIV sejak enam bulan yang lalu dan juga sudah menjalani pengobatan HIV sejak enam bulan yang lalu. Partisipan berinteraksi dengan perawat 1 kali/bulan dengan lama 30-60 menit/interaksi. Bentuk kegiatan yang sudah didapatkan partisipan dari perawat selama menjalani pengobatan adalah konseling, pemberian obat ARV, dan pendidikan kesehatan terkait nutrisi, orientasi seksual, dan infeksi HIV. Wawancara dengan partisipan dilakukan di ruang carlo RS Carolus Jakarta pada tanggal 21 April 2018 pukul 13.00 WIB, dengan lama wawancara 39 menit 48 detik.

Partisipan 3

Partisipan 3 adalah seorang laki-laki berusia 52 tahun, lulusan Sarjana ekonomi, beragama islam, suku Jawa, dan sehari-hari bekerja di bidang finance. Partisipan sudah dinyatakan positif HIV sejak 24 tahun yang lalu dan sudah menjalani pengobatan HIV sejak 17 tahun yang lalu. Partisipan berinteraksi dengan perawat 1 kali/bulan dengan lama 10 menit/interaksi. Bentuk kegiatan yang sudah didapatkan partisipan dari perawat selama menjalani pengobatan adalah pemeriksaan fisik. Wawancara dengan partisipan

dilakukan di Dunkin Donuts Palputih Jakarta Pusat pada tanggal 24 April 2018 pukul 13.00 WIB, dengan lama wawancara 1 jam 4 menit 29 detik.

Partisipan 4

Partisipan 4 adalah seorang laki-laki berusia 40 tahun, lulusan sarjana yang berprofesi sebagai wiraswasta di Jakarta. Partisipan beragama islam dan suku campuran minahasa dan bone. Partisipan sudah dinyatakan positif HIV sejak delapan tahun yang lalu dan juga sudah menjalani pengobatan HIV sejak delapan tahun yang lalu. Partisipan berinteraksi dengan perawat 1kali/3 bulan dengan lama 15-20 menit/interaksi. Bentuk kegiatan yang didapatkan oleh partisipan dari perawat selama menjalani proses pengobatan adalah pemberian terapi obat ARV. Wawancara dengan partisipan dilakukan di Starbuck Metropol Jakarta pada tanggal 25 April 2018 pukul 15.30 dengan lama wawancara 56 menit 27 detik.

Partisipan 5

Partisipan 5 adalah seorang laki-laki bersuku minangkabau yang berusia 27 tahun, beragama islam, pendidikan terakhir sarjana dan sehari-hari berprofesi sebagai Pegawai Negeri Sipil (PNS). Partisipan sudah dinyatakan positif HIV sejak tujuh bulan yang lalu dan juga sudah menjalani pengobatan selama tujuh bulan. Partisipan berinteraksi dengan perawat sebanyak 1kali/bulan dengan lama 15 menit/interaksi. Bentuk kegiatan yang sudah didapatkan oleh partisipan dari perawat selama menjalani proses pengobatan adalah konseling, pemberian terapi obat ARV, dan pendidikan kesehatan terkait nutrisi, orientasi seksual dan infeksi HIV. Wawancara dengan partisipan dilakukan di klinik Globalindo Jakarta selatan pada tanggal 26 April pukul 17.30 WIB dengan lama wawancara 42 menit.

Partisipan 6

Partisipan 6 adalah seorang laki-laki berusia 23 tahun, pendidikan terakhir sarjana, suku tionghoa, beragama Kristen, dan pekerjaan sehari-hari adalah karyawan swasta. Partisipan sudah dinyatakan positif HIV selama 3 tahun dan sudah menjalani pengobatan selama dua tahun karena pernah putus obat selama satu tahun di tahun pertama pengobatan. Partisipan berinteraksi dengan perawat selama 1 kali/bulan dengan

lama 10 menit/interaksi. Bentuk kegiatan yang pernah diberikan atau dilakukan perawat selama masa pengobatan adalah pemberian terapi obat ARV. Wawancara dengan partisipan dilakukan di café coffee sebelah klinik Globalindo Jakarta selatan pada tanggal 28 April 2018 pukul 15.30 dan lama wawancara 1 jam 9 menit 34 detik.

Partisipan 7

Partisipan 7 adalah seorang laki-laki lulusan S-2, berusia 38 tahun yang berprofesi sebagai karyawan swasta. beragama Islam dan bersuku campuran batak dan manado. Partisipan sudah dinyatakan positif HIV sejak lima tahun yang lalu dan sudah menjalani pengobatan HIV sejak lima tahun yang lalu juga. Partisipan berinteraksi dengan perawat 1-3 kali/bulan dengan lama interaksi 1-3 jam/interaksi. Bentuk kegiatan yang sudah pernah partisipan dapatkan dari perawat selama masa pengobatan adalah konseling, pemberian terapi obat ARV, pendidikan kesehatan terkait nutrisi, orientasi seksual, dan infeksi HIV, dan mendapatkan sosialisasi serta gathering yang diikuti oleh perawat dengan sesama pasien. Wawancara dengan partisipan dilakukan di Chees factory cikini Jakarta Pusat pada tanggal 30 April pukul 18.30 WIB dengan lama wawancara 1 jam 7 menit 20 detik.

Partisipan 8

Partisipan 8 adalah seorang laki-laki, berusia 50 tahun yang berprofesi sebagai guru bahasa Inggris di salah satu sekolah di Jakarta, merupakan lulusan sarjana hukum, beragama Islam dan bersuku Jawa. Partisipan sudah dinyatakan positif HIV sejak dua tahun yang lalu dan juga sudah menjalani pengobatan sejak dua tahun yang lalu. Partisipan berinteraksi dengan perawat sebanyak 1 kali/bulan dengan lama 10-30 menit/interaksi. Bentuk kegiatan yang sudah pernah didapatkan partisipan dari perawat selama masa pengobatan adalah pemberian terapi obat ARV, pendidikan kesehatan terkait nutrisi, orientasi seksual, dan infeksi HIV. Wawancara dilakukan di café citrus tebet Jakarta selatan pada tanggal 3 Mei 2018 pukul 12.40 WIB, dengan lama wawancara 1 jam 4 menit 28 detik.

Partisipan 9

Partisipan 9 adalah seorang laki-laki berusia 39 tahun, beragama kejawen, bersuku jawa, pendidikan terakhir Diploma 3 (D-3), dan sehari-hari berprofesi sebagai wiraswasta. Partisipan sudah dinyatakan positif HIV sejak 7 tahun 6 bulan yang lalu dan juga sudah menjalani pengobatan HIV sejak 7 tahun 6 bulan. Partisipan berinteraksi dengan perawat sebanyak 1 kali/bulan dengan lama 15 menit/interaksi. Beberapa kegiatan yang sudah pernah didapatkan oleh partisipan dari perawat selama proses pengobatan adalah konseling, pemberian terapi ARV, dan pendidikan kesehatan terkait nutrisi, orientasi seksual, dan infeksi HIV. Wawancara dilakukan di warung leko di plaza semanggi Jakarta selatan pada tanggal 6 Mei 2018 pukul 12.30 WIB dengan lama wawancara 1 jam 12 menit 6 detik.

Partisipan 10

Partisipan 10 adalah seorang laki-laki berusia 49 tahun yang berprofesi sebagai fotografer, beragama islam, suku campuran jawa-sunda, dan merupakan lulusan sarjana komunikasi. Partisipan sudah dinyatakan positif HIV sejak dua tahun yang lalu dan juga sudah menjalani pengobatan sejak dua tahun yang lalu. Partisipan berinteraksi dengan perawat sebanyak 1 kali/bulan dengan lama 45 menit/interaksi. Beberapa kegiatan yang sudah pernah partisipan dapatkan dari perawat selama proses pengobatan adalah konseling, pemberian terapi obat ARV, pendidikan kesehatan terkait nutrisi, orientasi seksual dan infeksi HIV. Wawancara dilakukan di Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO) pada tanggal 7 Mei 2018 pukul 13.00 WIB dengan lama wawancara 1 jam 15 menit.

Partisipan 11

Partisipan 11 adalah laki-laki yang bersuku batak, berusia 49 tahun, beragama katolik, merupakan lulusan sarjana dan sehari-hari berprofesi sebagai pegawai di salah satu perusahaan swasta. Partisipan sudah dinyatakan positif HIV sejak delapan bulan yang lalu dan juga sudah menjalani pengobatan sejak delapan bulan. Partisipan berinteraksi dengan perawat sebanyak 1 kali/bulan dengan lama 15-20 menit/interaksi. Bentuk kegiatan yang pernah diberikan perawat kepada partisipan selama menjalani proses

pengobatan adalah konseling. Wawancara dilakukan di Court kota harapan indah Bekasi pada tanggal 11 Mei 2018 pukul 12.30 WIB dengan lama wawancara 51 menit 49 detik.

Partisipan 12

Partisipan 12 adalah seorang laki-laki yang memiliki hobby lari, berusia 53 tahun, beragama islam, suku betawi, pendidikan terakhir Sekolah Menengah Atas (SMA), dan sehari-hari berprofesi sebagai karyawan swasta. Partisipan sudah dinyatakan positif HIV sejak lima tahun yang lalu dan juga sudah menjalani pengobatan sejak lima tahun yang lalu. Partisipan berinteraksi dengan perawat sebanyak 1 kali/bulan dengan lama 10 menit/interaksi. Beberapa kegiatan yang pernah didapatkan oleh partisipan dari perawat selama menjalani proses pengobatan adalah konseling dan pemberian terapi obat ARV. Wawancara dilakukan di Dunkin Donuts daerah Mangga Besar Jakarta Pusat pada tanggal 12 Mei 2018 pukul 11.30 WIB dengan lama wawancara 50 menit 31 detik.

Partisipan 13

Partisipan 13 adalah seorang laki-laki berusia 25 tahun, beragama islam, suku sunda, pendidikan terakhir SMA dan sehari-hari berprofesi sebagai karyawan swasta. Partisipan sudah dinyatakan positif HIV sejak satu tahun yang lalu dan juga sudah menjalani pengobatan sejak satu tahun yang lalu. Partisipan berinteraksi dengan perawat sebanyak 6 kali/bulan dengan lama 5-10 menit/interaksi. Beberapa kegiatan yang sudah pernah diberikan perawat kepada partisipan selama masa pengobatan adalah konseling dan pemberian terapi obat ARV. Wawancara dilakukan di RS Carolus Jakarta Pusat pada tanggal 1 Juni 2018 pukul 13.00 WIB dengan lama wawancara 35 menit.

Partisipan 14

Partisipan 14 adalah seorang laki-laki berusia 29 tahun yang merupakan kelahiran dari campuran suku jawa dan manado, beragama islam, pendidikan terakhir SMA, dan sehari-hari bekerja sebagai staff di salah satu perusahaan swasta. Partisipan sudah dinyatakan positif HIV sejak satu tahun enam bulan yang lalu dan juga sudah menjalani pengobatan satu tahun enam bulan. Partisipan berinteraksi dengan perawat sebanyak 1 kali/bulan dengan waktu 15 menit/interaksi. Beberapa bentuk kegiatan yang sudah pernah diberikan perawat kepada partisipan selama proses pengobatan adalah konseling,

pemberian terapi obat ARV, dan pendidikan kesehatan terkait nutrisi, orientasi seksual dan infeksi HIV. Wawancara dilakukan di RS Carolus Jakarta Pusat pada tanggal 2 Juni 2018 pukul 14.15 dengan lama wawancara 38 menit.

4.2 Hasil Penelitian

Dari hasil analisa, penelitian ini mendapatkan 6 tema yang berkaitan dengan tujuan penelitian tentang persepsi *gay* dengan HIV/AIDS terhadap asuhan keperawatan. Adapun tema-tema yang didapatkan pada penelitian ini: 1) Respon psikologis dan mekanisme koping *gay* dalam penerimaan penyakit HIV/AIDS, 2) Sosok perawat yang diinginkan *gay* dengan HIV/AIDS, 3) Pengkajian keperawatan yang efektif bagi *gay* dengan HIV/AIDS, 4) Ketidakpopuleran diagnosa keperawatan, 5) Keterbatasan perawat untuk melibatkan klien *gay* dengan HIV/AIDS dalam perencanaan keperawatan, 6) Pelayanan keperawatan profesional yang diharapkan oleh *gay* dengan HIV/AIDS. Masing-masing tema dijabarkan sebagai berikut :

4.2.1 Tema 1 : Respon psikologis dan mekanisme koping *gay* dalam penerimaan penyakit HIV/AIDS.

Tema ini ditetapkan berdasarkan ungkapan yang disampaikan oleh partisipan dalam penelitian yang menyatakan bahwa adanya respon psikologis yang dialami *gay* saat terdiagnosis HIV/AIDS. Konflik intrapersonal adalah konflik pertama yang dialami oleh *gay* saat dinyatakan positif HIV/AIDS. Dalam penelitian ini ditemukan hal yang cukup menarik dari hasil wawancara, dimana hampir seluruh partisipan dalam penelitian ini mengungkapkan adanya konflik intrapersonal yang dialami namun lebih berfokus pada penyakit HIV/AIDS. Beberapa konflik intrapersonal yang dialami *gay* dengan HIV/AIDS adalah mulai dari perasaan bingung, takut, merasa tergoncang, tidak perlu diketahui oleh orang tua, merasa tertekan batin hingga merasa capek karena harus menutupi terus. Hal ini diungkapkan oleh beberapa partisipan seperti berikut:

...bingung aja (mimik wajah sedih), harus gimana, mau cerita ke siapa, temen juga, emang temen kalo misalnya tau saya begini, persepsi orang kan bisa beda kan... (P6, 2)

...Sebenarnya saya mau bilang sama pacar saya .. sebenarnya saya juga capek buat apa nutupin terus saya juga cape... (P6, 4)

...jadi pas saat itu perasaan tergoncang tapi saya ga nangis...(P5, 59)

...aku awalnya mau bilang sama orang tua, tapi di fikir lagi buat apa orang tua tau.. toh buat nambah fikiran orang tua aja... (P5, 2)

...kalo terbuka kita lebih gimana yah.. tekanan di batin itu lebih plong gitu yah, kalo mikirnya sendiri pusing juga...(P12,26)

...selama ini saya sakit gini, keluarga ga ada yang tau, kalo saya HIV yah, saya takut mereka stress, shock gitu loh, makanya saya engga berani... (P12, 20)

Selain konflik intrapersonal, berduka juga menjadi hal yang tidak dapat dihindari oleh *gay* ketika terdiagnosis penyakit HIV/AIDS. Penyakit HIV/AIDS merupakan penyakit yang masih dianggap sangat menakutkan dan mematikan. Perasaan berduka yang dialami oleh *gay* diekspresikan secara berbeda-beda tergantung dari fase yang dialami. Shock, menghakimi Tuhan, berharap Tuhan memberikan umur untuk memperbaiki kesalahan, frustrasi, hingga menerima merupakan beberapa kondisi yang dialami *gay* saat mengalami tahap berduka, yang disampaikan seperti berikut:

...hasilnya ternyata reaktif, aku disitu aku shock banget ... (P2, 8)

...jujur shock, sedih, terpukul.. ee ngerasa sendiri ka , waktu itu memang aku dijakarta sendiri ka, jadi rasanya berat... (P14, 2)

...saya sempet terpukul dan sempet menjudge ya, menghakimi Tuhan kenapa saya seperti ini...(P8, 1)

*...saya berharap tuhan masih bisa memberikan saya umur yang panjang untuk bisa memperbaiki kesalahan yang pernah saya lakukan (**mata berkaca-kaca, suara bergetar**)... (P11, 17)*

...aku ...udah frustrasi banget .. hidup gw sampai kapan sih... (P2, 72)

...tapi ya udah lah gw lagi sakit.. (P10, 83)

Hal yang menarik yang didapatkan dalam penelitian ini adalah terdapat satu partisipan yang justru mengalami rasa bersalah dengan kondisinya, sehingga ada rasa penyesalan

terhadap kebodohan yang dianggap sudah dilakukan dimasa lalu dengan berperilaku sebagai *gay*. Hal ini diungkapkan partisipan seperti berikut:

...itu suatu dalam tanda kutip penyesalan dan kebodohan saya saya terkena penyakit ini...(P11, 10)

... kalo saya bisa memilih saya tidak akan melakukan apa yang saya lakukan...(P11,18)

Fase berduka yang tidak teratasi sering mengakibatkan munculnya suatu kondisi yang mengancam penurunan kesehatan fisik maupun kesehatan jiwa *gay* dengan HIV/AIDS. Salah satu kondisi yang muncul pada *gay* dengan HIV jika fase berduka belum teratasi dengan baik adalah ketidakberdayaan. Ketidakberdayaan adalah suatu kondisi merasa tidak berdaya dan merasa bahwa segala sesuatu yang dilakukan tidak akan berhasil. Beberapa rasa ketidakberdayaan yang diungkapkan 3 dari 14 partisipan adalah kondisi kebingungan dan ketidaktahuan. Hal ini diungkapkan seperti berikut:

*...waktu itu juga pacar saya meninggal kan, trus abis itu saya engga tau kayak...ee... bingung aja (**mimik wajah sedih**), harus gimana, mau cerita ke siapa, temen juga, emang temen kalo misalnya tau saya begini, persepsi orang kan bisa beda kan... (P6, 2)*

...saya terkena penyakit ini, saya juga ga tau bagaimana cara penangannya... (P11, 10)

*...kami juga tidak tau (**suara bergetar, mata berkaca-kaca**)..harus bagaimana..kami juga tidak ingin mendapatkan seperti ini, kami tidak tau (**menangis**)... karena kan setiap orangkan beda... (P 11, 13)*

Konflik intrapersonal, kondisi berduka, hingga ketidakberdayaan adalah kondisi yang tentunya memunculkan mekanisme koping yang berbeda-beda pada *gay* dengan HIV/AIDS dalam menerima kondisinya. Pada penelitian ini seluruh partisipan mengungkapkan bahwa *planful problem solving* merupakan mekanisme koping pilihan yang paling tepat bagi mereka dalam menerima penyakit HIV/AIDS yang sedang dialami, seperti tidak mau terlihat seperti orang sakit, berusaha bangkit kembali, akan

terbuka, dan selalu berusaha harus *happy*. Hal ini diungkapkn melalui hasil wawancara seperti berikut:

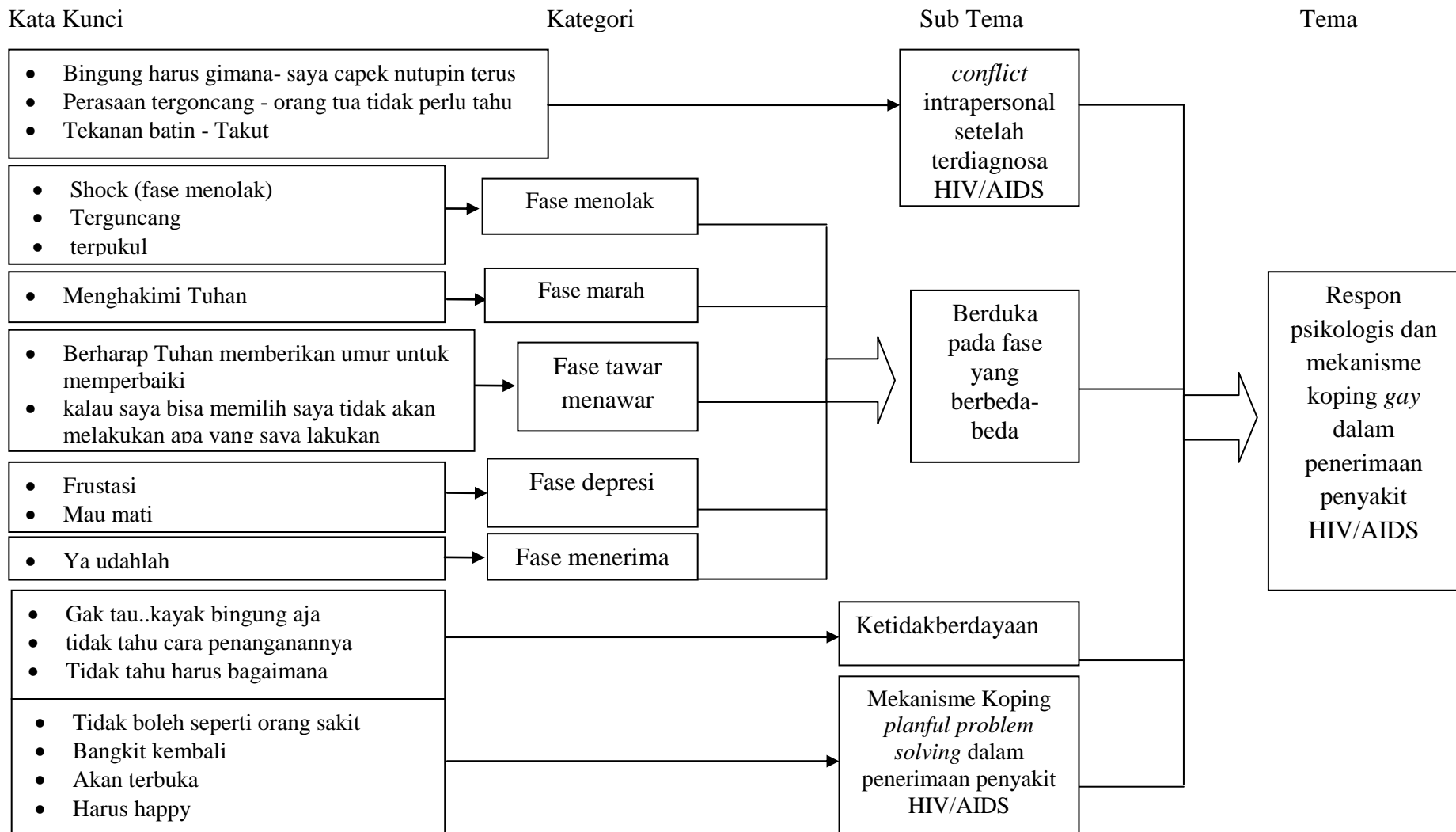
...saya tidak boleh seperti orang sakit.. saya engga mau dikasihani... (P7, 23)

...saya bangkit kembali untuk menjalani hidup kedepannya lebih baik gitu ... (P8, 76)

...kita emang ga boleh galau ..gak boleh sedih , karena CD4 kita harus naik gitu kan..kita harus happy gitu.... (P2, 98)

...saya akan sangat terbuka.. karena saya sudah seperti ini kenapa saya harus tutup-tutupin saya ingin sembuh tanyalah sampai apapun yang kamu ingin tanyakan gitu...(P11, 35)

...orang mau bilang apa tentang aku yah.. aku terbuka.. percuma juga saya tutup-tutupin , toh juga gak ada untungnya kan , terbuka juga buat saya engga terlalu beban buat saya bahwa saya seorang gay gitu ... (P14, 22)



Bagan 4.1. Analisis Tema 1. Respon psikologis dan mekanisme koping *gay* dengan HIV/AIDS dalam penerimaan penyakit

4.2.2 Tema 2 : Sosok perawat yang diinginkan *gay* dengan HIV/AIDS

Tema yang diangkat oleh peneliti ini menggambarkan sosok seorang perawat yang diinginkan oleh *gay* dengan HIV/AIDS. Beberapa sosok perawat yang diinginkan *gay* dengan HIV/AIDS adalah sikap yang menerima, memiliki pengetahuan yang luas tentang LGBT dan penyakit HIV/AIDS, dan komunikasi yang hangat dan tidak berjarak. Beberapa sikap menerima yang diinginkan oleh *gay* dengan HIV/AIDS adalah sikap tidak diskriminatif, welcome, care, tidak judge mental, merangkul, dan tidak langsung mencuci tangan setelah berjabat tangan. Beberapa sikap yang diidamkan perawat ini diungkapkan oleh partisipan seperti berikut:

...makanya kalau berbicara tentang diskriminasi, saya alhamdulillah nyaris ga pernah merasakan itu... (P3, 8)

Mereka biasa aja sih .. eh .. mungkin buat mereka ya...itu pilihan kita yah ,, jalan hidup kita jadi mereka ya....mereka ga melihat gimana-gimana... (P6, 15)

... sangat very welcome , e..e.. ketika saya diisolasi sekalipun pada waktu itu awal-awal treatment pengobatan, e..ee... suster-susternya ya very welcome mereka menanyakan kondisi saya bagaimana keadaannya hari ini... (P1, 13)

tidak boleh judge mental, tidak boleh mengkotak/kotak kan atau actiory dalam keadaan apapun walaupun dia pasien yang kurang mampun, ataupun mungkin pasien yang secara fisik benar-bener memprihatinkan kayak gitu... (P3,83)

...mereka itu lebih ngerangkul kita itu kayak kita ini keluarga disini gitu...(P5, 14)

...diskriminasinya seperti apa.. dengan tidak mau berjabat tangan tidak ada senyum , tidak ada sapa, setelah itu bercuci tangan setelah bersalaman, saya rasa diskriminasinya besar, dan ada lagi saya ke rumah sakit...(P5,81)

Selain sikap dari perawat, memiliki pengetahuan yang luas terkait LGBT dan penyakit HIV/AIDS merupakan salah satu sosok perawat yang diinginkan *gay* dengan HIV/AIDS. Pengetahuan perawat yang luas tentunya dapat sangat membantu mereka dalam proses pengobatan yang sedang dijalani. Menurut partisipan bahwa rata-rata perawat yang mereka temui sudah memiliki pengetahuan yang baik terkait LGBT dan penyakit HIV/AIDS. Pengetahuan perawat ini diyakini partisipan menjadi hal yang

membuat tidak adanya perlakuan membeda-bedakan atau diskriminatif yang didapatkan ketika perawat memberikan asuhan keperawatan. Pengetahuan perawat yang sudah dianggap baik ini, diungkapkan partisipan seperti berikut:

...mereka sudah sangat terpapar sekali informasi terkait e.e...LGBT... dalam artian mau orientasi apapun kita tidak ada perbedaan tidak ada perlakuan diskriminatif kepada orientasi-orientasi tertentu dan mereka very welcome (P1,4)

...Perawat-perawat yang selama ini saya bertemu mereka sudah teredukasi bahkan sampai dirawat inap sekalipun...(P1,11)

...saya yakin mereka udah pada tau kok bahwa pengidap seperti ini dengan berbagai macam faktor, apakah itu narkoba atau karena orientasi seksual, mereka mestinya sudah faham ... (P11,57)

Selain pengetahuan yang sudah dimiliki oleh perawat, partisipan *juga* juga memiliki sebuah harapan yang besar terhadap peningkatan dari pengetahuan perawat tentang penyakit HIV/AIDS dan bagaimana cara menangani baik secara fisik maupun kejiwaan. Hal ini diungkapkan oleh 3 partisipan dalam hasil wawancara sebagai berikut:

...mereka itu mau walaupun nanti gak terkecimpung dengan orang yang beginikan, istilahnya mereka tuh tau, istilahnya penanganannya kayak gini loh.. gitu jadi kalo misalnya dia bertemu dengan pasien yang kayak gini, mereka itu tau dari cara penularannya gimana, pencegahannya gimana... (P1,64)

...jadi kalo mereka ada sedikit pengetahuannya tentang orientasi seksual seperti ini, saya yakin kepengasuhan perawat yah kepada orang-orang yang mengidap penyakit HIV itu mungkin bisa tidak diintimidasi gitu yah... (P8, 21)

...sedikit banyak dia harus punya pengetahuan bagaimana menangani orang-orang HIV, terus bagaimana bisa menyikapi orang-orang seperti itu... (P8, 80)

...harapkan juga mereka mempunyai pemahaman tentang masalah kejiwaan, mungkin kurikulum mereka lebih ditingkatkan cara psikologi bagaimana cara menangani pasien, kemudian bagaimana memotivasi pasien... (P11,77)

Hal yang bertolak belakang diungkapkan oleh dua partisipan penelitian yang lain, yang menyatakan bahwa masih adanya beberapa perawat yang sepertinya belum memahami secara baik tentang penyakit HIV, cara penularan, dan cara penangannya. Peningkatan kemampuan dari perawat dalam memberikan pelayanan bagi pasien HIV/AIDS merupakan saran yang diungkapkan oleh dua partisipan seperti berikut :

...Kalaupun kurikulumnya harus di rubah .. dirubah, kalupun SKSnya mau di tambah tentang ODHA di tambah... (P5,70)

...sangat berharap mereka bisa mengupgrade lah, mengupgrade dalam segala hal, pelayanannya, attitudenya, kemampuan profesionalnya... (P11, 81)

Komunikasi merupakan kunci penting dari keberhasilan suatu hubungan baik yang bersifat formal maupun tidak formal dan komunikasi verbal maupun non verbal. Komunikasi yang hangat dan tidak berjarak merupakan komunikasi yang sangat diharapkan oleh *gay* dengan HIV/AIDS dari seorang perawat. Beberapa komunikasi hangat yang diungkapkan oleh partisipan dalam penelitian ini yang dapat mengurangi beban adalah komunikasi yang asik, bercanda, ramah, kooperatif, komunikatif, dan proaktif. Hal ini diungkapkan beberapa partisipan seperti berikut:

...pokoknya yang asik aja...(P2,140)

*...sambil bercanda gitu kan(**tersenyum**) ..dia juga mau bercanda gitu.. jadi untuk meringankan beban kita gitu...(P10,75)*

...ramah sama kita gitukan...(P9,32)

...Ya dia harus Korperatif, harus komunikatif sama proaktif...(P9,86)

Selain komunikasi yang hangat, komunikasi yang tidak berjarak juga merupakan salah satu komunikasi yang diinginkan oleh *gay* dengan HIV/AIDS didapatkan dari sosok perawat saat sedang memberikan asuhan keperawatan. Komunikasi yang tidak berjarak yang ditemukan pada penelitian ini lebih banyak mengarah ke komunikasi non verbal seperti sentuhan, peluk, cipika-cipiki, senyuman, tidak jaga jarak, tidak kaku dan jaim, menggunakan bahasa yang sering digunakan oleh *gay*, bersahabat dan tidak menggunakan sarung tangan yang *double* saat melakukan tindakan pada pasien . Hal ini

diungkapkan 6 dari 14 partisipan sebagai sebuah bentuk penerimaan perawat kepada mereka. seperti berikut:

...sentuhan-sentuhan, selamat pagi, tanpa mereka risih untuk bersentuhan dengan si pasien itu menjadi tanda kasih... (P1, 16)

...mereka pegang kulit kita tanpa merekapun gak dilindungi apapun... (P7,4)

.. kita ketemu bisa saling peluk .. kamu sehat??...(P7,17)

...peluk , cium ..seperti itu..mungkin kalo orang-orang seperti kita itu karena, itu tidak kita tidak pernah dapatkan dirumah...(P7,18)

*...say hallo , cipika, cipiki udah biasa gitu.. karna mungkin (**tersenyum**) udah tau kita gitu kan... (P2,38)*

...mereka itu lebih banyak senyum...(P8,82)

...tidak menjaga jarak yah...(P9,30)

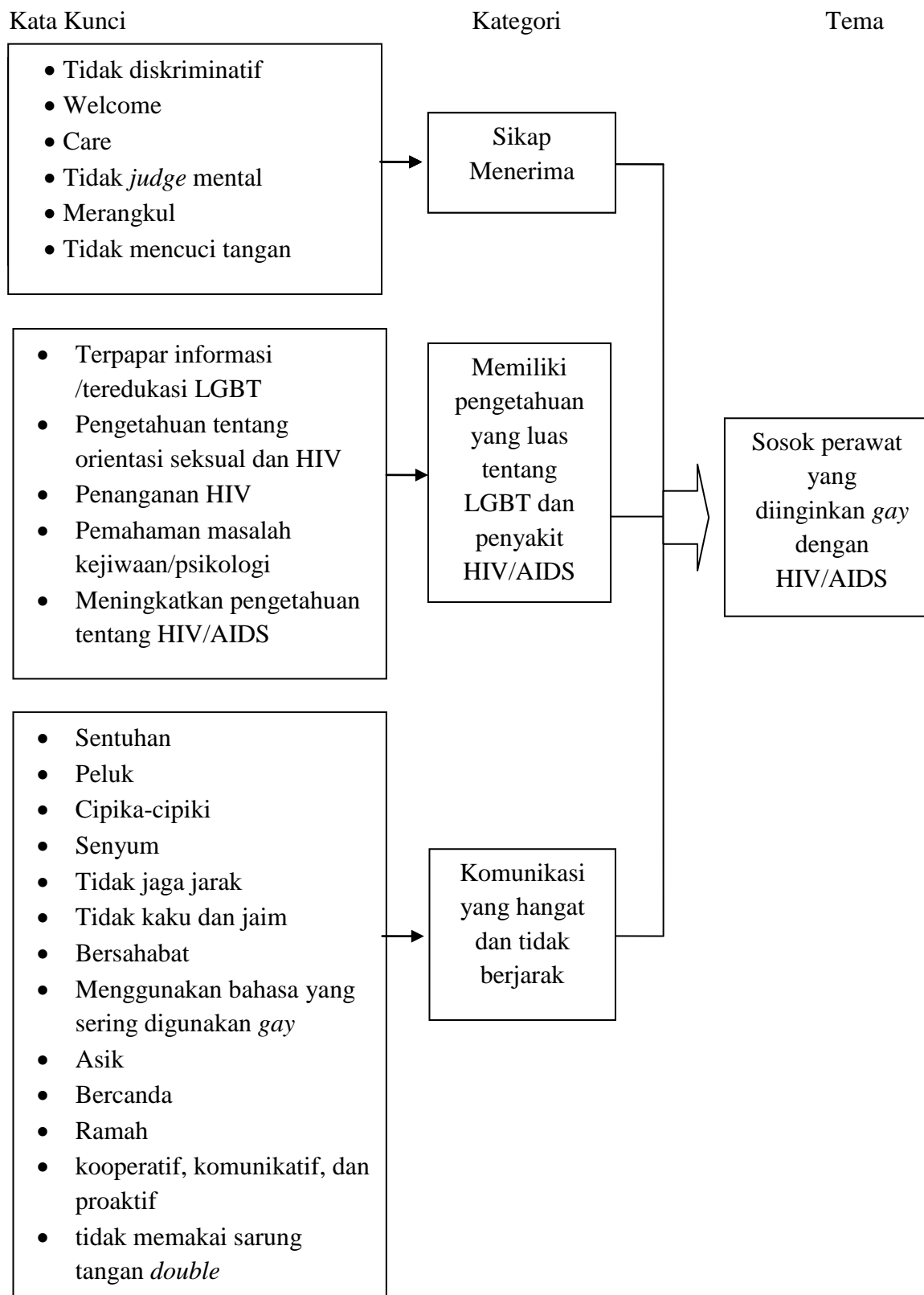
...gak terkesan kaku...(P9,31)

...buat saya mereka engga jaim, mereka tulus sama kita...(P7,50)

...jadi mereka berbaur aja gitu, jadi kita nimbrung bareng, jadi asik , jadi kita engga ngerasa ada perbedaan disitu gitu...(P2,115)

...tata bahasa yang menurut saya udah lucu gitu.. udah ngerti bahasa-bahasa kita...(P7,43)

...ga perlu pake double handscoon kali...(P3, 46)



Bagan 4.2. Analisis Tema 2. Sosok perawat yang menjadi idaman bagi *gay* dengan HIV/AIDS

4.2.3 Tema 3 : Pengkajian keperawatan yang efektif bagi *gay* dengan HIV/AIDS.

Tema yang diangkat oleh peneliti ini berdasarkan ungkapan dari seluruh partisipan tentang pengkajian keperawatan yang efektif dilakukan pada pasien *gay* dengan HIV/AIDS. Beberapa pengkajian keperawatan yang dianggap efektif bagi *gay* dengan HIV/AIDS adalah fokus teknik pengkajian di awal pertemuan dan lingkup pengkajian yang komprehensif. Pelaksanaan teknik pengkajian dengan candaan dan tidak masuk terlalu dalam merupakan teknik yang dianggap partisipan mampu membuat perawat mendapatkan data yang lebih lengkap dan akurat. Pengkajian keperawatan dengan candaan dan tidak masuk terlalu dalam merupakan teknik pengkajian yang diungkapkan memberikan kenyamanan bagi *gay* dengan HIV/AIDS. Hal ini diungkapkan seperti berikut:

... perawat-perawatnya juga kayak cuma becanda-becanda .. jadi ya kalo dirumah sakit X udah nyaman banget...(P4,5)

...bikin kita nyamanlah yah mereka tau sih...(P,7.51)

...jadi dia engga ada Tanya orientasi saya apa saat itu.. mungkin .. andai saja, amit-amit ya, saya misalnya ada keluhan tertentu di bagian tertentu, mungkin dia akan tanyain gitu loh .. saya sih berfikirnya gitu...(P7,34)

Selain teknik pengkajian dengan candaan, teknik pengkajian dengan tidak masuk terlalu dalam diungkapkan hampir seluruh partisipan sebagai teknik yang sebaiknya dilakukan perawat dalam merawat *gay* dengan HIV/AIDS karena membuat mereka tidak seperti dicecar dengan banyak pertanyaan yang bisa membuat ketidaknyamanan. Beberapa teknik tidak masuk terlalu dalam dalam mengkaji *gay* dengan HIV adalah tidak mencecar dan hanya cukup mengarahkan ketika melakukan pengkajian diungkapkan partisipan seperti berikut:

...teknik konseling yang mereka lakukan, istilahnya dia tidak mencecar...(P1,22)

...tidak memasuki ranah yang lebih dalam lagi kalo misalkan bukan dari kliennya yang berbicara, jadi harus si kliennya sendiri sih jadi yang si perawat hanya mengarahkan saja...(P1,26)

...tidak terlalu kepo gitukan, ketika dia tidak mau berbicara ya sudah gitu, maksudnya cukuplah si perawat-perawat ini menanyakan hal-hal yang memang berkaitan dengan medis...(P1,29)

...Kadang-kadang kan orang kan pengen tau tuh sampai dalam banget, kita sih pengennya tau cuman sedikit aja, jangan dalam banget...(P12, 85)

Teknik yang cukup bertolak belakang dengan teknik yang sebelumnya namun dianggap partisipan sebagai teknik yang cukup efektif dan diharapkan dilakukan perawat saat melakukan pengkajian pada *gay* dengan HIV/AIDS adalah melakukan komunikasi dengan intens serta cermat dan teliti dalam menilai kondisi pasien. Hal ini diungkapkan oleh dua partisipan seperti berikut:

...dia harus cermat dan bisa teliti ketika melihat kondisi pasiennya...(P1,43)

...pastinya juga seorang perawatpun bisa menilai, bisa melihat, apakah pasien ini kira-kira dia enak ga yah diajak untuk berbicara...(P1,37)

...cuman kalo memang dia ngerawat aku terus-terusan , jadikan kadang-kadang kalo rumah sakit itu kan perawat itu kan beda-beda yah, ternyata aku datang udah beda nih perawatnya nih, dokternya sama, perawatnya beda, gitu, kalo misalnya dia terus-terusan kayak gitu , ya aku sih sebenarnya nyantai-nyata aja sih bilang kalo aku tuh kayak gini...(P4,28)

Lingkup pengkajian yang komprehensif merupakan salah satu bagian yang sangat penting diketahui oleh perawat dalam melakukan pengkajian yang efektif pada *gay* dengan HIV/AIDS. Menurut beberapa partisipan pada penelitian ini lingkup pengkajian komprehensif yang harus diketahui dan dikaji perawat saat melakukan pengkajian pada *gay* dengan HIV/AIDS adalah keluhan yang dirasakan, kondisi dari fisik, kondisi psikologis, kepatuhan minum obat, orientasi seksual, dan jenis orientasi seksual *gay*. Beberapa lingkup pengkajian yang perlu dikaji perawat ini diungkapkan seperti berikut:

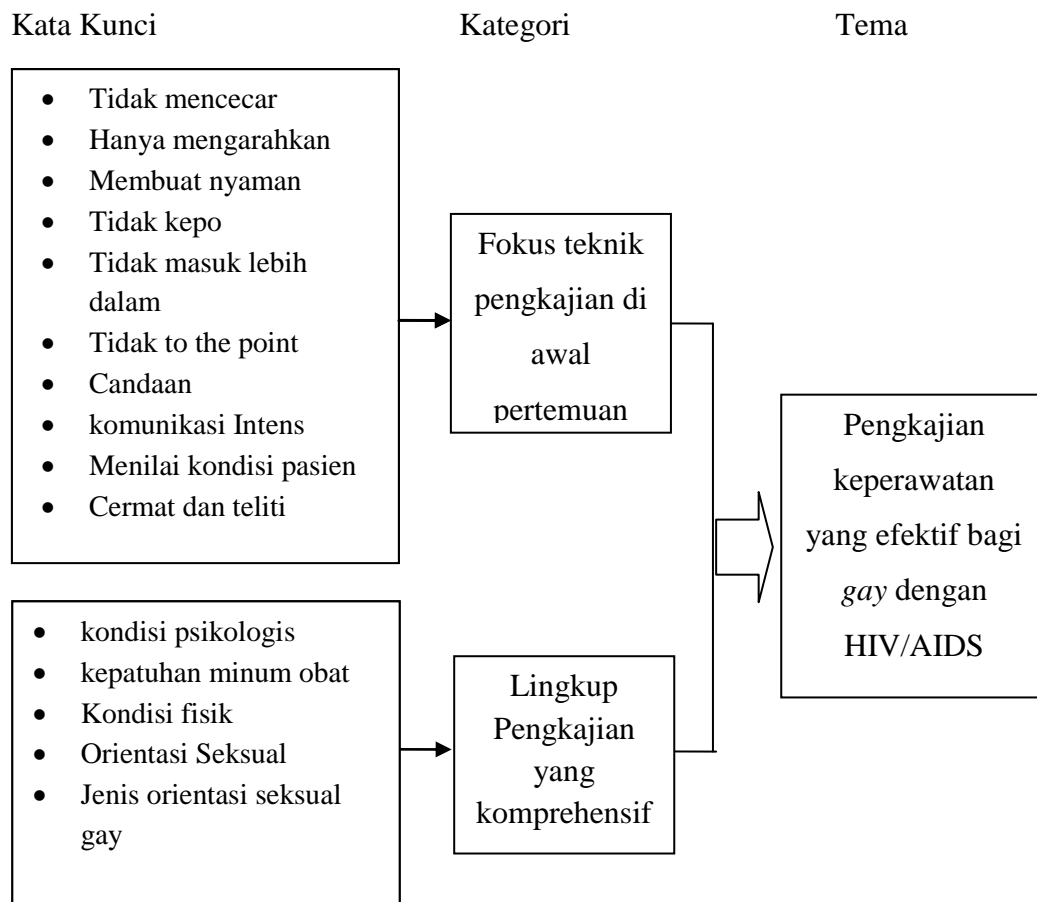
...menanyakan keadaan dan kondisi pasien, gitukan, biasanya timbang berat badan, menanyakan kondisi, sisa obat, terus ada keluhan atau tidak...(P1,45)

...dia sudah menanyakan..dalam artian kondisi badan apakah ada keluhan saat ini gitukan tidak hanya masalah kesehatan, dari sisi psikologispun mereka sempat, ya menanyakan bagaimana dan seperti apa aktifitas kegiatan...(P1, 2)

...ditanya tentang kepatuhan minum obatnya gimana..sisanya obat tinggal berapa gitu...(P9,27)

...mengkaji tentang status seksual seseorang sebenarnya, sebenarnya yah, kalo itu berkaitan dengan penyakit itu diperbolehkan...(P9,44)

...kan biasa kalau istilah di gay itu ada istilah top sama bottom gitukan, kamu top apa bot kata dia gitu kan?... (P2,31)



Bagan 4.3. Analisis Tema 3. Pengkajian keperawatan yang efektif bagi gay dengan HIV/AIDS

4.2.4 Tema 4 : Ketidakpopuleran diagnosis keperawatan.

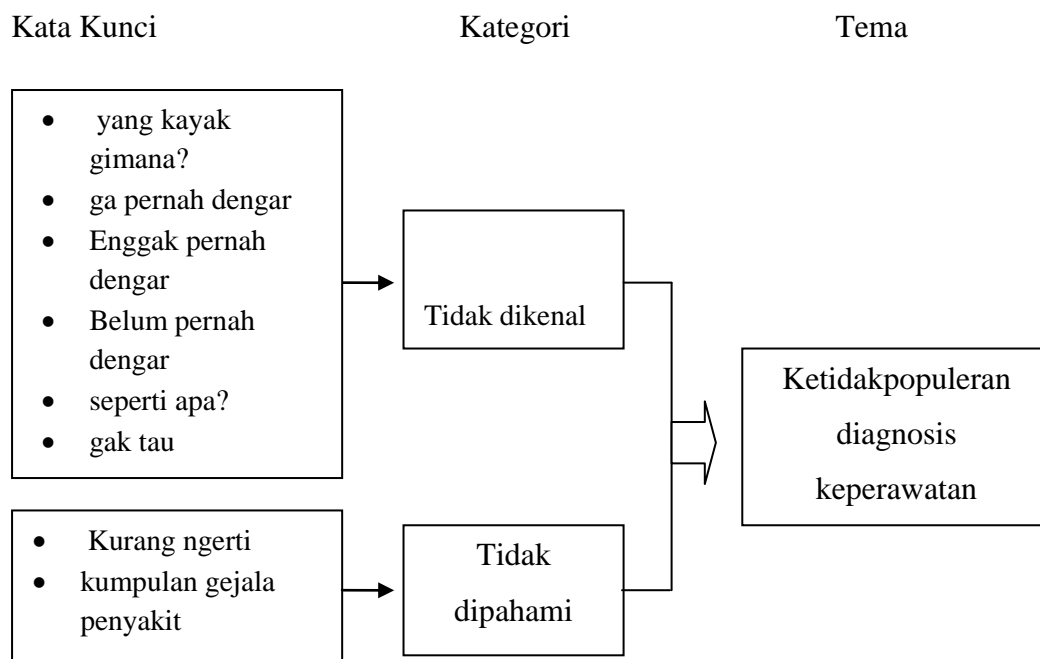
Tema yang diangkat ini adalah sebuah kesimpulan yang diambil oleh peneliti yang merupakan hasil analisa dari semua ungkapan partisipan. Seluruh partisipan dalam penelitian ini mengungkapkan bahwa tidak pernah mendengar dan tidak paham terhadap diagnosis keperawatan. Hal ini menunjukkan bahwa diagnosis keperawatan yang saat ini sudah ada masih dianggap tidak populer di masyarakat pada umumnya. Ketidakpopuleran diagnosis keperawatan diungkapkan oleh seluruh partisipan dan diwakili oleh hasil wawancara dari beberapa partisipan berikut:

...Diagnosa keperawatan itu yang kayak gimana?...(P1,41)

...Aku sih ga pernah denger...(P3,50)

...diagnosa keperawatan adalah satu kumpulan gejala penyakitnya, satu rangkuman kumpulan didalamnya, dan juga disitu tercatat juga catatan obat-obatan apa saja yang pernah dikasih, diberikan...(P9,52)

...I don't know, maksudnya? Belum pernah, kalo diagnose dokter tahu.. Hehe... (P11, 49)



Bagan 4.4. Analisis Tema 4. Ketidakpopuleran diagnosis keperawatan

4.2.5 Tema 5: Keterbatasan perawat untuk melibatkan pasien *gay* dengan HIV/AIDS dalam perencanaan keperawatan. Tema yang diangkat oleh peneliti ini adalah suatu pernyataan yang menunjukkan bahwa belum maksimalnya peran perawat dalam melibatkan pasien membuat suatu perencanaan keperawatan. Hal ini diungkapkan oleh 2 dari 14 partisipan seperti berikut:

...kalo untuk dari suster merencanakan belum ada...(P13,39)

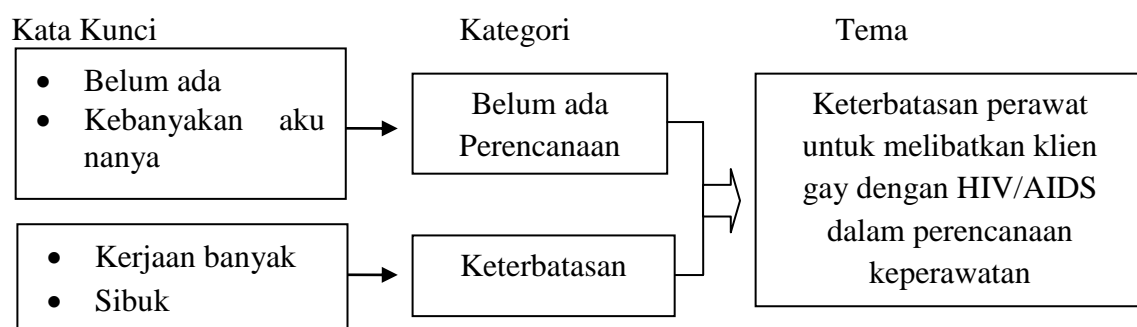
...Belum ada sih, kebanyakan aku nanya juga, kebanyakan aku nanya sih...(P14,48)

Kurang maksimalnya peran perawat melibatkan pasien dalam perencanaan keperawatan selama ini dipengaruhi oleh beberapa keterbatasann yang dimiliki terkait tugas yang terlalu banyak. Hal ini diungkapkan oleh beberapa partisipan dalam hasil wawancara sebagai berikut:

...saya kasian juga kerjanya lebih banyak daripada dokter kan...(P10,114)

...kadang-kadang perawatnya mondar-mandir, satu ruangan ke satu ruangan, di RSKO gitu kadang-kadang, dia musti pindah-pindah, gitu yah...(P12,59)

...karena disini kan perawat juga kan sibuk dengan jobdesk masing-masing ya , kalo saya itu paling datang, ngobrol bentar kayak tadi dia nyapa saya , kamu pake obat cocok yah, katanya ketawa-ketawa becanda-becanda gitu, abis itu yah dia sibuk lagi dengan kerjanya saya nunggu abis itu ya udah saya pamitan...(P13,59)



Bagan 4.5. Analisis Tema 5. Keterbatasan perawat untuk melibatkan klien *gay* dengan HIV/AIDS dalam perencanaan keperawatan

4.2.6 Tema 6. Pelayanan keperawatan profesional yang diharapkan oleh *gay* dengan HIV/AIDS. Tema yang diangkat oleh peneliti ini adalah sebuah harapan yang dimiliki *gay* dengan HIV/AIDS terkait pelayanan keperawatan profesional dari perawat. Beberapa harapan *gay* dengan HIV/AIDS terhadap pelayanan keperawatan profesional keperawatan adalah adanya layanan asuhan keperawatan yang sama dan konsisten dan terlaksananya upaya peningkatan kemampuan dan keterampilan dari perawat.

Layanan keperawatan adalah suatu pelayanan yang didapatkan pasien dari perawat dalam proses perawatan. Layanan keperawatan tentunya menjadi sorotan bagi pasien dalam menilai kesuksesan dari layanan asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat. Dari hasil wawancara yang dilakukan peneliti kepada seluruh partisipan, ditemukan informasi bahwa masih terdapat perbedaan tindakan keperawatan yang diterima dan dirasakan *gay* dengan HIV/AIDS dari perawat perempuan maupun perawat laki-laki, dari perawat senior maupun perawat junior, dan dari perawat RS pemerintah maupun RS Swasta. Hal ini diungkapkan oleh beberapa partisipan dalam hasil wawancara berikut:

...kalo perawatnya udah tua, mereka baik, becanda gitukan ..beda sama perawat sama yang baru kan suka ada judes-judesnya , kalo udah tua mereka baik ... (P10,33)

...tapi kadang-kadang perawat cewek sama cowok yah, lebih ramah.. kadang cowok juga ramah.. mereka cowok juga lebih welcome gitu kan , udah lama gak kesini. masa mau sakit mulu saya bilang gitu .. sambil ketawa... (P10,77)

...jadi sangat berbeda kalo buat saya antara yang saya alami dirumah sakit pemerintah dengan rumah sakit swasta , rumah sakit swasta mereka itu lebih friendly mereka lebih professional, mereka bener-bener care... (P11,21)

...Perawat jaman dulu dengan jaman sekarang berbeda... (P11,74)

Perbedaan pelayanan yang dirasakan dan didapatkan oleh *gay* dengan HIV/AIDS menimbulkan sebuah harapan yang diungkapkan oleh sebagian dari partisipan terkait perlunya pembuatan sebuah standar pelayanan perawat yang sama bagi *gay* dengan HIV/AIDS, sehingga perawat dapat menjadi konsisten dalam memberikan asuhan

keperawatan dan seluruh pasien *gay* dengan HIV/AIDS bisa mendapatkan asuhan keperawatan yang sama dimanapun mereka berada. Hal ini diungkapkan oleh 3 dari 14 partisipan seperti berikut:

...harusnya ada standar pelayanan yang sama...(P3,85)

Harapan terbesar mereka punya standard layanan yang tidak berubah bagusnya (P7,72)

berharap suster-suster yang yang ada yah konsisten dengan pelayanan yang sudah ada dan baik (P7,73)

...kalo bisa konsisten.. jadi bukan saat kita dirawat dia ramah sama kita, mengasuh kita merawat kita saat dirawat doang.. jadi saat kita umpamanya cuma cek up sebulan sekali mereka tetep konsisten untuk menyemangati hidup kita gitu loh...(P8,91)

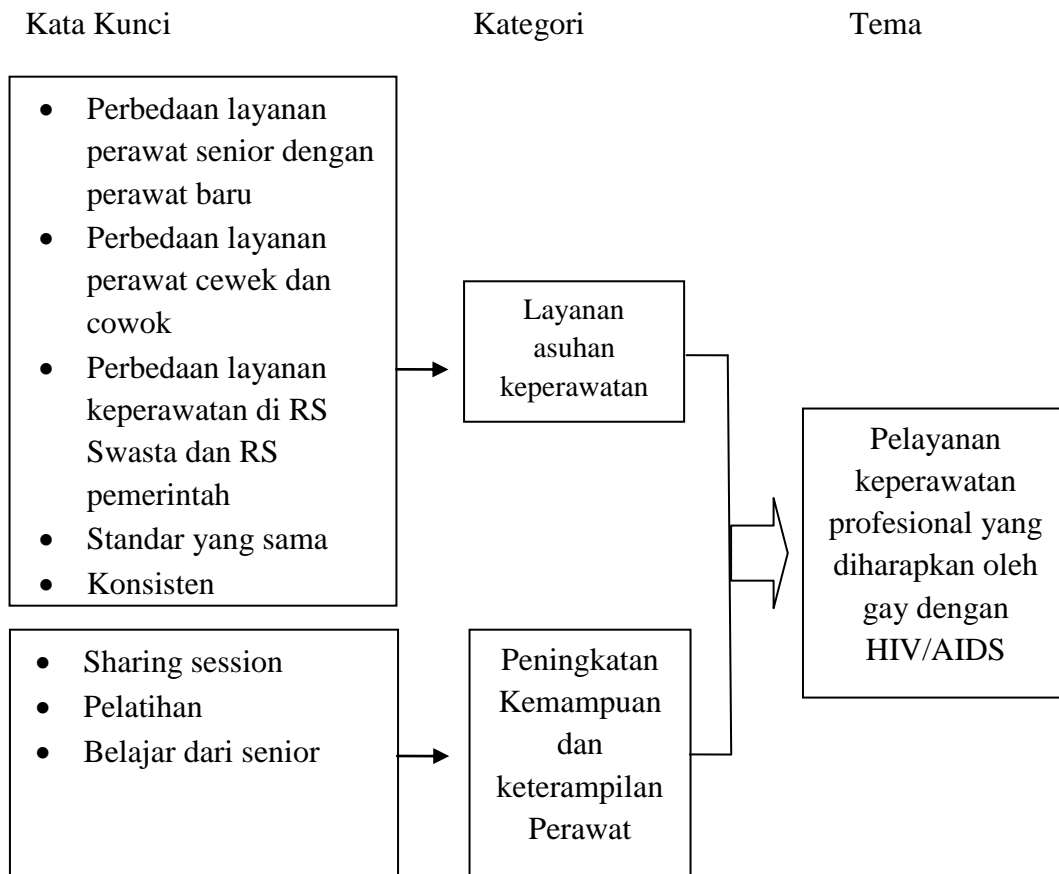
Untuk meningkatkan layanan keperawatan dibutuhkan beberapa cara sehingga asuhan yang diberikan semakin lebih baik. Beberapa cara yang dapat dilakukan oleh perawat untuk meningkatkan layanan asuhan keperawatan pada *gay* dengan HIV/AIDS menurut beberapa partisipan adalah dengan melakukan *sharing session* dengan senior dan sesama rekan kerja dan mengikuti pelatihan-pelatihan yang dapat meningkatkan kemampuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Hal ini diungkapkan oleh partisipan P1, P3, P9, dan P10 melalui hasil wawancara berikut:

...kemampuan setiap perawat itukan memang berbeda-beda, melakukan mungkin sharing, atau sharing session ketika pagi hari ataupun sore hari setelah aktifitas apa yang bisa dibagi, itu mungkin bisa menjadi masukan buat temen-temen perawat yang lain...(P1,55)

...pelatihan tentang eh mental dari si suster itu menghadapi suatu kondisi yang memang bener-bener jorok atau apa, aku ga ngerti...(P3,84)

...mengikuti pelatihan dan sesuai dengan prosedur yang dikeluarkan oleh Kemenkes...(P9,88)

...Banyak belajar dari yang senior yah ada junior pasti ada senior kan Harus belajar.. iyakan gimana cara nanganin pasien, kan sifat orang macem-macem...(P10,98)



Bagan 4.6. Analisis Tema 6. Standar Pelayanan keperawatan profesional yang diharapkan oleh gay dengan HIV/AIDS

BAB 5

PEMBAHASAN

Pada bab ini peneliti akan membahas secara mendalam tema dari hasil penelitian dengan cara membandingkan hasil penelitian secara teori dengan penelitian sebelumnya yang sudah pernah dilakukan atau penelitian yang terkait dengan tujuan dari penelitian yaitu mengeksplorasi lebih dalam persepsi *gay* dengan HIV/AIDS tentang asuhan keperawatan. Peneliti juga akan memaparkan keterbatasan penelitian dengan cara membandingkan antara proses penelitian yang sudah dilakukan dengan proses yang seharusnya dilakukan sesuai dengan rencana dan teori yang sudah ditetapkan, dan pada implikasi keperawatan peneliti akan menjabarkan implikasi bagi profesi keperawatan, pelayanan keperawatan, dan penelitian selanjutnya.

5.1 Interpretasi Hasil Penelitian

Peneliti sudah melakukan analisa data dengan menggunakan analisa tematik menurut Braun & Clark dan menemukan 6 tema yaitu: 1) Respon psikologis dan mekanisme koping *gay* dengan HIV/AIDS dalam penerimaan penyakit, 2) Sosok perawat yang diinginkan *gay* dengan HIV/AIDS, 3) Pengkajian keperawatan yang efektif bagi *gay* dengan HIV/AIDS, 4) Ketidakpopuleran diagnosis keperawatan, 5) Keterbatasan perawat untuk melibatkan klien *gay* dengan HIV/AIDS dalam perencanaan keperawatan, 6) Pelayanan keperawatan profesional yang diharapkan oleh *gay* dengan HIV/AIDS. Peneliti akan membahas setiap tema yang sudah ditemukan dengan uraian sebagai berikut:

5.1.1. Respon psikologis dan mekanisme koping *gay* dengan HIV/AIDS dalam penerimaan penyakit

Respon psikologis adalah respon yang dialami *gay* dengan HIV/AIDS dalam proses penerimaan penyakit. Beberapa respon psikologis yang ditemukan pada penelitian ini adalah konflik intrapersonal, kondisi berduka, dan ketidakberdayaan. Konflik intrapersonal adalah suatu konflik yang terjadi pada seseorang karena tidak sejalannya keinginan, kebutuhan, dan kenyataan yang menjadi sebuah benturan. Konflik intrapersonal biasanya terjadi karena tidak sejalannya minimal dua benturan yang terjadi antara nilai dan kebutuhan atau harapan dan kenyataan (Noviana & Suci, 2010).

Konflik intrapersonal yang terjadi pada partisipan dalam penelitian ini adalah sebuah benturan antara nilai dan kebutuhan yang dialami pada saat terdiganosis HIV/AIDS. Benturan-benturan dan nilai yang diyakini oleh partisipan dalam penelitian ini adalah nilai yang menyatakan bahwa penyakit HIV/AIDS adalah sebuah penyakit yang perlu dirahasiakan dari keluarga atau orang terdekat karena dianggap tidak akan menyelesaikan masalah, tetapi justru akan menambah beban keluarga. Beberapa konflik intrapersonal yang dialami oleh partisipan dalam penelitian ini adalah adanya perasaan bingung, perasaan capek harus menutupi penyakitnya, perasaan tergoncang, tertekan batin dan takut saat dinyatakan positif HIV/AIDS. Simbayi, Kalichman, Strebel, Cloete (2007) menyatakan bahwa laki-laki dan wanita yang hidup dengan penyakit HIV/AIDS biasanya akan takut terbuka tentang penyakitnya dengan orang lain karena takut mendapatkan stigma dan diskriminasi. Hal yang sama juga diungkapkan oleh Jeffries IV, Townsend, Gelaude, Torrone, Gasiorowicz, and Bertolli (2015) bahwa adanya suatu keengganan yang dialami LSL dalam mengungkapkan status HIV/AIDS nya dan lebih cenderung menghindari yang berhubungan dengan HIV/AIDS karena adanya stigma yang diperoleh dari lingkungan.

Pada penelitian ini, seluruh partisipan lebih berfokus pada konflik intrapersonal akibat penyakit HIV/AIDS yang dialaminya, sementara menurut Connolly & Lynch, (2016) bahwa laki-laki yang menjadi *gay* sudah mengalami konflik intrapersonal dan interpersonal terkait orientasi seksual yang dimilikinya. Sehingga hal ini menjadi sebuah informasi yang cukup menarik, dimana dari hasil penelitian tidak ditemukannya secara spesifik pernyataan partisipan yang menyatakan adanya konflik intrapersonal yang dialami sebagai dampak dari status *gay* yang dijalannya saat ini. Hal ini mungkin terjadi karena sudah adanya suatu kondisi penerimaan diri secara utuh pada *gay* yang mengalami HIV/AIDS terkait orientasi seksualnya, hal ini dibuktikan adanya salah satu partisipan yang mengungkapkan “*ya udah lah biarin aja gitu kan..terserah mereka mau peduli aku gay atau ga*” dan pernyataan lain yang diungkapkan partisipan yang lain yang menyatakan sudah adanya penerimaan diri pada *gay* adalah adalah “*otomatis orang kantor akan nanya itu siapa? He’s my partner*”. Penerimaan diri pada *gay* menurut Burhan, Fourianalistyawati & Zuhroni (2014) adalah suatu kondisi sudah adanya sebuah pemaknaan kehidupan lebih baik dibandingkan kehidupan yang

sebelumnya dan biasanya dapat menentukan sikap dalam menghadapi kondisi yang sedang dialami.

Kondisi awal saat terdiagnosis HIV/AIDS adalah kondisi yang cukup mengguncang psikologi yang mengalaminya terutama saat dialami oleh *gay*, sehingga tentunya sangat membutuhkan dukungan dari orang disekitar baik keluarga maupun orang terdekat. Kebutuhan akan dukungan ini dinyatakan oleh Vitriawan, Sitorus, & Afyanti (2007) dalam penelitiannya tentang pengalaman pasien saat pertama kali terdiagnosis HIV/AIDS yaitu adanya sebuah kebutuhan berupa dukungan pasien dari orang disekitarnya saat pertama kali terdiagnosis HIV. Hal yang sama juga diungkapkan oleh Sukartini, Nursalam, Has, Asmoro, & Misutarno (2016) bahwa dukungan keluarga berperan dalam mengatasi respon psikologis pasien dengan HIV/AIDS.

Selain konflik intrapersonal, partisipan juga mengungkapkan adanya sebuah proses berduka dalam menerima penyakit yang dialaminya. Kondisi berduka yang dialami partisipan dalam penelitian ini berada pada fase yang berbeda-beda, namun secara keseluruhan menggambarkan lima fase proses berduka menurut Kübler-Ross model (1969). Pada penelitian ini, kondisi berduka yang dialami oleh partisipan adalah kondisi shock, menghakimi Tuhan, berharap kepada Tuhan untuk diberikan waktu agar dapat memperbaiki kesalahan yang sudah dilakukannya di masa lalu, perasaan frustrasi, serta adanya sebuah keiklasan dan penerimaan terhadap penyakit HIV/AIDS yang dialaminya. Berduka atau kehilangan merupakan suatu keadaan yang dialami oleh seseorang yang terjadi karena adanya perpisahan secara keseluruhan maupun sebagian dengan sesuatu yang sebelumnya ada menjadi tidak ada, dimana hal ini pasti pernah dialami oleh setiap orang selama menjalani kehidupan (Yosef, 2011).

Proses berduka menurut Kübler-Ross model (1969) dikelompokkan dalam lima fase, yaitu: menolak/mengingkari, marah, tawar-menawar, depresi dan menerima. Fase menolak/mengingkari adalah suatu reaksi seseorang yang mengalami kehilangan dan biasanya akan terlihat shock, tidak percaya, atau menolak. Pada penelitian ini menerima kenyataan ketika dinyatakan positif HIV adalah sesuatu yang cukup sulit dilakukan, hal ini dibuktikan dengan perasaan shock yang menjadi respon pertama saat pertama kali

partisipan diinformasikan terinfeksi penyakit HIV. Hal ini juga sesuai dengan penelitian Vitriawan, Sitorus, & Afiyanti (2007) yang menyatakan bahwa adanya sebuah penolakan yang dilakukan oleh pasien saat pertama kali terdiagnosis penyakit HIV.

Dalam penelitian ini, marah juga menjadi salah satu kondisi yang sedang dialami partisipan dalam penerimaan penyakit HIV/AIDS. Marah adalah suatu fase dalam proses berduka yang timbul karena adanya sebuah kesadaran akan kenyataan sudah terjadinya sebuah kehilangan (Yosef, 2011). Pada penelitian ini fase marah yang ditunjukkan adalah dengan menjudge dan menghakimi Tuhan karena kondisi yang sedang dialami. Hal ini merupakan salah satu koping yang dilakukan individu dalam menutupi kekecewaannya karena adanya rasa kehilangan terhadap kesehatan yang dimilikinya selama ini.

Tawar menawar merupakan fase yang terjadi setelah sudah melewati fase marah (Yosef, 2011). Pada penelitian ini fase tawar-menawar dilakukan kepada Tuhan agar diberikan waktu untuk dapat menebus kesalahan di masa lalu. Tawar-menawar adalah suatu kondisi mencoba mencari harapan dengan cara membandingkan setiap kondisi yang pernah dialami sehingga dapat menunda atau mencegah kehilangan. Setelah melalui fase tawar-menawar, fase depresi merupakan salah satu fase yang dialami oleh partisipan dalam penelitian ini. Fase depresi merupakan suatu kondisi yang ditunjukkan dengan sikap menarik diri, tidak mau berbicara, menyatakan keputusan, dan perasaan tidak berharga (Yosef, 2011). Pada fase depresi, *gay* dengan HIV/AIDS sudah memahami adanya suatu kepastian dari sebuah kematian, sehingga dapat mengakibatkan seseorang menjadi diam, menarik diri, menghabiskan banyak waktu untuk menangis dan berduka. Fase depresi yang dialami pada penelitian ini menunjukkan penyakit HIV/AIDS merupakan suatu permasalahan yang sangat menakutkan karena sering dibayangi dengan kematian. Eller, Voss, Chen, Chaiphibalsaridi, & Ipinge (2014) mengungkapkan bahwa depresi merupakan suatu kondisi yang paling sering dialami oleh seseorang yang hidup dengan HIV/AIDS dan biasanya disebabkan karena adanya keyakinan bahwa penyakit HIV/AIDS adalah akhir dari kehidupan.

Fase terakhir dari proses berduka yang terdapat dalam penelitian ini adalah sebuah fase penerimaan terhadap penyakit HIV/AIDS. Fase penerimaan adalah fase terakhir dari proses berduka yang juga dialami oleh partisipan dalam penelitian ini. Fase penerimaan adalah sebuah kondisi sudah menerima kenyataan akan kehilangan yang dialami. Fase ini terjadi ketika seseorang sudah mampu untuk tidak menyerah dengan kondisi dan mencari harapan baru terkait kelanjutannya kehidupan yang harus dijalani (Yosef, 2011; Vitriawan et al., 2007).

Kondisi berduka yang tidak teratasi dengan baik dapat mengakibatkan munculnya suatu kondisi yang mengancam penurunan dari kesehatan khususnya kondisi psikologis *gay* dengan HIV/AIDS. Kondisi yang dianggap terjadi karena belum teratasinya kondisi berduka pada 2 partisipan di penelitian ini mengakibatkan terjadinya kondisi ketidakberdayaan. Ketidakberdayaan adalah suatu persepsi individu bahwa tindakan yang dilakukan tidak akan mempengaruhi atau membuahkan hasil (Vacarolis, 2013). Hal yang sama juga diungkapkan oleh Townsend (2009) bahwa ketidakberdayaan adalah sebuah kondisi yang diekspresikan oleh individu dalam bentuk verbal dan non verbal yang menunjukkan kondisi depresi, kehilangan kontrol, dan apatis. Kondisi yang sama dialami partisipan pada penelitian ini, yaitu perasaan tidak dapat mengendalikan situasi yang terjadi yang berdampak pada perilaku seperti tidak mau melanjutkan pengobatan. Ketidakberdayaan yang dialami partisipan dalam penelitian ini merupakan sebuah respon dari stressor yang dihadapi yaitu terdiagnosis penyakit HIV, namun karena adanya perasaan tidak mampu dalam menghadapi stressor yang hadir akhirnya terjadi sebuah ketidakberdayaan. Kemampuan setiap individu dalam menghadapi stressor berbeda-beda dan juga bergantung dari besarnya stressor yang didapatkan. Pada penelitian ini partisipan yang mengalami ketidakberdayaan mendapatkan stressor yang lebih banyak dari partisipan lainnya yaitu adanya suatu kondisi ditinggal pacar karena meninggal dunia.

Konflik intrapersonal, berduka, dan ketidakberdayaan yang dialami oleh *gay* yang terdiagnosis HIV menjadi kondisi yang tentunya sangat membutuhkan sebuah mekanisme koping dalam mengatasinya. Mekanisme koping adalah suatu usaha yang dilakukan seseorang untuk menyelesaikan masalah secara langsung yang merupakan

bentuk pertahanan untuk melindungi diri (Stuart, 2016). Mekanisme koping digunakan setiap orang dalam merespon terhadap kondisi atau masalah yang dialami. Mekanisme koping dalam penelitian ini yang banyak digunakan partisipan dalam menghadapi berbagai kondisinya adalah *problem focus coping*. *Problem focus coping* adalah suatu mekanisme koping yang berpusat pada masalah yang bertujuan untuk mengurangi stres yang berasal dari tuntutan-tuntutan situasi dengan cara mengembangkan sumber daya yang dimiliki untuk mengatasinya (Priharwanti & Raharjo, 2017).

Stuart (2016) mengungkapkan bahwa terdapat tiga hal yang berhubungan dengan mekanisme koping yang berpusat pada masalah, yaitu: konfrontasi, negosiasi, dan menjadi saran. Hal yang sama juga diungkapkan oleh Bardwell, Ancoli-israel, & Dimsdale (2001) bahwa beberapa hal yang berhubungan dengan *problem focus coping* adalah *coping konfrontif*, *seeking social support*, *planful problem solving*, dan *positive reappraisal*. Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan pada penelitian ini, sebagian besar partisipan menggunakan *planful problem solving* sebagai mekanisme koping dalam menerima penyakit dan kondisi yang dialami, yaitu cenderung berusaha tidak terlihat seperti orang sakit, berusaha bangkit, terbuka dengan kondisi yang dialami, dan selalu berusaha happy dalam menjalani semuanya. *Planful problem solving* adalah suatu upaya yang dilakukan individu untuk mengurangi tekanan yang dirasakan dengan cara mengubah situasi dan memecahkan masalah (Bardwell et al., 2001).

5.1.2 Sosok perawat yang diinginkan *gay* dengan HIV/AIDS

Perawat adalah seseorang atau profesi yang sangat bermakna bagi hampir semua partisipan dalam penelitian ini. Perawat sering menjadi sosok yang membuat beberapa partisipan terkagum dengan sikap, pengetahuan, dan komunikasi dari perawat saat berinteraksi dengan pasien *gay* dengan HIV/AIDS. Kekaguman partisipan terhadap perawat dalam penelitian ini menggambarkan sikap yang menerima, memiliki pengetahuan yang luas tentang LGBT dan penyakit HIV/AIDS, dan komunikasi yang hangat dan tidak berjarak. Beberapa sikap menerima yang teridentifikasi pada penelitian ini adalah tidak memberikan respon yang berlebihan baik dari perkataan maupun dari mimik wajah saat pasien memberitahukan orientasi seksualnya, dan kemudian tidak melakukan diskriminasi, tidak melakukan *judge mental* yang membuat pasien menjadi

merasa lebih nyaman dan diterima oleh perawat. Selain merasa diterima, sikap perawat yang *care* yaitu seperti sikap yang terlihat peduli dengan kondisi yang dialami pasien dan sangat merangkul yaitu selalu membuat partisipan sudah seperti keluarga dan selalu dimotivasi merupakan sikap yang sering membuat beberapa partisipan menjadi sangat terkesan dan sangat diterima.

Salah satu hal menarik yang ditemukan dalam penelitian ini yang diungkapkan oleh beberapa partisipan adalah adanya sikap perawat yang dianggap seperti kurang menerima yang dilakukan secara sadar maupun tidak sadar yaitu tindakan yang langsung mencuci tangan setelah selesai berjabat tangan atau menyentuh pasien *gay* dengan HIV/AIDS. Tindakan ini diungkapkan sebagai sebuah diskriminasi yang cukup tidak memberikan kenyamanan pada saat sedang mendapatkan pelayanan kesehatan.

Sikap adalah suatu pernyataan evaluatif yang dapat bersifat menyenangkan maupun yang tidak menyenangkan terhadap obyek, individu, atau peristiwa dan merupakan sebuah cerminan dari kondisi perasaan seseorang tentang sesuatu (Robbins, 2008). Hal yang sama juga diungkapkan oleh Notoatmodjo (2007) bahwa Sikap perawat merupakan suatu reaksi tertutup terhadap stimulus atau objek dan masih belum berbentuk sebuah tindakan atau perilaku. Sikap yang menerima yang diberikan perawat sangat berdampak bagi kualitas asuhan keperawatan yang diberikan. Hal ini diungkapkan oleh Neville & Henrickson (2006) bahwa Sikap profesional perawat sangat mempengaruhi kualitas perawatan kesehatan yang diberikan kepada *gay* dan merupakan sikap yang diharapkan oleh *gay* saat mendapatkan perawatan dari seorang perawat.

Selain sikap yang menerima, memiliki pengetahuan yang luas tentang LGBT dan penyakit HIV/AIDS juga menjadi salah satu hal penting yang diinginkan *gay* dapat dimiliki oleh perawat. Dalam penelitian ini, pengetahuan perawat tentang LGBT dan penyakit HIV/AIDS dan cara penanganannya yang rata-rata sudah dianggap cukup baik menjadi salah satu alasan yang membuat partisipan tidak mendapatkan diskriminasi dari perawat saat sedang memberikan asuhan keperawatan. Pernyataan ini sejalan dengan hasil penelitian Pratikno (2008) yang menyimpulkan bahwa semakin rendah

pengetahuan petugas kesehatan tentang HIV/AIDS maka akan semakin tinggi stigma dan diskriminasi yang didapatkan ODHA dan begitu juga sebaliknya. Peningkatan pengetahuan dan sikap terhadap HIV & AIDS dan upaya pencegahannya merupakan salah satu cara menghilangkan stigma dan diskriminasi pada ODHA sehingga upaya penanggulangan HIV&AIDS dapat berjalan optimal (Rokhmah & Khoiron, 2013)

Hal yang cukup menarik juga disimpulkan Pratikno (2008) namun tidak ditemukan dalam penelitian ini adalah bahwa dokter memiliki stigma yang lebih rendah dibandingkan dengan perawat karena dokter memiliki persepsi terhadap ODHA yang lebih tinggi jika dibandingkan dengan perawat. Keterkaitan antara sikap, persepsi, dan pengetahuan perawat ini lebih dipertegas lagi oleh Priharwanti & Raharjo (2017) yang menyatakan bahwa sikap persepsi terhadap HIV/AIDS dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan dan pendidikan (Priharwanti & Raharjo, 2017). Keterkaitan ketiga hal ini dapat menjadi masukan dan refleksi bagi perawat, khususnya perawat yang merawat pasien dengan HIV/AIDS agar dapat semakin meningkatkan pengetahuan tentang *gay* dan penyakit HIV/AIDS serta cara penangannya baik dari segi fisik maupun psikologis, sehingga sikap yang diberikan perawat dalam asuhan keperawatan lebih maksimal.

Selain sikap menerima dan memiliki pengetahuan yang luas tentang LGBT dan penyakit HIV/AIDS, komunikasi yang hangat dan tidak berjarak juga menjadi jenis-jenis komunikasi yang dapat menjadi kunci keberhasilan dari pelaksanaan asuhan keperawatan pada *gay* dengan HIV/AIDS. Komunikasi merupakan salah satu kunci keberhasilan dari sebuah asuhan keperawatan karena selalu menjadi alat yang digunakan perawat saat mulai melakukan pengkajian keperawatan hingga evaluasi. Menurut Stuart, Keliat, dan Pasaribu (2016) bahwa semua perilaku adalah komunikasi dan semua komunikasi akan mempengaruhi perilaku. Komunikasi adalah suatu proses dari suatu transaksional yang terarah, multidimensi, yang tidak dapat dirubah dan dielakkan (Arnold, 2016). Komunikasi sangat penting di dalam proses keperawatan karena dengan menggunakan komunikasi, maka perawat dapat mempengaruhi pasien yang tentunya menjadi sebuah keberhasilan tindakan keperawatan. Komunikasi terbagi menjadi dua jenis yaitu: komunikasi verbal dan komunikasi non verbal. Komunikasi verbal adalah suatu komunikasi yang terjadi dengan kata-kata namun dianggap kurang

efektif dalam mengkomunikasikan perasaan dan pemahaman yang berarti, karena banyak perasaan atau pikiran yang mungkin tidak dapat diucapkan atau diungkapkan dengan kata-kata (Arnold, 2016; Stuart, Keliat dan Pasaribu, 2016).

Pada penelitian ini komunikasi yang asik, ditambahkan dengan candaan, ramah, kooperatif, komunikatif dan proaktif merupakan jenis komunikasi yang hangat yang dapat meningkatkan keeratn hubungan antara perawat dengan pasien *gay* dengan HIV/AIDS sehingga diharapkan dapat mencapai tujuan asuhan keperawatan dengan maksimal. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh Stuart, Keliat dan Pasaribu, (2016) bahwa hubungan antara pasien dan penyedia layanan kesehatan mempengaruhi komunikasi dan asuhan. Pada penelitian ini hampir seluruh partisipan mengungkapkan bahwa komunikasi yang ditambahkan dengan candaan merupakan komunikasi yang membuat *gay* dengan HIV/AIDS merasa lebih nyaman dan *enjoy*.

Komunikasi dengan candaan atau komunikasi humor memang diyakini dapat memberikan kesembuhan bagi seseorang. Arnold (2016) mengungkapkan bahwa candaan akan menghasilkan energi dan mengaktifkan β -endorphin yang merupakan salah satu jenis neurotransmitter yang dapat mengurangi hormone stress. Komunikasi dengan candaan dianggap menjadi komunikasi yang sangat efektif dilakukan bagi pasien karena dapat mengurangi ketegangan atau stress (Purba, 2003). Hal yang sama juga diungkapkan oleh Arnold (2016) bahwa humor merupakan sebuah komunikasi yang efektif karena menunjukkan sudah adanya hubungan yang baik dan kepercayaan antara perawat dengan pasien, namun dalam penggunaannya harus memperhatikan usia, kebudayaan, dan jenis kelamin dan dalam pelaksanaannya harus berfokus pada ide, acara dan situasi. Dalam penelitian ini diungkapkan bahwa penggunaan komunikasi candaan merupakan komunikasi yang diharapkan oleh hampir seluruh partisipan namun teknik komunikasi ini harus sudah diawali dengan terjalinnya sebuah *trust* antara pasien dan perawat.

Komunikasi yang tidak berjarak juga merupakan jenis komunikasi yang dianggap dapat memberikan kenyamanan bagi *gay* dengan HIV/AIDS. Komunikasi yang dianggap tidak berjarak pada penelitian ini rata-rata merupakan komunikasi non verbal, seperti:

sentuhan, peluk, cipika-cipiki, tidak jaga jarak, tidak kaku dan jaim, bersahabat dan tidak menggunakan sarung tangan yang *double* saat melakukan tindakan keperawatan. Komunikasi yang tidak berjarak sangat erat hubungannya dengan komunikasi dengan sentuhan. Komunikasi dengan sentuhan merupakan jenis komunikasi kasih sayang yang sangat banyak manfaatnya namun dalam penggunaannya harus peka dan hati-hati karena tidak semua orang dapat menerimanya (Purba, 2003). Arnold (2016) mengungkapkan bahwa sentuhan dalam berkomunikasi merupakan salah satu cara untuk mengungkapkan rasa empati kepada pasien yang sedang dalam situasi yang rentan.

Menurut Stuart, Keliat, dan Pasaribu (2016) bahwa tujuan perawat menggunakan komunikasi dengan sentuhan adalah untuk membina kontak dengan klien, meningkatkan komunikasi antara perawat dan pasien, mengkomunikasikan caring, rasa peduli dan pengakuan, serta memberikan jaminan dan rasa nyaman. Hal yang sama juga diungkapkan oleh Stuart, Keliat, dan Pasaribu (2016) bahwa komunikasi dengan sentuhan dapat menjadi suatu bukti rasa ketertarikan, rasa hormat, rasa ketulusan. Teknik komunikasi yang tidak berjarak yang merupakan salah satu teknik komunikasi yang diinginkan *gay* dengan HIV/AIDS saat mendapatkan asuhan keperawatan dari perawat, mungkin dapat menjadi hal yang membuat perawat wanita merasa sedikit risih atau tidak nyaman karena latarbelakang budaya di Indonesia yang tidak terbiasa melakukan teknik komunikasi dengan cium, pelukan, ataupun cipika-cipiki apalagi jika dilakukan dengan jenis kelamin yang berbeda. Hal yang sama juga mungkin dialami oleh perawat laki-laki jika mengalami ketidaknyamanan terkait orientasi seksual dari *gay* dengan HIV/AIDS. Informasi ini perlu dipertimbangkan oleh perawat khususnya yang merawat *gay* dengan HIV/AIDS untuk dapat merefleksikan dirinya untuk dapat terbuka dengan latarbelakang pasien yang berbeda-beda, namun tetap memiliki kesadaran diri terhadap nilai dan kebudayaan yang diyakini sehingga tetap mampu memberikan asuhan keperawatan dengan maksimal kepada pasien tanpa harus mengorbankan nilai-nilai yang diyakini tentang komunikasi terapeutik antara perawat dan pasien.

Hal yang tidak kalah menarik juga yang didapatkan dalam penelitian ini adalah adanya suatu komunikasi non verbal yang mungkin tidak disadari oleh perawat yang sering

dilakukan saat memberikan asuhan keperawatan pada *gay* dengan HIV/AIDS yaitu menggunakan sarung tangan *double* saat akan melakukan tindakan seperti mengambil darah. Tindakan ini dianggap sebagai sebuah ketakutan perawat akan tertular penyakit HIV/AIDS sehingga timbulnya anggapan partisipan bahwa pengetahuan perawat tentang penyakit HIV/AIDS dan cara penularannya masih kurang. Hal ini menjadi sebuah informasi yang sangat penting bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan bagi *gay* dengan HIV/AIDS bahwa komunikasi non verbal yang diberikan perawat merupakan salah satu hal yang sangat penting dan perlu diperhatikan.

5.1.3 Pengkajian keperawatan yang efektif bagi *gay* dengan HIV/AIDS

Pengkajian yang efektif adalah hal yang sangat penting yang perlu diketahui dan dilakukan oleh perawat. Pengkajian adalah suatu proses pengumpulan data yang merupakan langkah awal dalam berpikir kritis untuk pengambilan sebuah keputusan yang menghasilkan diagnosa keperawatan (Wilkinson, 2016). Tujuan dari pengkajian keperawatan pada pasien HIV menurut Black & Hawks (2014) adalah untuk mengatasi masalah-masalah yang berpotensi dihadapi pasien sehingga dapat meningkatkan perilaku pemeliharaan kesehatan pasien.

Pada penelitian ini, pengkajian keperawatan yang dianggap efektif oleh partisipan dan dianggap perlu dilakukan seorang perawat dikelompokkan menjadi dua bagian, yaitu: fokus teknik pengkajian dengan candaan dan tidak masuk lebih dalam dan lingkup pengkajian yang komprehensif. Teknik pengkajian dengan candaan dan tidak masuk lebih dalam merupakan teknik pengkajian yang dianggap partisipan efektif dilakukan perawat saat melakukan pengkajian bagi *gay* dengan HIV/AIDS. Beberapa teknik yang dapat dilakukan perawat saat akan melakukan pengkajian kepada pasien *gay* dengan HIV/AIDS adalah tidak mencecar pasien dengan berbagai pertanyaan karena akan membuat pasien menjadi tidak nyaman. Satu partisipan juga mengungkapkan hal yang bahwa perawat dalam melakukan pengkajian pada *gay* dengan HIV/AIDS cukup hanya mengarahkan saja, selebihnya partisipan mengatakan perawat cukup hanya biarkan pasien yang menceritakan apa saja yang menjadi keluhan-keluhan yang dialaminya. Terkait jenis orientasi seksual beberapa partisipan mengungkapkan bahwa *gay* biasanya

akan mau mulai terbuka terkait orientasi seksualnya jika sudah merasa yakin dan nyaman untuk membukakannya kepada perawat.

Kemampuan perawat untuk memberikan kenyamanan bagi pasien di awal pertemuan hingga akhir pertemuan juga merupakan hal dianggap efektif dalam menentukan keberhasilan sebuah pengkajian bagi *gay* dengan HIV/AIDS. Kondisi yang nyaman juga diungkapkan oleh Parameshwaran, Cockbain, Hillyard, & Price (2017) sebagai suatu kondisi yang dibutuhkan *gay* saat akan menggunakan pelayanan kesehatan karena dianggap sebagai suatu kondisi yang tidak memberikan diskriminasi. Tidak jauh berbeda dengan ungkapan beberapa partisipan sebelumnya, teknik pengkajian yang tidak mencecar dan tidak memasuki ranah yang terlalu dalam juga merupakan teknik yang sangat efektif yang dapat dilakukan perawat dalam mengkaji pasien *gay* dengan HIV/AIDS. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan Stuart (2016) bahwa teknik pengkajian terkait kesehatan seksual *gay* adalah dengan mendengarkan tanpa melakukan pembelaan diri dan memberikan pertanyaan terbuka mulai dari faktor-faktor yang menjadi penyebab, penilaian terhadap perilaku seksual yang sedang dialami, sumber koping, dan mekanisme koping yang digunakan namun harus tetap peka terhadap latar belakang budaya dari pasien.

Teknik yang cukup bertolakbelakang dengan teknik sebelumnya, namun merupakan teknik yang menurut beberapa partisipan cukup efektif dan diharapkan dapat dilakukan oleh perawat saat memberikan asuhan keperawatan bagi *gay* dengan HIV/AIDS adalah komunikasi yang intens, cermat dan teliti dalam menilai kondisi dari pasien saat pertama kali bertemu. Harapan adanya sebuah komunikasi yang intens dan kemampuan perawat yang harus cermat dan teliti dalam menilai kondisi dari pasien merupakan hal yang sangat bertolakbelakang dengan pernyataan partisipan yang tidak ingin digali lebih dalam. Hal ini menjadi sebuah data yang menarik yang menunjukkan bahwa *gay* dengan HIV/AIDS membutuhkan waktu dan proses untuk menjalin *trust* dengan perawat sehingga mereka tidak langsung mau menceritakan terkait orientasi seksualnya diawal pertemuan dengan perawat. Partisipan pada penelitian ini mengungkapkan bahwa tidak ada standard waktu yang dibutuhkan partisipan untuk terbuka terkait orientasi seksual yang dimiliki saat ini kepada perawat, namun rata-rata mengungkapkan bahwa

mereka akan terbuka terkait orientasi seksualnya saat sudah merasa nyaman dengan perawat, dimana kenyamanan itu akan tumbuh saat sudah terjalinnya *trust* antara perawat dan pasien.

Selain teknik pengkajian, pada penelitian ini didapatkan bahwa ada beberapa hal penting yang komprehensif dan lebih spesifik yang perlu diketahui dan perlu dikaji oleh perawat saat melakukan pengkajian pada *gay* dengan HIV/AIDS, yaitu pengkajian dengan menanyakan orientasi seksual dan peranan pasien dalam orientasi seksual tersebut. Pada penelitian ini tidak semua perawat sudah melakukan pengkajian terkait orientasi seksual pasien yang terdiagnosa HIV/AIDS dan hasil wawancara yang didapatkan dari beberapa partisipan yang tidak pernah ditanyakan terkait orientasi seksual menyatakan bahwa sepertinya perawat sudah mengetahui tentang orientasi seksual mereka. Ada beberapa hal yang mungkin menyebabkan perawat tidak melakukan pengkajian terkait orientasi seksual pasien yaitu perasaan tidak nyaman ataupun karena sudah menduga pasien adalah seorang *gay* sehingga tidak perlu untuk menanyakan kembali. Hal ini juga diungkapkan oleh Neville & Henrickson (2006) bahwa adanya suatu rasa ketidaknyamanan yang ditunjukkan oleh petugas kesehatan jika berbicara terkait orientasi seksual sehingga rata-rata mencoba mengabaikan pengungkapan terkait orientasi tersebut.

Melakukan pengkajian terkait orientasi seksual bukanlah hal yang mudah untuk dilaksanakan oleh perawat. Perbedaan nilai-nilai dan keyakinan yang dimiliki oleh perawat sangat sering berdampak dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan seperti pengkajian keperawatan pada *gay* dengan HIV/AIDS. Keterbukaan terkait orientasi seksual *gay* dengan HIV/AIDS pada penelitian ini menyimpulkan bahwa rata-rata partisipan sudah mau terbuka terkait dengan orientasi seksual yang mereka miliki namun masih ada beberapa partisipan yang masih cukup hati-hati ketika akan terbuka dengan perawat maupun petugas kesehatan lainnya. Ketidakterbukaan *gay* terkait orientasi seksualnya kepada petugas kesehatan juga diungkapkan oleh Douglas-Scott, et al (2004, dalam Connolly & Lynch, 2016) bahwa pria *gay* yang menggunakan layanan kesehatan di Irlandia tidak terbuka dan jujur tentang orientasi seksual mereka karena takut mendapatkan stigma.

5.14 Ketidakpopuleran diagnosa keperawatan

Ketidakpopuleran diagnosa keperawatan merupakan sebuah informasi yang ditemukan dalam penelitian ini. Seluruh partisipan dalam penelitian mengungkapkan ketidaktahuan dan ketidakpahaman mereka terkait diagnosa keperawatan. Dalam penelitian ini juga mengungkapkan bahwa tidak sedikit partisipan menyatakan bahwa diagnosa keperawatan merupakan kata yang masih baru pertama kali didengar. Diagnosa keperawatan adalah sebuah analisa dari pengkajian yang menggambarkan kondisi pasien yang diobservasi yang dapat merupakan masalah aktual, potensial, maupun diagnosis sejahtera (PPNI, 2005; Wilkinson, 2016). Menurut Nursalam & Dian (2011) bahwa diagnosa keperawatan pada pasien dengan HIV/AIDS selalu terkait dengan respon biologis, adaptif psikologis (strategi koping), respon sosial (keluarga dan *peer group*), dan respon spiritual.

Manfaat dari diagnosa keperawatan menurut Herdman (2012) adalah untuk mengidentifikasi masalah atau respon pasien terhadap status kesehatannya sehingga perawat dapat memberikan intervensi yang tepat untuk mencegah, membatasi, atau merubah kesehatan pasien. Ketidaktahuan *gay* dengan HIV/AIDS tentang diagnosa keperawatan menjadi suatu informasi penting yang juga menunjukkan adanya kemungkinan ketidaktahuan *gay* tentang masalah atau respon yang dialaminya ketika terdiagnosa penyakit HIV/AIDS. Ketidaktahuan masalah atau respon yang dialami ini tentunya akan membuat rendahnya kesadaran pasien akan perkembangan dari kesehatannya setelah mendapatkan intervensi keperawatan dari perawat.

Ketidakpopuleran diagnosa keperawatan dalam penelitian ini dapat menjadi suatu refleksi bagi profesi keperawatan khususnya profesi keperawatan di Indonesia. Ketidakpopuleran diagnosa keperawatan tentunya dapat memberikan dampak bagi profesi keperawatan. Beberapa hal yang menurut peneliti mungkin dapat menjadi dampak dari ketidakpopuleran diagnosa keperawatan adalah adanya suatu persepsi dari pasien yang menganggap bahwa setiap tindakan yang dilakukan oleh perawat saat sedang bertemu dengan pasien bukan sesuatu rangkaian kegiatan dari asuhan keperawatan yang dilakukan perawat dalam mengatasi masalah kesehatan dari pasien. Hal ini juga diperkuat dengan pernyataan dari dua orang partisipan penelitian yang

menyatakan bahwa perawat merupakan asisten dokter yang bertugas untuk membantu dokter. Menemukan cara untuk dapat mengenalkan atau mempopulerkan diagnosa keperawatan dapat menjadi solusi untuk mengubah persepsi negatif masyarakat umum terhadap profesi keperawatan.

5.15 Keterbatasan perawat untuk melibatkan pasien *gay* dengan HIV/AIDS dalam perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan atau sering disebut dengan intervensi keperawatan adalah salah satu bagian yang tidak kalah penting dalam sebuah asuhan keperawatan. Pada penelitian ini ditemukan kondisi bahwa peran perawat yang belum maksimal dalam melibatkan pasien untuk membuat suatu perencanaan keperawatan bagi kesehatan pasien. Ketidakmaksimalan peran perawat ini disebabkan karena adanya beberapa keterbatasan perawat yang sulit untuk diatasi sementara melibatkan pasien dalam membuat perencanaan atau intervensi keperawatan memiliki banyak manfaat dan merupakan hal yang sangat perlu dilakukan oleh perawat karena dapat membantu meningkatkan kesehatan pasien.

Dalam penelitian ini beberapa hal yang menjadi keterbatasan perawat dalam melibatkan pasien untuk melakukan perencanaan keperawatan adalah kerjaan perawat yang dianggap terlalu banyak yang membuat perawat terlalu sibuk untuk melaksanakan seluruh pekerjaan tersebut dalam waktu yang tergolong tidak banyak. Beban kerja perawat yang terlalu banyak sudah menjadi suatu fenomena yang hingga saat ini belum dapat teratasi dengan maksimal, dimana diyakini bahwa beban kerja yang banyak mempengaruhi kualitas kerja dari seorang perawat yaitu dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Hal ini diperkuat dari hasil penelitian Manuho, Warouw, & Hamel (2015) yang menyimpulkan bahwa adanya hubungan beban kerja dengan kinerja perawat dalam pemberian asuhan keperawatan.

Menurut Bulechek, Butcher, Dochterma, Wagner (2013) Intervensi keperawatan adalah semua penanganan atau *treatment* yang berdasarkan pada keilmuan dan penilaian pada tatanan klinik, dimana perawat melakukan segala tindakan yang bertujuan untuk meningkatkan hasil atau kesehatan dari pasien. Intervensi keperawatan meliputi aspek

fisiologis dan aspek psikologis dan biasanya meliputi penanganan pada kondisi sakit, pencegahan kondisi sakit, dan promosi kesehatan. Sebagian besar intervensi digunakan pada individu, tetapi banyak intervensi juga yang digunakan pada keluarga dan komunitas.

Intervensi keperawatan yang ditemukan dalam penelitian ini yang sudah dilaksanakan oleh perawat adalah kegiatan konseling, pemberian terapi obat ARV, dan pemberian pendidikan kesehatan. Kegiatan konseling merupakan kegiatan yang rata-rata hanya didapatkan oleh partisipan dari perawat diawal pemeriksaan HIV/AIDS dan biasanya waktunya saat sedang menunggu hasil dari pemeriksaan. Menurut Luddin (2010) konseling merupakan sebuah cara untuk mengubah perilaku dari seseorang. Pada penelitian ini, tindakan yang sudah dilakukan perawat pada kegiatan konseling adalah memberikan motivasi, membantu partisipan bangkit dan menganjurkan untuk fokus kepada hari depan yang harus tetap dijalani. Kegiatan konseling dalam penelitian ini memberikan dampak yang sangat luar biasa bagi partisipan yang mendapatkannya. Ungkapan beberapa partisipan menyatakan adanya suatu awal perubahan dan semangat yang baru yang dirasakan partisipan yang membuat mereka merasa siap untuk melanjutkan kehidupan kedepannya. Hal ini sejalan dengan yang disampaikan Priharwanti & Raharjo (2017) bahwa kehadiran konselor sangat membantu pasien HIV/AIDS dalam mengurangi tekanan yang dirasakan. Hal yang sama juga diungkapkan oleh Gupta (2010) bahwa konseling terbukti sangat efektif dalam menurunkan rasa kesemasan maupun depresi yang dialami oleh pasien HIV.

Pemberian terapi obat merupakan salah satu intervensi keperawatan yang sudah didapatkan oleh seluruh partisipan dalam penelitian ini. Menanyakan tentang kepatuhan minum obat merupakan salah satu tindakan rutin yang dilakukan perawat saat akan memberikan obat kepada partisipan saat sedang melakukan kontrol ke rumah sakit sehingga perawat dapat mengontrol pengobatan dari pasien. Pelaksanaan peran perawat mengontrol dan memberikan edukasi tentang obat ARV dianggap memiliki hubungan terhadap peningkatan kepatuhan pasien untuk meminum obat (Astuti & Mulyaningsih, 2017).

Pemberian pendidikan kesehatan juga menjadi salah satu intervensi yang diberikan perawat bagi beberapa partisipan pada penelitian ini. Pemberian pendidikan kesehatan yang diberikan perawat biasanya berfokus pada penyakit HIV, cara penularan, dan cara mencegah penularannya. Selain pendidikan kesehatan, memberikan kesempatan pasien mendapatkan ilmu terkait penyakit yang dialami juga dilakukan perawat dengan cara memberikan informasi dan mengajak partisipan mengikuti seminar-seminar yang sering dilakukan terkait penyakit HIV AIDS dan cara penanganannya sehingga melalui seminar tersebut seluruh pasien dapat bertemu dengan pasien yang lain yang memiliki permasalahan yang sama yang dapat membantu mereka saling memberikan motivasi untuk tetap semangat menjalani pengobatan dan menjalani kehidupan dengan lebih baik dan sehat.

5.16 Pelayanan keperawatan professional yang diharapkan oleh *gay* dengan HIV/AIDS

Pelayanan keperawatan professional adalah pelayanan yang diharapkan oleh *gay* dengan HIV/AIDS dari seorang perawat. Pada penelitian ini pelayanan keperawatan professional yang diharapkan oleh *gay* dengan HIV/AIDS saat memberikan asuhan keperawatan diklasifikasikan menjadi layanan asuhan keperawatan yang sama dan peningkatan kemampuan dan keterampilan perawat. Keperawatan adalah suatu disiplin ilmu yang bertujuan untuk menerapkan pengetahuan ilmiah dalam proses mendiagnosis dan memberikan perawatan melalui suatu penilaian dan proses berpikir yang kritis dalam sebuah konteks hubungan yang bersifat caring (Bulechek, Butcher, Dochterma, Wagner, 2013).

Perawat adalah seseorang yang telah lulus dari sekolah tinggi keperawatan yang diakui sesuai dengan ketentuan dan peraturan yang sudah ditetapkan oleh pemerintah yang bertugas untuk memberikan asuhan keperawatan baik kepada individu, keluarga, maupun kelompok, baik kepada kelompok sehat maupun yang sakit (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2017; Undang-undang No 38 tahun 2014). Dalam penelitian ini terdapat beberapa hal yang menjadi harapan seorang *gay* dengan HIV/AIDS saat bertemu dan mendapatkan asuhan keperawatan yang dikategorikan penulis menjadi kualitas perawat, layanan asuhan keperawatan, dan peningkatan kemampuan dan keterampilan perawat.

Kualitas seorang perawat yang baik tentunya menjadi hal yang sangat diharapkan pasien khususnya bagi pasien *gay* dengan HIV/AIDS dan dapat dilihat dari kemampuannya dalam memberikan asuhan keperawatan. Dalam penelitian ini beberapa hal yang menjadi harapan pasien *gay* dengan HIV/AIDS terhadap layanan asuhan keperawatan adalah adanya harapan terbentuknya sebuah layanan keperawatan yang sama dan konsisten yang diberikan oleh perawat. Dalam penelitian ini didapatkan suatu informasi melalui beberapa partisipan yang menyatakan adanya perbedaan pelayanan yang didapatkan atau dirasakan oleh *gay* dengan HIV/AIDS dari perawat. Beberapa perbedaan yang dirasakan adalah perbedaan layanan perawat yang diberikan oleh perawat senior dan perawat junior, perbedaan layanan yang diberikan perawat perempuan dan perawat laki-laki, dan perbedaan layanan keperawatan yang dirasakan di RS Swasta dengan RS pemerintah. Perbedaan pelayanan yang didapatkan oleh pasien *gay* dengan HIV/AIDS ini merupakan pernyataan yang menunjukkan bahwa belum adanya suatu standar yang sama atau baku yang digunakan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan bagi *gay* dengan HIV/AIDS, sehingga masih adanya suatu perbedaan yang dirasakan oleh pasien saat mendapatkan layanan asuhan keperawatan.

Perbedaan pelayanan yang didapatkan oleh *gay* dengan HIV/AIDS dapat berdampak terhadap keengganan menggunakan pelayanan kesehatan untuk mengobati penyakit yang dialaminya. Hal ini juga disampaikan oleh salah satu partisipan bahwa perbedaan pelayanan yang didapatkan dari perawat membuat dirinya kadang-kadang berpikir untuk mencari alternatif rumah sakit lain untuk melanjutkan pengobatan yang sedang dilakukan dan menganggap datang ke rumah sakit bukan menjadi sebuah solusi yang baik untuk meningkatkan kesehatannya. Hal yang sama diungkapkan oleh Zeeman, Aranda, Sherriff, & Cocking (2017) bahwa adanya perbedaan pelayanan yang didapatkan dari petugas kesehatan mengakibatkan keengganan pasien HIV/AIDS dalam mencari dan menggunakan layanan kesehatan untuk mengobati penyakitnya.

Untuk mengatasi perbedaan pelayanan yang diberikan perawat, pembuatan suatu standar asuhan keperawatan yang baku yang dapat digunakan oleh seluruh perawat di Indonesia maupun di dunia merupakan salah satu solusi terbaik yang dapat dilakukan. Selain pembuatan standar asuhan keperawatan bagi *gay* dengan HIV/AIDS, partisipan

dalam Penelitian ini juga menyampaikan bahwa *sharing session* dengan senior dan mengikuti pelatihan-pelatihan terkait penyakit HIV/AIDS dapat menjadi solusi untuk menyamakan pelayanan yang diberikan perawat dan meningkatkan kemampuan serta keterampilan dari perawat yang tentunya dapat berdampak bagi peningkatan dari keprofesionalan dari pelayanan keperawatan.

5.2 Keterbatasan Penelitian

Pada penelitian ini validasi data terkait status partisipan yang terdiagnosis positif HIV/AIDS dan sedang menjalani pengobatan di tiga rumah sakit yang sudah ditentukan oleh peneliti tidak dapat terlaksana, karena dua dari rumah sakit yang sudah diajukan permohonan izin penelitian menolak untuk memberikan izin dengan alasan di RS tidak ada catatan yang menyatakan eksplisit pasien *gay*/tidak, pelayanan yang diberikan kepada seluruh pasien sama dan tidak membeda-bedakan antara *gay* dan tidak *gay* dan alasan dari salah satu rumah sakit yang lain adalah karena rumah sakit sedang dalam proses akreditasi. Oleh karena itu, validasi data partisipan yang berobat di rumah sakit yang menolak izin penelitian dialihkan ke LSM Yayasan kasih suwitno dan dibantu konselor LSM dari tiap rumah sakit.

5.3 Implikasi bagi keperawatan

5.3.1 Implikasi bagi institusi pendidikan

Temuan hasil penelitian ini dapat menjadi sebuah data dasar yang dipertimbangkan dalam menambahkan jumlah SKS atau jumlah pertemuan dari mata kuliah yang membahas tentang *gay* dan penyakit HIV/AIDS serta cara penanganannya. Pengetahuan mahasiswa (calon perawat) dalam memberikan asuhan keperawatan bagi *gay* dengan HIV/AIDS akan membuat perawat merasa lebih yakin dan siap dalam memberikan asuhan keperawatan bagi *gay* dengan HIV/AIDS.

5.3.2 Implikasi bagi pelayanan keperawatan

Hasil penelitian ini menunjukkan konflik intrapersonal, proses berduka, dan ketidakberdayaan adalah respon psikologis yang dialami *gay* saat terdiagnosa HIV/AIDS. Hasil temuan ini dapat menjadi data yang digunakan untuk membuat suatu perencanaan untuk peningkatan kemampuan perawat dalam memberikan terapi

keperawatan, sehingga dapat mengatasi respon psikologis *gay* saat terdiagnosa HIV/AIDS. Dalam penelitian ini terdapat beberapa jenis komunikasi yang diinginkan *gay* saat berkomunikasi atau berinteraksi dengan perawat seperti bercanda, cipika-cipiki, peluk dan cium. Hasil temuan ini dapat menjadi data yang dapat digunakan dalam pemberian asuhan keperawatan, namun bukan suatu hasil yang penggunaannya dapat digeneralisasikan pada setiap kondisi terutama di negara Indonesia yang memiliki keanekaragaman budaya yang sangat banyak dan berbeda-beda dan penggunaan komunikasi dengan candaan bagi *gay* dengan HIV/AIDS perawat harus sudah menjalin *trust* terlebih dahulu. Ketidakpopuleran diagnosa keperawatan ini juga mungkin menjadi salah satu penyebab dari persepsi sebagian masyarakat umum yang masih menganggap perawat adalah profesi yang bertugas sebagai asisten dokter, sehingga data ini dapat digunakan untuk membuat perencanaan yang tepat untuk meningkatkan kepopuleran dari diagnosa keperawatan kepada masyarakat umum. Keterbatasan perawat terkait beban kerja yang terlalu banyak sehingga tidak dapat secara maksimal melibatkan pasien dalam perencanaan keperawatan juga menjadi sebuah data yang tidak kalah penting bagi institusi pelayanan dalam membuat perencanaan yang tepat terkait jumlah dan beban kerja perawat, sehingga pelaksanaan dari asuhan keperawatan dapat terlaksana lebih maksimal.

5.3.3 Bagi Praktik Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat menjadi data dasar dalam penyusunan standar asuhan keperawatan bagi *gay* dengan HIV/AIDS, sehingga tiap rumah sakit memiliki standar asuhan yang sama dalam memberikan asuhan keperawatan bagi *gay* dengan HIV/AIDS. Kondisi *gay* dengan HIV/AIDS sangat mungkin dapat mengalami masalah psikososial. Perawat bertugas dan bertanggung jawab untuk mengatasi kondisi psikososial pasien, sehingga kemampuan perawat terkait pemberian terapi masalah psikososial haruslah terus digali dan ditingkatkan agar dapat memberikan asuhan keperawatan yang maksimal bagi pasien.

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang persepsi *gay* dengan HIV/AIDS terhadap asuhan keperawatan. Tema-tema yang didapatkan menggambarkan bahwa perlunya dilakukan peningkatan terhadap pelayanan asuhan keperawatan dan penyamaan standar asuhan keperawatan yang diberikan bagi *gay* dengan HIV/AIDS. Oleh karena itu, sangatlah dibutuhkannya sebuah penanganan tidak hanya dari petugas kesehatan namun juga dari pemegang kebijakan. Pada bab ini akan menjelaskan kesimpulan dari hasil penelitian serta saran-saran sebagai bentuk tindak lanjut dari penelitian ini.

6.1 Simpulan

Tema-tema yang didapatkan dari penelitian pada 14 partisipan terkait persepsi *gay* dengan HIV/AIDS tentang asuhan keperawatan adalah respon psikologis dan mekanisme coping *gay* dengan HIV/AIDS dalam penerimaan penyakit, Sosok perawat yang diinginkan *gay* dengan HIV/AIDS, pengkajian keperawatan yang efektif bagi *gay* dengan HIV/AIDS, ketidakpopuleran diagnosis keperawatan, keterbatasan perawat untuk melibatkan klien *gay* dengan HIV/AIDS dalam perencanaan keperawatan, pelayanan keperawatan profesional yang diharapkan oleh *gay* dengan HIV/AIDS.

Asuhan keperawatan adalah suatu proses kegiatan keperawatan yang diberikan oleh perawat untuk mengekspresikan *human caring* secara langsung kepada klien di tatanan layanan kesehatan yang bertujuan untuk memecahkan masalah dengan menggunakan ilmu, teknik, dan keterampilan interpersonal dalam memenuhi kebutuhan klien, keluarga maupun masyarakat. Asuhan keperawatan terdiri atas proses pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, hingga evaluasi. Asuhan keperawatan merupakan salah satu solusi bagi *gay* dengan HIV/AIDS dalam menyelesaikan masalah terkait penyakit HIV/AIDS yang dialaminya.

Respon psikologis adalah respon yang dialami *gay* saat terdiagnosis HIV/AIDS. Beberapa respon psikologis yang dialami adalah adanya konflik intrapersonal, proses berduka, hingga ketidakberdayaan. Konflik intrapersonal yang dialami oleh *gay* dengan

HIV/AIDS lebih terfokus pada konflik intrapersonal akibat penyakit HIV/AIDS yang dialaminya dari pada konflik intrapersonal dari orientasi seksualnya saat ini. Hal ini mungkin terjadi karena sudah adanya sebuah penerimaan diri yang utuh terhadap orientasi seksualnya sebagai *gay*. Dalam menghadapi respon psikologis mekanisme koping yang digunakan *gay* dengan HIV/AIDS *planful problem solving* yaitu suatu upaya yang dilakukan untuk mengurangi tekanan yang dirasakan dengan cara mengubah situasi dan memecahkan masalah.

Perawat adalah seseorang atau profesi yang sangat bermakna bagi *gay* dengan HIV/AIDS karena sering menjadi sosok yang membuat mereka kagum dengan sikap menerima, memiliki pengetahuan yang luas tentang LGBT dan penyakit HIV/AIDS, dan komunikasi yang hangat dan tidak berjarak. Kekaguman terhadap sikap perawat yang menerima yang ditunjukkan dengan tidak diskriminasi, *welcome, care, tidak judge mental*, dan merangkul adalah sikap perawat yang diinginkan *gay* dengan HIV/AIDS. Pengetahuan tentang orientasi seksual, penyakit HIV serta cara penanganannya juga merupakan hal yang sangat penting yang harus dimiliki perawat saat akan memberikan asuhan keperawatan bagi *gay* dengan HIV/AIDS. Komunikasi adalah hal yang sangat penting dan menjadi salah satu kunci keberhasilan sebuah asuhan keperawatan. komunikasi yang penuh hangat dan tidak berjarak adalah komunikasi terfavorit yang membuat *gay* dengan HIV merasa lebih nyaman. Beberapa komunikasi yang cukup nyaman yang mungkin dapat menjadi konflik intrapersonal pada perawat yang merawat *gay* dengan HIV/AIDS adalah komunikasi dengan pelukan, dan cium pipi kanan dan cium pipi kiri (*cipika cipiki*) yang merupakan suatu komunikasi yang diinginkan *gay* dan dianggap sebagai bentuk kedekatan dan kasih sayang saat berinteraksi dengan perawat. Hal ini merupakan informasi yang menarik yang dapat membantu perawat dalam memberikan asuhan keperawatan bagi *gay* dengan HIV/AIDS, namun bukan suatu hal yang dapat digeneralisasikan dalam semua kondisi karena perawat harus tetap menjaga nilai-nilai kebudayaan yang diyakini saat memberikan asuhan keperawatan.

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, pengkajian keperawatan yang efektif adalah hal yang harus diketahui dan mampu dilaksanakan oleh perawat pada *gay* dengan HIV/AIDS. Pengkajian yang efektif yang dapat dilakukan bagi *gay* dengan HIV adalah

dengan mengkaji lingkup pengkajian secara komprehensif seperti menanyakan keadaan, kondisi fisik, psikologi, kepatuhan minum obat, orientasi seksual serta peran dalam orientasi seksual gay. Teknik pengkajian seperti mempunyai kemampuan interaksi yang baik, tidak mencecar, hanya mengarahkan, membuat nyaman, tidak memasuki *privacy* pasien terlalu dalam, tidak menghakimi, cermat dan teliti menilai kondisi pasien, tidak “*to the point*” dalam menanyakan orientasi seksual, melakukan komunikasi yang intens dan dengan candaan. Dalam proses pengkajian keperawatan gay dengan HIV/AIDS, gay membutuhkan waktu untuk menjalin kepercayaan dan kedekatan dengan perawat.

Ketidakpopuleran diagnosa keparawatan adalah salah satu fakta yang mungkin berhubungan dengan persepsi sebagian masyarakat umum yang masih menganggap perawat adalah asisten dokter. Keterbatasan perawat akibat beban kerja yang sangat banyak membuat perawat belum melibatkan pasien gay dengan HIV/AIDS dalam membuat perencanaan keperawatan. Peningkatan pengetahuan perawat terkait perawatan bagi gay dengan HIV/AIDS, layanan asuhan keperawatan yang sama dan terstandar, serta melakukan peningkatan kemampuan dan keterampilan perawat melalui *sharring session* dan pelatihan adalah harapan gay dengan HIV/AIDS terhadap pelayanan keperawatan yang professional.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat menjadi data dasar yang dapat ditindaklanjuti dengan meningkatkan jumlah konsep dan teori tentang gay dan HIV/AIDS pada kurikulum pendidikan mulai dari pendidikan diploma hingga doktor. Selain dari konsep dan teori yang didapatkan di kurikulum pendidikan, pentingnya materi-materi tentang pemberian asuhan keperawatan bagi gay dengan HIV/AIDS dimasukkan dalam pelatihan-pelatihan yang mudah didapatkan dan diikuti oleh mahasiswa. Penelitian ini juga dapat ditindaklanjuti dengan mempersiapkan perawat secara umum memiliki kemampuan dalam memberikan terapi keperawatan untuk mengatasi masalah psikososial yang mungkin dialami oleh gay dengan HIV/AIDS dalam penerimaan penyakitnya dan dalam menjalani setiap proses pengobatan yang dilakukan.

6.2.2 Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan

Penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan dalam membuat suatu perencanaan untuk meningkatkan kemampuan perawat dalam memberikan terapi keperawatan, sehingga dapat dengan cepat dan tepat dalam mengatasi respon psikologis *gay* saat terdiagnosa HIV/AIDS. Penelitian ini dapat menjadi sebuah data yang cukup baik tentang cara melakukan komunikasi pada *gay* dengan HIV agar tujuan asuhan keperawatan dapat tercapai secara maksimal, namun bukan suatu hal yang dapat digeneralisasikan dalam semua kondisi, harus tetap memperhatikan nilai-nilai kebudayaan perawat yang akan melakukan dan dalam pelaksanaan komunikasi dengan candaan harus memastikan sudah terjalannya *trust* antara pasien dan perawat. Penelitian ini juga dapat menjadi acuan dalam pembuatan strategi untuk mempopulerkan diagnosa keperawatan kepada masyarakat baik seperti pembuatan standar operasional yang lebih aplikatif yang mengharuskan perawat melibatkan pasien dalam setiap proses asuhan keperawatan sehingga asuhan keperawatan dapat semakin dikenal di masyarakat. Tidak kalah penting dengan saran sebelumnya, penelitian ini juga dapat menjadi masukan dalam membuat perencanaan yang tepat terkait jumlah dan beban kerja perawat sehingga pelaksanaan dari asuhan keperawatan dapat terlaksana lebih maksimal dan kualitas dari asuhan keperawatan juga mengalami peningkatan.

6.2.3 Bagi Praktik Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi praktik keperawatan tentang pelaksanaan asuhan keperawatan yang profesional pada *gay* dengan HIV/AIDS. Penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar dalam penyusunan standar asuhan keperawatan yang baku bagi *gay* dengan HIV/AIDS, sehingga tiap rumah sakit sudah memiliki standar asuhan yang sama dalam memberikan asuhan keperawatan bagi *gay* dengan HIV/AIDS, yang tentunya menjadi sebuah harapan dapat menurunkan perbedaan pelayanan asuhan keperawatan yang didapatkan. Penelitian ini juga dapat menjadi data dasar yang menunjukkan bahwa pemberian asuhan keperawatan bagi *gay* dengan HIV/AIDS tidak hanya berfokus pada masalah fisik saja namun harus dapat berfokus pada masalah kejiwaan pasien, sehingga peningkatan kemampuan perawat dalam memberikan terapi psikososial di layanan keperawatan merupakan salah satu solusi dalam meningkatkan layanan kesehatan bagi *gay* dengan HIV/AIDS.

6.2.4 Bagi Penelitian Selanjutnya

Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi lebih dalam persepsi *gay* dengan HIV/AIDS terhadap asuhan keperawatan. Pada penelitian yang sudah dilakukan didapatkan data yang menyatakan adanya perbedaan layanan keperawatan yang dirasakan oleh *gay* dengan HIV/AIDS dari perawat laki-laki dan perawat perempuan, perawat senior dan perawat junior, perawat rumah sakit pemerintah dan rumah sakit swasta. Oleh karena itu perlu dilakukan penelitian kualitatif lanjutan dengan partisipan yang lebih spesifik seperti asuhan keperawatan yang diberikan perawat laki-laki, pada perawat senior, perawat junior, perawat rumah sakit pemerintah atau rumah sakit swasta sehingga dapat memberikan gambaran penelitian yang lebih luas terhadap persepsi *gay* dengan HIV/AIDS tentang asuhan keperawatan yang diberikan perawat yang lebih spesifik. Selain itu, penelitian kualitatif terkait pelaksanaan asuhan keperawatan terhadap *gay* dengan HIV/AIDS pada saat sedang mengalami respon psikologis juga merupakan penelitian yang dapat melengkapi penelitian yang sudah dilakukan

DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti, Y & Rachmawati, I N. (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan Edisi 1*. Jakarta: Rajawali Pers
- Anjaswarni, Tri. (2015). *Modul Komunikasi Dalam Keperawatan. Penerapan Komunikasi Dalam Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan, Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia
- Arístegui, I., Radusky, P. D., Zalazar, V., Lucas, M., & Sued, O. (2017). Resources to cope with stigma related to HIV status, gender identity, and sexual orientation in gay men and transgender women. *Journal of Health Psychology*, 135910531773678. <https://doi.org/10.1177/1359105317736782>
- Arnold, E C. (2016). *Interpersonal relationships: professional communication skill for nurse, seven edition*. St Louis, missouri: Elsevier
- Astuti, D., & Mulyaningsih, M. (2017). Nurse Role As Educator Affected the Compliance of Antiretroviral (ARV) Consumption For Patients with HIV/AIDS in the VCT Clinic of Dr. Moewardi Hospital. *Jurnal Ners Dan Kebidanan (Journal of Ners and Midwifery)*, 3(3), 183. <https://doi.org/10.26699/jnk.v3i3.ART.p183-188>
- Ayu, P. R. R. (2014). Efektifitas United Nations Programme on HIV and AIDS (UNAIDS) Menangani HIV/AIDS di Indonesia Tahun 2009-2012. *Jom FISIP*, 2(1), 1–10.
- Baker, S. E., & Edwards, R. (2012). How many qualitative interviews is enough? *National Centre for Research Methods Review Paper*, 1–42. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>
- Black, J & Hawks, J. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah : Manajemen klinis untuk hasil yang diharapkan. Dialihbahasakan oleh Nampira R*. Jakarta : Salemba Emban Patria
- Bodenhausen, G. V, & Hugenberg, K. (2009). Attention, Perception, and Social Cognition. *Social Cognition: The Basis of Human Interaction*, 1(23), 1–22.
- Brooks, R. A., Allen, V. C., Regan, R., Mutchler, M. G., Cervantes-Tadeo, R., & Lee, S.-J. (2017). HIV/AIDS conspiracy beliefs and intention to adopt preexposure

- prophylaxis among black men who have sex with men in Los Angeles. *International Journal of STD & AIDS*, 95646241772769. <https://doi.org/10.1177/0956462417727691>
- Bulecheck G, Butcher H, Dochterma J, Wagner C. 2013. *Nursing Intervention Classification*. Mosby, Inc. Elsevier
- Burhan, R, Fourianalisyawati, E, Zuhroni. (2014). *Gambaran kebermaknaan hidup orang dengan HIV/AIDS (ODHA) serta tinjauannya menurut Islam*. *Jurnal Psikogenesis* Vol 2. No 2/ Juni 2014.
- Caroll, J.L. (2015). *Sexuality Now, Embracing Diversity 5th Edition*. Belmont Thomson Wadsworth
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2013). *HIV testing and risk behaviors among gay, bisexual, and other men who have sex with men - United States*. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, 62(47), 958-962.
- Colorafi, K. J., & Evans, B. (2016). Qualitative Descriptive Methods in Health Science Research. *Health Environments Research and Design Journal*, 9(4), 16–25. <https://doi.org/10.1177/1937586715614171>
- Connolly, M. P., & Lynch, K. (2016). Is being gay bad for your health and wellbeing? Cultural issues affecting gay men accessing and using health services in the Republic of Ireland. *Journal of Research in Nursing*, 21(3), 177–196. <https://doi.org/10.1177/1744987115622807>
- Creswell, J.W. (2014). *Penelitian Kualitatif & Desain Riset Edisis Indonesia*. Dialihbahasakan oleh Lazuardi, A.L. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Eller, L.S et al. (2014). Depressive symptoms, self-esteem, HIV symptom management self-efficacy and self compassion in people living with HIV. *AIDS care*, vol 26, no 7, 795-803. <http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2013.841842>
- Galotti, K. M. (2013). Cognitive Psychology in and Out of the Laboratory. *Cognitive Psychology In and Out of the Laboratory Electronic Version*, 39–64.
- Gegenfurtner, A., & Gebhardt, M. (2017). Sexuality education including lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) issues in schools. *Educational Research Review*, 22(October), 215–222. <https://doi.org/10.1016/J.EDUREV.2017.10.002>
- Gonzales, G., & Henning-Smith, C. (2017). Health Disparities by Sexual Orientation: Results and Implications from the Behavioral Risk Factor Surveillance System.

Journal of Community Health, 0(0), 1–10. <https://doi.org/10.1007/s10900-017-0366-z>

- Hardicre, J. (2014). Valid informed consent in research: an introduction. *British Journal of Nursing*, 2014, Vol 23, No 11, 23(11), 564–567. <https://doi.org/https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.11.564>
- Hawari, Dadang. (2009). *Pendekatan Psikoreligi pada Homoseksual*. Jakarta: Balai Penerbit FK UI
- Henny, K. D., Nanin, J., Gaul, Z., Murray, A., & Sutton, M. Y. (2018). Gay Identity and HIV Risk for Black and Latino Men Who Have Sex with Men. *Sexuality & Culture*, 22(1), 258–270. <https://doi.org/10.1007/s12119-017-9465-3>
- Kementrian Kesehatan RI (2012). *Buku Pedoman Penghapusan Stigma dan Diskriminasi Bagi Pengelola Program, Petugas layanan Kesehatan dan Kader. Direktorat Jendral Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. Direktorat Pengendalian Penyakit Menular langsung*
- Herdman, T . H., & Kamitsuru, S. (2015). *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi 10*. Jakarta: EGC
- Jeffries, W.L., Townsend, E.S. Gelaude, D.J., Torrone, E.A., Gasiorowicz, M., & Bertolli, J. (2015). *HIV stigma experienced by young who have sex with men (MSM) living with HIV infection. AIDS Education and Prevention*, 27(1), 58-71. doi:10.1521/aeap.2015.27.1.58
- Kementerian Kesehatan RI. (2014). *Infodatin pusat data dan informasi kementerian kesehatan RI : situasi dan analisis HIV AIDS*. <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/Infodatin%20AIDS.pdf>
- Kementerian Kesehatan RI. (2016). *Infodatin pusat data dan informasi kementerian kesehatan RI : situasi penyakit HIV AIDS di Indonesia*. <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin%20hiv%20aids.pdf>
- Kemenkes RI. 2017. *Laporan Perkembangan HIV-AIDS dan Penyakit Menular Seksual (PIMS) Triwulan I Tahun 2017*. Diakses dari http://www.aidsindonesia.or.id/ck_uploads/files/Laporan%20HIV%20AIDS%20TW%201%202017.pdf pada tanggal 19 Desember 2017

- Laksana, A. S. D., & Lestari, D. W. D. (2010). Faktor-Faktor Risiko Penularan HIV/AIDS pada Laki-Laki dengan Orientasi Seks Heteroseksual dan Homoseksual di Purwokerto. *Mandala of Health*, 4, 113–123. Retrieved from <http://digilib.unisayogya.ac.id/890/>
- Luddin, A. B. M. (2010). *Dasar-Dasar Konseling*. Bandung: Cita pustaka Media Perintis
- Magilvy, J. K., Column, E. T., & Kotzer, A. M. (2009). A First Qualitative Project: Qualitative Descriptive Design for Novice Researchers What and Why Qualitative Research? <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2009.00212.x>
- Maher, J. N. (2010). *The Community Based Nurses Perception of HIV/AIDS Stigma*. Gardner- Webb University.
- Manuho E , Warouw H & Hamel R. (2015). Hubungan beban kerja dengan kinerja perawat dalam pemberian asuhan keperawatan di instalasi rawat inap C1 RSUP PROF. DR. R.D. Kandou Manado. *Ejournal keperawatam (e-kep)* Vol 3, No 2, Mei 2015. <https://media.neliti.com/media/publications/110719-ID-hubungan-beban-kerja-dengan-kinerja-pera.pdf>
- Neville, S., & Henrickson, M. (2006). Perceptions of lesbian, gay and bisexual people of primary healthcare services. *Journal of Advanced Nursing*, 55(4), 407–415. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03944.x>
- Nursalam, M., & Dian, N. (2011). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Terinfeksi HIV. AIDS, Jakarta, Salemba Medika*. Retrieved from journal.unair.ac.id/download-fullabstrak-6817 [downloaded 16 July 2016]
- Notoatmodjo, S. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta : Rineka Cipta
- Parameshwaran, V., Cockbain, B. C., Hillyard, M., & Price, J. R. (2017). Is the Lack of Specific Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Queer/Questioning (LGBTQ) Health Care Education in Medical School a Cause for Concern? Evidence From a Survey of Knowledge and Practice Among UK Medical Students. *Journal of Homosexuality*, 64(3), 367–381. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1190218>
- Peate, I. (2013). The health-care needs of the older gay man living with HIV. *British Journal of Community Nursing*, 18, 492–5. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2013.18.10.492>

- Pereira, H., Caldeira, D., & Monteiro, S. (2017). Perceptions of HIV-Related Stigma in Portugal Among MSM With HIV Infection and an Undetectable Viral Load. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2017.12.002>
- Petrovic, K. (2006). Management of Older Adults With HIV / AIDS, 7(3), 115–121.
- Pieter, H. Z., & Lubis, N.L. (2010). *Pengantar Psikologi Dalam keperawatan*, Jakarta : Kencana
- Polit & Beck. (2012). *Nursing research: generating and assending evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins
- Potter, Perry. (2010). *Fundamental Of Nursing: Consep, Proses and Practice. Edisi 7*. Jakarta : EGC
- PPNI. (2005). Standar Praktik Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), (15), 1–18.
- Praharsi, Y. (2006). Pemodelan Data Kualitatif Dengan Program Nvivo (Studi Kasus : Kegiatan Menulis Dalam Pengajaran Dan Pembelajaran Matematika Diskret), 2006(Snati).
- Pratino, H. (2008). *Stigma dan diskriminasi oleh petugas kesehatan terhadap ODHA (Orang Dengan HIV-AIDS) di Kabupaten Bengkalis Propinsi Riau*. Jogjakarta: Universitas Gajah Mada
- Priharwanti, A, Raharjo, B. (2017). Problem focused coping penderita hiv positif. *Public health perspective jurnal* 2(2) (2017)131-139. <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/phpj>
- Presiden Republik Indonesia. (2009). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tentang Kesehatan. Vasa*, 1–33. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Purba, J M. (2003). *Komunikasi Dalam Keperawatan*. Medan : USU Digital Library
- Relf, M. V., & Harmon, J. L. (2016). Entry-Level Competencies Required of Primary Care Nurse Practitioners Providing HIV Specialty Care: A National Practice Validation Study. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 27(3), 203–213. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2015.12.004>
- Rokhmah, D dan Khoiron. (2013). Pengetahuan dan sikap ODHA (Orang dengan HIV dan Aids) tentang HIV dan AIDS dan pencegahannya. *Jurnal IKESMA Volume*

no2September2013.[http://download.portalgaruda.org/article.php?article=340417&val=6171&title=PENGETAHUAN%20DAN%20SIKAP%20ODHA%20\(ORANG%20DENGAN%20HIV%20DAN%20AIDS\)%20TENTANG%20HIV%20DAN%20AIDS%20DAN%20PENEGAHANNYA](http://download.portalgaruda.org/article.php?article=340417&val=6171&title=PENGETAHUAN%20DAN%20SIKAP%20ODHA%20(ORANG%20DENGAN%20HIV%20DAN%20AIDS)%20TENTANG%20HIV%20DAN%20AIDS%20DAN%20PENEGAHANNYA)

- Rosyad, Y. S., Savitri, W., & Purwaningsih, S. (2015). Persepsi gay terhadap stigmatisasi gay oleh petugas kesehatan. *Media Ilmu Kesehatan*, 4(1), 24–29.
- Roth, E. A., Cui, Z., Rich, A., Lachowsky, N., Sereda, P., Card, K. G., ... Hogg, R. (2018). Seroadaptive Strategies of Vancouver Gay and Bisexual Men in a Treatment as Prevention Environment. *Journal of Homosexuality*, 65(4), 524–539. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1324681>
- Sandelowski, M. (2010). What's in a name? Qualitative description revisited. *Research in Nursing and Health*, 33(1), 77–84. <https://doi.org/10.1002/nur.20362>
- Simbayi, L., Kalichman, S., Strebel, A., Cloete, A. (2007). Internalized stigma, discrimination, and depression among men and women living with HIV/AIDS in Cape Town, South Africa. *Social Science & Medicine* 64 (2007) 1832-831. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.01.006>
- Sinyo. 2014. *Anakku Bertanya Tentang LGBT*. Jakarta : PT. Elex Media Komputindo
- Slater, L. Z., Moneyham, L., Vance, D. E., Raper, J. L., & Mugavero, M. J. (2015). The Multiple Stigma Experience and Quality of Life in Older Gay Men With HIV. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 26(1), 24–35. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2014.06.007>
- Smith, S. K., & Turell, S. C. (2017). Perceptions of Healthcare Experiences: Relational and Communicative Competencies to Improve Care for LGBT People. *Journal of Social Issues*, 73(3), 637–657. <https://doi.org/10.1111/josi.12235>
- Stanley, M., & Nayar, S. (2014). Methodological rigour: Ensuring quality in occupational therapy qualitative research. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 61(1), 6–12. <https://doi.org/10.1080/14780887.2013.801543>
- Stuart, G. W. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*. (B. A. Keliat & J. Pasaribu, Eds.) (1 st Indonesia). Singapore: Elsevier Ltd.
- Sugiyono. (2016). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif & RND*. Bandung: Alfabeta
- Susanti, H. (2016). *Exploration of the needs of carers from hospital based-mental*

health services in Indonesia. University of Manchester.

- Tobergte, D. R., & Curtis, S. (2015). The Contribution Made by Qualitative Research to TESOL (Teaching English to Speakers of Other Languages). *International Journal of English Language Teaching* Vol.3, 3(2), 1–14. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- UNAIDS, WHO. 2008. AIDS Epidemic Update. <http://www.who.int>
- UU No. 36 tenaga kesehatan, K. (2014). UU No. 36 Th 2014 ttg Tenaga Kesehatan.
- UU RI no. 38. (2014). *Undang-Undang RI No.38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan*. Departemen Kesehatan RI.
- Vitriawan, W, Sitorus, R, Afiyanti, Y. (2007). Pengalaman pasien pertama kali terdiagnosa HIV/AIDS: studi fenomenologi dalam perspektif keperawatan jurnal keperawatan Indonesia volume 11, no 1, hal 6-12. <https://media.neliti.com/media/publications/104403-ID-pengalaman-pasien-pertama-kali-terdiagno.pdf>
- Wilkinson, J.M. (2016). *Diagnosis Keperawatan: diagnosa NANDA–I, Intervensi NIC, Hasil NOC*. Jakarta: EGC
- Yosep, Iyus. (2009). *Keperawatan Jiwa*. Bandung: PT Refika Aditamam.
- Zeeman, L., Aranda, K., Sherriff, N., & Cocking, C. (2017). Promoting resilience and emotional well-being of transgender young people: research at the intersections of gender and sexuality. *Journal of Youth Studies*, 20(3), 382–397. <https://doi.org/10.1080/13676261.2016.1232481>



**FAKULTAS IMU KEPERAWATAN
PROGRAM PASCA SARJANA UNIVERSITAS INDONESIA
PEMINATAN KEPERAWATAN JIWA**

PENJELASAN PENELITIAN

Anda diajak untuk menjadi bagian dari penelitian Magister Ilmu Keperawatan mengenai persepsi gay dengan HIV/AIDS tentang asuhan keperawatan. Sebelum anda memutuskan untuk menjadi bagian dari penelitian ini, sangat penting bagi anda untuk memahaminya terlebih dahulu. Diharapkan anda dapat meluangkan waktu untuk membaca informasi mengenai penelitian ini. Apabila ada hal-hal yang tidak jelas dan sulit dipahami, anda diperbolehkan untuk bertanya. Terima kasih atas waktunya.

Peneliti : Malianti Silalahi
NPM : 1606947471
Status Peneliti : Mahasiswa Program Magister Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
Judul Penelitian : “Persepsi *Gay* dengan HIV/AIDS tentang Asuhan Keperawatan”
Pembimbing : 1. Herni Susanti, S.Kp.,M.N.,Ph.D
2. Ria Utami Panjaitan,S.Kp., M.Kep

1. Tujuan penelitian ini adalah mengeksplorasi pandangan gay dengan HIV/AIDS tentang asuhan keperawatan
2. Manfaat penelitian ini secara umum yaitu untuk pengembangan standar asuhan keperawatan pada pasien *gay* dengan HIV/AIDS
3. Partisipan penelitian ini adalah *gay* yang menderita HIV/AIDS dan sedang menjalani pengobatan
4. Waktu dan tempat wawancara disesuaikan dengan kesepakatan antara partisipan dengan peneliti.

5. Penelitian ini tidak akan memberikan pengaruh yang merugikan kepada partisipan. Penelitian ini menggunakan proses wawancara secara mendalam (*in depth interview*) untuk menggali pandangan *gay* dengan HIV/AIDS tentang asuhan keperawatan.
6. Partisipan bersifat sukarela dan tanpa paksaan dari pihak manapun. Tidak ada sanksi apabila menolak menjadi partisipan serta dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu.
7. Proses wawancara akan dilakukan sebanyak satu kali pertemuan selama $\pm 20-60$ menit dengan partisipan. Apabila ditemukan kekurangan informasi, maka akan dilakukan wawancara yang kedua sesuai dengan waktu yang sudah disepakati bersama.
8. Selama proses wawancara, diharapkan partisipan dapat menyampaikan terkait persepsinya tentang asuhan keperawatan.
9. Selama penelitian dilakukan, peneliti menggunakan alat bantu penelitian berupa catatan lapangan (*field note*), pedoman wawancara, serta alat perekam suara (*digital voice recorder*) untuk membantu kelancaran pengumpulan data.
10. Hasil wawancara akan dituliskan untuk setiap kata-kata yang keluar saat wawancara dan data akan dituliskan setelah proses wawancara.
11. Semua informasi yang dikumpulkan mengenai partisipan selama penelitian akan dijaga kerahasiaannya. Setiap informasi tentang partisipan akan disimpan di *laptop* peneliti dan di perpustakaan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia serta perpustakaan pusat Universitas Indonesia yang sangat dijaga keamanannya dengan menggunakan *password* dalam mengakses setiap informasi. Data yang diperoleh dari proses wawancara meliputi rekaman suara, transkrip, analisa data hingga laporan penelitian tersimpan dalam *laptop*. Data yang sudah tersimpan di *laptop* akan direplikasi dalam bentuk penyimpanan di *flasdisk* yang khusus dimiliki peneliti. Begitu juga dengan *laptop*, untuk mengantisipasi terjadinya kemungkinan data dapat dilihat orang lain maka peneliti membuat *password* khusus yang hanya diketahui oleh peneliti. Pelaporan hasil penelitian ini akan menggunakan kode, bukan nama sebenarnya partisipan serta rekaman wawancara akan disimpan selama 5 tahun setelah program Magister selesai kemudian semua data akan dihancurkan.
12. Apabila memutuskan untuk menjadi partisipan dari penelitian ini, maka akan diberikan lembar penjelasan penelitian, diminta untuk menandatangani formulir

persetujuan dan setelah 48 jam masih diberikan kebebasan untuk mengundurkan diri jika partisipan merasa dirugikan.

13. Peneliti akan menulis laporan dan mempresentasikan hasil penelitian ini. Peneliti akan berhati-hati dan memastikan bahwa tidak ada yang dapat mengidentifikasi partisipan secara individual. Peneliti akan mengirimkan ringkasan mengenai hasil penelitian ini setelah penelitian ini selesai kepada partisipan.
14. Proses wawancara akan dihentikan apabila partisipan mengalami kelelahan atau ketidaknyamanan, serta akan dilanjutkan kembali jika sudah merasa tenang pada waktu yang sama atau sesuai dengan keinginan partisipan.
15. Partisipan berhak mengajukan keberatan pada peneliti jika terdapat hal-hal yang tidak berkenan bagi partisipan, selanjutnya akan dicari penyelesaian berdasarkan kesepakatan bersama antara peneliti dan partisipan.
16. Apabila partisipan memerlukan informasi lebih lanjut, dapat menghubungi peneliti utama di Program Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia, Kampus UI Depok, nomor telepon +6281294307201 atau dapat menulis email ke silalahimalianti@gmail.com
17. Apabila partisipan memiliki keluhan atau pertanyaan, dapat menghubungi peneliti. Jika peneliti tidak dapat memberikan jawaban yang memuaskan, dapat menghubungi pembimbing peneliti.

Jika anda tertarik untuk menjadi bagian dari penelitian ini, harus mengisi lembar demografi partisipan dan menandatangani formulir persetujuan yang terlampir dengan surat ini. Peneliti akan menghubungi anda untuk mengambil dokumen serta untuk mengatur waktu, tempat dan tanggal wawancara.

Terima kasih atas waktunya untuk membaca informasi ini.



FAKULTAS IMU KEPERAWATAN
PROGRAM PASCA SARJANA UNIVERSITAS INDONESIA
PEMINATAN KEPERAWATAN JIWA

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN
(*INFORMED CONSENT*)

Judul Penelitian : Persepsi *Gay* dengan HIV/AIDS tentang Asuhan Keperawatan
Peneliti : Malianti Silalahi
NPM : 1606947471
Pembimbing Tesis : 1. Herni Susanti, S.Kp., M.N., Ph.D
2. Ria Utami Panjaitan, S.Kp M.Kep

Kode Partisipan

--	--

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama (inisial) :

Umur :

Alamat :

Setelah membaca dan mendapatkan penjelasan tentang penelitian ini serta mendapat jawaban atas pertanyaan saya terkait penelitian ini, maka saya memahami tujuan penelitian dan manfaatnya terhadap asuhan keperawatan pada *gay* dengan HIV/AIDS. Saya mengerti bahwa penelitian ini menjunjung tinggi hak saya sebagai partisipan.

Dengan menandatangani surat persetujuan ini, berarti saya telah menyatakan kesediaan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini tanpa ada paksaan dan bersifat sukarela.

....., 2018

Partisipan

()



**FAKULTAS IMU KEPERAWATAN
PROGRAM PASCA SARJANA UNIVERSITAS INDONESIA
PEMINATAN KEPERAWATAN JIWA**

Kode Partisipan

--	--

DATA DEMOGRAFI PARTISIPAN

1. Nama (Inisial) :
2. Usia :
3. Alamat :
4. Pendidikan :
5. Suku :
6. Agama :
7. Pekerjaan :
8. No Hp/Telp :
9. Lama mengalami HIV/AIDS :tahun/bulan/hari*
10. Lama menjalani pengobatan :tahun/bulan/hari*
11. Frekuensi berinteraksi dengan perawat :kali/bulan
12. Berapa menit setiap berinteraksi :menit/interaksi
13. Bentuk kegiatan saat kontak/berinteraksi dengan perawat (dapat dijawab/di *check list* lebih dari satu)
 - Konseling
 - Pemberian Terapi Obat ARV (Anti Retro Viral)
 - Pendidikan Kesehatan terkait Nutrisi, Orientasi Seksual, Infeksi HIV, dan lain-lain, Sebutkan.....
 - Lain-lainnya, sebutkan.....

*Catatan : Coret yang tidak perlu

PEDOMAN WAWANCARA

Judul Penelitian : Persepsi *gay* dengan HIV/AIDS tentang asuhan keperawatan

Pewawancara : Malianti Silalahi

Pertanyaan Penelitian !

A. Pertanyaan Pendahuluan

1. Menurut anda, bagaimana kondisi kesehatan anda saat ini?
2. Dapatkah anda menceritakan pengalaman anda ketika berinteraksi dengan perawat perawat selama ini?

B. Pertanyaan Inti

1. Menurut anda, bagaimana pandangan perawat terhadap orientasi seksual anda?
 - a. Menurut anda apa yang perlu diketahui oleh perawat mengenai orientasi seksual anda?
2. Apa masalah yang anda hadapi ketika berinteraksi dengan perawat?

Probing:

- a. Bagaimana biasanya anda mau mulai terbuka untuk menceritakan orientasi seksual anda?
 - b. Berapa lama kira-kira yang anda butuhkan untuk siap menceritakan orientasi seksual anda kepada perawat?
 - c. Bagaimana menurut anda respon dari perawat tersebut?
3. Apa yang anda ketahui tentang diagnosis keperawatan?
 - a. Apakah anda mengetahui bahwa perawat melakukan tindakan sesuai diagnosa keperawatan?
 - b. Apa yang anda ketahui mengenai diagnosis medis?
4. Bagaimana menurut anda pelayanan yang diberikan perawat?

Probing:

- a. Dapatkah anda menceritakan apa saja kegiatan yang dilakukan oleh perawat saat bertemu dengan anda?
 - b. Dapatkan anda menceritakan kondisi anda setelah mendapatkan perawatan dari perawat?

5. Apa harapan anda terhadap pelayanan yang seharusnya diberikan perawat tersebut?

Probing:

- a. Apa yang kira-kira masih harus ditingkatkan?

C. Pertanyaan Penutup

1. Apakah masih ada yang ingin anda ceritakan?



**FAKULTAS IMU KEPERAWATAN
PROGRAM PASCA SARJANA UNIVERSITAS INDONESIA
PEMINATAN KEPERAWATAN JIWA**

Kode Partisipan

--	--

LEMBAR CATATAN LAPANGAN (FIELD NOTE)

Nama Partisipan (Inisial)	:	
Tempat dan waktu wawancara	:	
Lama Wawancara	:	
Posisi Partisipan	:	
Situasi Lingkungan	:	
Catatan Kejadian		
Gambaran partisipan saat akan diwawancara :		
Gambaran partisipan selama wawancara :		
Gambaran situasi lingkungan selama wawancara :		
Respon partisipan saat terminasi :		

JADWAL PELAKSANAAN PENELITIAN

No	Kegiatan	Januari				Februari				Maret				April				Mei				Juni				Juli			Keterangan
		Minggu Ke-				Minggu Ke-				Minggu Ke-				Minggu Ke-				Minggu ke				Minggu ke							
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	
1	Proposal																												
1.1	Judul	■	■	■	■																								
1.2	Bab 1 dan Bab 2			■	■	■																							
1.3	Bab 3					■	■	■	■	■	■																		
1.4	Seminar Proposal											■																	
2	Penelitian																												
2.1	Etik											■	■																
2.2	Perijinan											■	■	■															
2.3	Pengumpulan Data													■	■	■	■	■											
2.4	Analisa Data													■	■	■	■	■											
2.5	Penulisan Hasil																	■	■	■	■								
3	Seminar Hasil Terbuka																							■					
3.1	Revisi Hasil																							■					
3.2	Draft Artikel																							■					
3.3	Manuskrip																							■					
4	Seminar Hasil Tertutup																								■				
4.1	Revisi Hasil																								■				
4.2	Revisi Manuskrip																								■				

Jakarta, 12 April 2018

No. Surat : 082/YKS/IV/2018
Perihal : Pemberian Ijin untuk melakukan penelitian

Kepada Yth :
Universitas Indonesia
Fakultas Ilmu Keperawatan
Up. Wakil Dekan Bidang Pendidikan, Penelitian dan Kemahasiswaan
Di tempat

Merujuk surat Saudara No. 2067/UN2.F12.D1/PDP.04.02/2018, tertanggal 11 April 2018, perihal: **Permohonan ijin penelitian**. Bersama ini, Yayasan Kasih Suwitno mengizinkan mahasiswa dengan atas nama: Sdr. Malianti Silalahi (NMP. 1606947471) untuk melakukan penelitian di kantor dan klinik kami dari tanggal 14 April – 5 June 2018 dibawah bimbingan staff kami, Sdr. Saiful Bahri.

Pada kesempatan ini, Yayasan Kasih Suwitno juga menginformasikan bahwa staff kami di atas berhak untuk melakukan periksa ulang data-data yang didapatkan pada saat penelitian untuk menjaga kerahasiaan responden dan menghindari hal-hal yang tidak diinginkan ke depannya.

Demikian surat tanggapan ini, terima kasih atas pengertian dan kerjasamanya

Hormat Kami



**YAYASAN KASIH
SUWITNO**
Johannes
Direktur

Tembusan

1. Direktur, Klinik Utama Globalindo




**YAYASAN KASIH
SUWITNO**



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Gedung Fakultas Ilmu Keperawatan
Kampus UI, Depok Jawa Barat 16424
T. 62 21 788 49 120 F. 62 21 786 41 24
E. fik@ui.ac.id | www.fik.ui.ac.id

Nomor: 3295 /UN2.F12.D1/PDP.04.02/2018
Perihal: Permohonan ijin penelitian

7 Mei 2018

Yth. Ketua Yayasan Kotek Mandiri
Jalan Batu Ampar II No.62B RT 008/003
Kelurahan Batu Ampar, Kecamatan Kramat Jati
Jakarta Timur

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan Tesis mahasiswa Program Pendidikan Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) dengan Peminatan Keperawatan Jiwa atas **Sdr. Malianti Silalahi (NPM 1606947471)**, akan melakukan penelitian dengan judul: "*Persepsi Gay dengan HIV/AIDS tentang Asuhan Keperawatan*".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan melakukan penelitian di Yayasan Kotek Mandiri.

Atas ijin yang diberikan dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.



Wakil Dekan Bidang Pendidikan,
Penelitian dan Kemahasiswaan,

Dr. Enie Novieastari, S.Kp., MSN
NIP.196711201992032010

Tembusan:

1. Manajer Pendidikan FIK-UI
2. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT KETERGANTUNGAN OBAT JAKARTA

Jalan Lapangan Tembak No. 75 Cibubur, Jakarta Timur 13720
Telepon (021) 87711968-69 Faximile (021) 87711970
Email. rskojakarta@yahoo.com Web : www.rskojakarta.com



Nomor : KH.04.02/1.12/127 /2018

28 Mei 2018

Lampiran : 1 Lembar

Hal : **Izin Validasi Data**

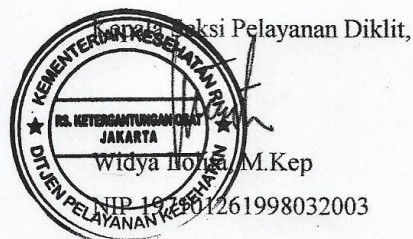
Yth. Kepala Instalasi Rekam Medis
RS. Ketergantungan Obat
di Jakarta

Sehubungan dengan adanya Penelitian/Tesis oleh mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia atas nama Malianti (1606947471) di RS Ketergantungan Obat Jakarta, dengan judul penelitian "*Persepsi Gay dengan HIV/AIDS tentang Asuhan Keperawatan*", maka dengan ini kami mohon izin validasi data untuk memfasilitasi kegiatan dimaksud.

Kegiatan tersebut digunakan untuk memvalidasi apakah partisipan penelitian mendapatkan perawatan HIV/AIDS di RSKO. Adapun surat permohonan validasi data beserta data partisipan dari peneliti terlampir.

Waktu pelaksanaan kegiatan tanggal 28 Mei 2018 sampai dengan selesai dengan Penanggungjawab Kegiatan: Ns. Elly Hotnida Gultom, S.Kep.

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasama yang baik, kami ucapkan terima kasih.





UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Gedung Fakultas Ilmu Keperawatan
Kampus UI, Depok Jawa Barat 16424
T. 62 21 788 49 120 F. 62 21 786 41 24
E. fik@ui.ac.id | www.fik.ui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

No.95/UN2.F12.D/HKP.02.04/2018

Komite Etik Penelitian, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Persepsi Gay Dengan HIV/AIDS Tentang Asuhan Keperawatan

Nama peneliti utama : **Maliani Silalahi**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.



Dekan,
Agus Setiawan, S.Kp., M.N., D.N.
NIP. 197508052008121001

Jakarta, 10 April 2018
Ketua,


Prof. Dra. Setyowati, SKp, M.App.Sc, PhD
NIP. 19540427 197703 2 001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Malianti Silalahi
Tempat/ tanggal lahir : Sidikalang/10 November 1989
Jenis kelamin : Perempuan
Alamat : Jl Balai Rakyat V no 17 RT 006/RW 003 Kelurahan Tugu Selatan,
Kec Koja, Jakarta Utara
Email : silalahimaliantigmail.com

Riwayat Pendidikan :

SD St. Yosef Sidikalang – Sumut	(1995-2001)
SLTP N 3 Sidikalang – Sumut	(2001-2004)
SMU Negeri 1 (Plus) Matauli Pandan– Tapanuli Tengah	(2004-2007)
Universitas Padjadjaran Bandung (S1 Keperawatan)	(2007-2011)
Padjadjaran University Bandung (Profesi Ners)	(2012-2013)

Riwayat Pekerjaan :

Staf perawat di RS. Husada Jakarta	(2013-2014)
Staf pengajar di Akper RS Husada Jakarta	(2014-Sekarang)