

ORANG DENGAN HIV/AIDS (ODHA) SAAT MELALUI KONDISI KRITIS

I Made Sukarja
I Wayan Sukawana
Ni Made Wedri

Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar
e-mail: md_sukarja@yahoo.ac.id

Abstract: Person Living With HIV/AIDS When did Critical Condition. A phenomenology study has been conducted to explore the various experiences people living with HIV who had been treated in critical condition. The data was obtained through in-depth semistructured interview in ten participants consisted of 8 men and 2 women at Hospital X in Bandung. Interviews were recorded and then made in the form of transcript. Furthermore, the data were analyzed to identify themes about the experience of people living with HIV during a critical condition. Study result found six themes namely: 1) experiencing emotional response, 2) striving to overcome the feelings and the impact of illness, 3) closer to God, 4) undergoing destiny as Patient Living With Hiv/Aids (PLWHA), 5) has the support and prayers of people around and 6) has a hope of a cure. PLWHA are treated in a critical condition under threat of death from opportunistic infections and had the psychological burden of disease due to stigma of HIV / AIDS. This makes them slumped physically and psychologically so feel helpless.

Abstrak: Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) pada saat melalui kondisi kritis. Suatu studi fenomenologi telah dilakukan bertujuan untuk mengeksplorasi berbagai pengalaman ODHA yang pernah dirawat dalam kondisi kritis. Data studi diperoleh melalui wawancara semiterstruktur secara mendalam pada sepuluh partisipan terdiri dari 8 orang laki-laki dan 2 orang wanita di Rumah Sakit X di Bandung. Wawancara direkam kemudian dibuat dalam bentuk transkrip. Selanjutnya data dianalisis untuk mengidentifikasi tema-tema tentang pengalaman ODHA saat kondisi kritis. Hasil penelitian ini mendapatkan 6 tema yaitu: 1) mengalami respon emosi, 2) berjuang mengatasi perasaan dan dampak dari penyakitnya, 3) semakin mendekati diri kepada Tuhan, 4) menjalani takdir hidup sebagai ODHA, 5) mendapat dukungan dan doa orang sekitar dan 6) memiliki harapan sembuh. ODHA yang dirawat dalam kondisi kritis mengalami ancaman kematian akibat infeksi oportunistik dan mendapat beban psikologis akibat stigma buruk penyakit HIV/AIDS. Hal ini membuat mereka terpuruk secara fisik maupun psikologis sehingga mereka merasa tidak berdaya.

Kata kunci : Orang dengan HIV/AIDS, kondisi kritis

Pada dasa warsa terakhir, kasus HIV terus meningkat dan menyebar luas di seluruh dunia termasuk Asia dan Indonesia. Berdasarkan laporan Ditjen Pemberantasan Penyakit Menular & Penyehatan Lingkungan (PPM & PL) Depkes RI., secara kumulatif kasus AIDS di Indonesia pada tahun 2009 mencapai 18.442 orang dan pada

tahun 2010 mencapai 21.770 dengan kasus baru 1.206 orang (Kemenkes, 2010). Dari data tersebut, Jawa Barat menempati urutan kedua dengan jumlah kasus tahun 2009 mencapai 3.233 orang dan meninggal 588 orang (18,19%) dan pada tahun 2010 mencapai 3.710 dan meninggal sebanyak 663 orang (17%). Peningkatan orang dengan

HIV/AIDS (ODHA) di Jawa Barat disebabkan oleh penggunaan napza suntik yang tinggi. Dari 3.710 kasus, 2.695 kasus (72,6%) merupakan akibat dari penggunaan jarum suntik bersama pada pengguna narkoba (Kemenkes, 2010).

Sebagian besar ODHA menjadikan HIV/AIDS sebagai pengalaman traumatik sepanjang hidupnya. Hal ini terkait dengan beban ganda yang dihadapi oleh ODHA yaitu penyakit fisik berupa penurunan daya tahan tubuh dan stressor psikososial akibat stigma buruk dari masyarakat.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa, sebagian besar ODHA mengalami stress dan depresi pada saat pertama kali terdiagnosa HIV (Carter, 2006). Penelitian di Iran menunjukkan bahwa, mereka yang terdiagnosa HIV memberikan respon ketakutan terhadap terbukanya status dan dampak buruk dari HIV (Mohammadpour, Yekta, Nasrabadi, & Mohraz, 2009). Penelitian di Argentina menggambarkan bahwa, mereka yang hidup dengan HIV/AIDS sebagian besar memiliki respon penolakan atau menutup diri dan diam.

Kurang maksimalnya penanggulangan HIV/AIDS memberikan dampak buruk pada sebagian penderita yang kurang mendapat akses pelayanan. Sebagian penderita jatuh pada kondisi kritis akibat mengalami infeksi oportunistik seperti pneumonia, diare yang berkepanjangan dan penurunan kesadaran. Penderita yang mengalami kekurangan oksigen, kehilangan cairan dan elektrolit serta gangguan kesadaran merupakan ancaman serius terhadap keselamatannya (Chulay & Burns, 2006), sehingga membutuhkan pelayanan intensif dengan pengawasan yang ketat serta pendekatan multidisiplin profesi kesehatan (Selwyn, 2005).

ODHA yang dirawat di ruang intensif sebagian besar (84%) karena mengalami *pneumocystis carinii pneumonia* (Masur, 2002), mengalami *respiratory failure* 47%, *sepsis* 12% dan *neurologic disease* 11% (Nickas & Wachter, 2000). Selama

perawatan di ruang intensif, penderita mendapat berbagai jenis pelayanan/tindakan yaitu sebagian besar (87%) mendapatkan bantuan ventilator mekanik dan 78 % tetap mendapatkan obat antiretroviral (Dickson, Batson, Copas, Singer, & Miller, 2007).

Pengalaman ODHA pada saat dirawat dalam kondisi kritis sangat dipengaruhi oleh kegagalan beradaptasi terhadap penyakit, lingkungan dan stress terhadap ancaman kematian yang tinggi (Sole, Klein, & Mosely, 2009). Pengalaman ODHA juga terkait dengan interaksi petugas dengan penderita. Beberapa hasil penelitian menunjukkan perilaku buruk perawat dalam perawatan penderita AIDS. Penelitian di Nigeria menunjukkan bahwa, perawat sering menghindari kontak dengan penderita dan jarang memberikan pendidikan kesehatan (Oyeyemi A., 2005). Kondisi yang sama terjadi di Uganda, Brazil dan Bosnia, sebagian perawat takut bersentuhan dengan penderita AIDS dan kurang memberikan pendidikan kesehatan dengan alasan keterbatasan sarana/alat (Fournier, walter, Judy, & Mariam, 2007).

Pengalaman ODHA pada saat kritis sangat didasari oleh prognosis yang buruk. Angka kematian penderita HIV/AIDS yang dirawat di ruang intensif mencapai 83% (Smith, Levine, & Lewis, 1989). Di Amerika, angka kematian penderita AIDS yang dirawat *di intensif care unit* (ICU) mencapai 50% - 60% (Kollef, Bedient, & Isakow, 2008). Dari seluruh penderita yang melewati fase kritis, 27% mampu bertahan hidup selama 1 tahun, 18% mampu bertahan hidup dalam 2 tahun, 13% mampu bertahan hidup 3 tahun dan 11% yang bertahan lebih dari 4 tahun (Nickas & Wachter, 2000).

Berdasarkan uraian tersebut maka peneliti merumuskan masalah sebagai berikut: “Bagaimanakah pengalaman ODHA pada saat melalui kondisi kritis akibat AIDS di rumah sakit?”. Penelitian ini bertujuan untuk mengungkap dan memahami pengalaman ODHA pada saat dirawat dalam

kondisi kritis. Dengan metode kualitatif, peneliti berharap dapat mengeksplorasi dan menggali pengalaman ODHA pada saat kondisi kritis dengan ancaman kematian karena kegagalan multiorgan, masalah psikososial maupun spiritual.

METODE

Studi ini mempelajari pengalaman ODHA pada saat dirawat dalam kondisi kritis. Studi ini menitikberatkan pada arti dan makna yang didasari oleh adanya respon fisik, psikologis, social dan spiritual yang terjadi saat kondisi kritis. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi yang berfokus pada kedalaman proses dengan memanfaatkan berbagai metode alamiah.

Partisipan pada penelitian ini adalah ODHA yang berkunjung di Poliklinik Teratai Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung. Perekrutan partisipan dilakukan dengan cara *purposive sampling* yaitu pengambilan partisipan didasari pada pertimbangan yang dibuat oleh peneliti. Kriteria inklusinya meliputi: 1) ODHA pernah dirawat di rumah sakit karena mengalami kondisi kritis, 2) Mampu berkomunikasi dengan Bahasa Indonesia, 3) Penderita yang mengatakan masih mengingat pengalaman masa lalu yang berkaitan dengan perawatan pada saat kondisi kritis.

Teknik yang digunakan dalam pengumpulan data adalah wawancara semiterstruktur dengan wawancara yang mendalam (*in depth interview*). Wawancara diawali dengan pertanyaan terbuka tentang pengalaman yang dialami selama dirawat dalam keadaan kondisi kritis. Selanjutnya berupa pertanyaan yang mengklarifikasi terhadap pernyataan partisipan. Pertanyaan susulan juga bertujuan untuk memperjelas dan menfokuskan jawaban dari partisipan agar peneliti mendapat gambaran tentang tema-tema yang mungkin muncul. Pertanyaan susulan berupa perubahan-perubahan yang dialami, teknik

menghadapi perubahan, kesulitan yang dihadapi, makna dari status kesehatan yang sedang dialami dan dukungan yang telah didapat. Wawancara diakhiri setelah tidak ditemukan lagi informasi baru dari partisipan. Sebelum mengakhiri wawancara, peneliti melakukan terminasi dengan mengevaluasi kembali dan mengklarifikasi setiap ungkapan bermakna dari partisipan untuk menghindari kekeliruan. Teknis analisa data meliputi kegiatan pre analisis dan interpretasi. Peneliti menggunakan analisis tematik untuk mengidentifikasi tema yang muncul dari transkrip berdasarkan hasil wawancara.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan pada sepuluh partisipan dengan mayoritas laki-laki sebanyak 8 orang dan 2 orang perempuan dengan umur rata-rata 31,5 tahun. Latar belakang pendidikan DIII 2 orang, SMA 6 orang dan SMP 2 orang. Pekerjaan partisipan bervariasi yaitu pedagang 5 orang, sopir 2 orang, penjaga warnet 2 orang dan PNS 1 orang. Status perkawinan partisipan sebanyak 0 orang telah menikah dan 1 orang belum menikah. Partisipan dirawat dan mengalami kondisi kritis dengan diagnosa TBC paru 6 orang, infeksi toxoplasma serebri 3 orang dan 1 orang karena mengalami bronchitis disertai TBC.

Kondisi ODHA yang kritis memberikan beban tambahan yang serius dan mendekatkan mereka dengan ancaman kematian. Berdasarkan kerangka kerja *stage of dying* oleh Kubler-Ross (1969) dalam Kozier, et al. (2010), bahwa tahapan penyesuaian emosi berhubungan dengan berduka pada setiap individu yang merasa kehilangan dapat berupa penolakan, kemarahan, depresi, penawaran dan penerimaan. Proses kehilangan pada ODHA merupakan kehilangan hidup karena dinyatakan dalam penyakit yang sudah tidak ada harapan untuk sembuh atau hidup (Nevid et al., 2005). Respon emosi yang dialami oleh ODHA meliputi marah dan kaget, malu dan minder bila orang lain tahu

status, cemas dan stress, putus asa dan segera ingin mati dan menerima dan pasrah dengan penyakitnya.

Rasa marah sebagai stressor sering membuat mereka labil dan tidak dapat mengontrol diri sendiri. Marah yang terjadi pada ODHA jika mengingat kenyataan statusnya dan penyebab penyakitnya adalah dirinya sendiri. Salah seorang partisipan mengungkapkan, *“Ada rasa marah terhadap diri sendiri, saya kadang marah, menangis”* (P8). Partisipan yang lain mengungkapkan marah pada orang lain, *“saya sempat marah-marrah waktu itu, marah terus sama petugasnya”* (P1). Marah yang dialami oleh ODHA dapat disertai dengan penolakan terhadap kondisi yang dialami. Salah satu partisipan mengungkapkan, *“saya merasa was-was dan stress pak, kaget juga, gak terima lah”* (P9).

Pada fase ini, ODHA mempertahankan kehilangan dan mungkin bertindak lebih agresif dari biasanya. Hal ini merupakan salah satu koping untuk menutupi perasaan kecewa dan merupakan manifestasi dari kecemasan menghadapi kehilangan. Hal ini ditunjang oleh penelitian, bahwa stress yang berat memiliki konsekuensi terhadap berbagai respon tubuh seperti pikiran yang tidak wajar, marah, takut, berontak dan menghindari kenyataan (Nevid, Rathus, & Greene, 2005).

ODHA yang dirawat dalam kondisi kritis menunjukkan kegelisahan dan ketakutan terhadap ancaman kematian. Kecemasan yang dialami ODHA juga disertai dengan perasaan dan pikiran yang tidak menentu, seperti diungkapkan oleh partisipan 3, *“Saya sering minder pak, pikiran gak bisa tenang, habis dibilangin kalau sudah kena penyakit kayak gini kan gak bisa sembuh katanya, saya hanya pikirkan bagaimana kelanjutan dri hidup saya”*. Cemas dan stres yang dirasakan oleh ODHA sangat berkaitan dengan dampak dari penyakit AIDS yang buruk, seperti diungkapkan oleh partisipan 8, *“waktu itu saya cemas, takut gak sembuh-sembuh, gak punya masa depan lagi”*. Pada

saat keadaan tertekan, ODHA menjadi tidak berdaya untuk mengubah keadaan yang sedang dihadapi, sehingga mereka berusaha mendapat kenyamanan dengan bantuan orang lain (*seeking social support*).

Stigma buruk yang dirasakan oleh ODHA semakin membuat mereka tertekan dan terisolasi terutama ketakutan untuk membuka status terutama berhubungan dengan pekerjaan, seperti yang diungkapkan oleh partisipan 3, *“justru saya malu dengan teman di kantor”*. Ketakutan juga karena mereka mengetahui bahwa AIDS merupakan akibat dari perilaku buruk khususnya terkait dengan perilaku seksual dan narkoba, seperti diungkapkan oleh partisipan 1, *“malu setengah mati, penyakit ini kan sudah dicap oleh masyarakat istilahnya negong gitu, saya malu dan minder pak, kalo boleh jangan sampe orang lain tau kalo saya kena penyakit kayak gini”*.

Perasaan takut terbukanya status merupakan koping, namun juga merupakan tekanan bagi mereka (Durand & Barlow, 2006). Tekanan psikis yang berkepanjangan menyebabkan ODHA semakin terisolasi dan kurang terbuka terhadap orang lain sehingga jatuh pada depresi dan sekitar 50%-60% ODHA yang dewasa mengalami depresi yang kronis (Kimberly, 2006).

Ungkapkan depresi pada ODHA menunjukkan ketidakberdayaan menghadapi kondisi yang semakin parah. Salah satu partisipan mengungkapkan, *“waktu itu saya lebih banyak diam, jadi males aja, gak ada gairah ngapain-ngapain”* (P4). Hasil penelitian ini didukung oleh penemuan Brown (2001), bahwa keluhan yang diungkapkan oleh partisipan tersebut menunjukkan bahwa depresi dapat ditunjukkan dengan reaksi diam yang mengarah pada reaksi penolakan.

Depresi yang berkepanjangan dapat menyebabkan ODHA menjadi putus asa dengan adanya keinginan menghakhiri hidupnya. Seperti diungkapkan oleh partisipan 8, *“saya sering menangis, pernah saya ingin mati karena penyakit saya sulit sembuh”*. *“Sepertinya udah mau mati*

rasanya, saya pasrah, mungkin ini waktunya saya...sepertinya hidup saya gak ada gunanya lagi, umur saya kan masih muda” (P2). Beberapa peneliti melaporkan bahwa lebih tingginya tingkat symptom depresi pada ODHA karena perkembangan yang cepat dari AIDS dan buruknya pertahanan tubuh yang dimiliki oleh ODHA (Nevid, et al., 2005). Depresi yang dirasakan oleh ODHA yang kritis merupakan dampak dari ketidakmampuan menghadapi stress yang semakin berat (Wangsadjaja, 2008).

Sebagian besar partisipan mengungkapkan bahwa penyakit yang dialami sekarang adalah takdir. Seperti diungkapkan oleh partisipan 3, *“mungkin ini sudah takdir harus dijalani, terus dibalikin gemana gitu, ya kita terima aja”*. Ungkapan tersebut didasari oleh keyakinannya, bahwa bahwa Allah telah menciptakan segala sesuatunya dan sesungguhnya telah menetapkannya (takdirnya). Takdir sebagai tanda dari kekuasaan Tuhan yang harus diimani dan telah terjadi sehingga harus dijalani dan dihadapi. Seperti yang terjadi di Suriah, bahwa penyakit HIV/AIDS ditetapkan sebagai takdir Tuhan. Pandangan ini untuk membebaskan ODHA dari diskriminasi yang diperjuangkan oleh seorang dokter, bahwa ODHA bukanlah pelaku kriminal tetapi seorang pasien yang membutuhkan bantuan medis (Anderson, 2010).

Sebagian besar partisipan mengungkapkan bahwa penyakitnya merupakan hukuman atas perbuatannya. Hal ini diungkapkan oleh sebagian partisipan 6, *“penyakit ini kan hasil perbuatan saya yang dulu pernah saya lakukan, jadi saya yang harus menerimanya”*. *“Mungkin ini dosa-dosa yang pernah saya lakukan dulu, ya...seperti hukuman begitu”*(P10). ODHA menganggap AIDS merupakan hukuman dari Tuhan karena penderita melakukan hubungan seksual di luar lembaga perkawinan dan mereka menyesali perbuatannya dan memohon ampunan agar tetap diberi kekuatan. Salah satu partisipan mengungkapkan, *“kita tak perlu saling*

menyalahkan orang lain, kita yang berbuat jadi kita yang harus menanggung dosaya, tapi Tuhan adalah lautan pemaaf, yang penting kita bertobat, ikhtiar, Allah pasti memaafkan”. Kekuatan spiritual yang dimiliki oleh partisipan, membantu mereka menerima kenyataan yang sedang dialaminya sebagai ujian dari Sang Pencipta.

Sebagian besar partisipan mengungkapkan bahwa pada saat dirawat, mereka menyerahkan semua keadaannya kepada Tuhan dengan berdoa memohon kekuatan dan pengampunan. Doa yang dilakukan ODHA dalam kondisi kritis ada yang bersifat spontan ketika saat masuk ruangan perawatan, seperti yang diungkapkan oleh partisipan 1, *“Saya langsung berdoa, minta kesembuhan, Ya Allah...saya ingin hidup lagi”*. Berdoa juga untuk memohon kekuatan seperti diungkapkan oleh partisipan 8, *“saya sering berdoa, kalau saya gak bisa sembuh biar diambil saja, kalau Allah masih mengijinkan saya untuk sembuh, supaya diberikan kekuatan, ya...sampai sekarang kondisi saya lumayan”*. Berdoa bertujuan untuk mendapatkan pengampunan, mencapai pengalaman spiritual dan menemukan makna dalam kehidupan yang dihadapi. Konsep berdoa yang dijalani oleh ODHA memungkinkan untuk mengintegrasikan spiritual ke dalam kehidupan dirinya (Kimberly, 2006).

Konflik perasaan yang dirasakan oleh ODHA berkaitan dengan tanggung jawabnya terhadap keluarga khususnya keberadaan anak-anaknya. Seperti diungkapkan oleh partisipan 1, *“hanyalah melawan perasaan, saya sangat sayang sama anak, tapi saya putuskan gak mau ketemu dia sebelum saya sembuh”*. Ancaman kematian sering kali muncul sehingga menimbulkan repon kognitif yang ditunjukkan dengan pikiran yang kacau (Wangsadjaja, 2008).

Konflik perasaan yang dirasakan oleh ODHA juga dipengaruhi oleh kecemasan

terhadap penyakitnya, seperti diungkapkan oleh partisipan 3, *“cuma pikiran tak bisa tenang, habis dibilangin kalau sudah kena penyakit kayak gini kan gak bisa sembuh katanya, saya hanya pikir bagaimana kelanjutan hidup saya”*. Konflik perasaan sangat dihantui oleh prognosis AIDS yang dekat dengan kematian seperti diungkapkan oleh partisipan 4, *“kadang-kadang ibu juga ada pikiran buruk, mungkin umur hidup (akan pendek)”*.

ODHA yang berada dalam kondisi putus asa membutuhkan dukungan agar dapat bangkit kembali. Sebagian besar partisipan mengungkapkan bahwa mereka mendapat dukungan keluarga, petugas rumah sakit, teman dekat dan tokoh agama. Seperti diungkapkan oleh partisipan 6, *“dorongan anak dan istri, doa dari istri dan keluarga saya rasakan sebagai obat nomer berapalah, walaupun sudah pasrah dukungan keluarga sangat penting”*. Keluarga yang paling diharapkan untuk mendampingi selama ODHA dirawat dalam kondisi kritis adalah orang terdekat yaitu istri. Seperti yang diungkapkan oleh partisipan 10 *“selama dirawat saya dikuatkan oleh istri dan keluarga saya, dia selalu menunggu saya”*.

Keterlibatan keluarga sangat penting untuk mengurangi stigma yang dirasakan oleh ODHA yang dirawat dalam kondisi kritis, karena keluarga paling mengerti keadaan emosional penderita, mengerti kebutuhan dan memberikan kenyamanan (Laura Nyblade, 2009). Di samping keluarga, petugas rumah sakit khususnya perawat memiliki peranan penting dalam mengembalikan rasa percaya diri ODHA. Sebagian besar partisipan mengatakan bahwa dukungan petugas rumah sakit dirasakan sangat membantu membangkitkan motivasi hidupnya. Seperti yang diungkapkan oleh partisipan 7, *“salau petugas rumah sakit sekarang sudah baik pak, dulu penyakit HIV dirawat di dalam goa-goa kayak gitu, tapi sekarang sudah dirawat seperti di rumah gitu, sering member*

penjelasan dan menepuk-nepuk saya”. Penerapan manajemen keperawatan yang efektif, perawat memahami kebutuhan ODHA, menyediakan pelayanan yang prima dan meningkatkan kepatuhan program pengobatan (Kimberly, 2006).

Dukungan keluarga dan petugas kesehatan belum cukup untuk membangkitkan motivasi ODHA yang dirawat dalam kondisi kritis. Pendekatan multi aktor juga dibutuhkan oleh ODHA yang sedang mengalami tingkat depresi kronis (Helene & Ricardo, 2006). Dukungan teman dekat juga dirasakan penting oleh ODHA yang dirawat dalam kondisi kritis. Hal ini diungkapkan oleh partisipan 6, *“dukungan orang-orang terdekat, teman-teman”*. Salah satu partisipan mengatakan bahwa bantuan orang pintar melalui doanya juga dirasakan sangat membantu meningkatkan rasa percaya dirinya, seperti diungkapkan oleh partisipan 3, *“ini kan aib pak, terus dibangkitkan lagi oleh orang pintar gitu...kayak Ustad”*.

Dukungan yang telah didapatkan dari berbagai pihak, membuat ODHA yang kritis memiliki motivasi yang tinggi untuk mencapai kesembuhan. Salah satu partisipan mengungkapkan, *“walaupun saya lagi tak berdaya begitu..., saya ingin sembuh juga, saya ingin sembuh supaya bisa jalan lagi, saya ingat sama keluarga” (P2)*. Motivasi yang timbul dari dalam diri ODHA juga dibangkitkan karena mereka sadar, bahwa AIDS akan bangkit kalau kondisinya menjadi lemah. Kesadaran ini memunculkan upaya untuk meningkatkan pertahanan tubuh melalui kebangkitan rasa percaya diri. Hal ini diungkapkan oleh partisipan 7, *“saya akan melawan, kalau kita putus asa kita tak bisa sembuh pak, saya ingin sembuh dan tidak ada untungnya kalau kita menyerah”*.

ODHA yang memiliki motivasi tinggi seiring dengan timbulnya harapan untuk sembuh. Harapan dapat memberikan kekuatan untuk hidup dan membawa seseorang dalam masa-masa sulit. Harapan memberi konskuensi munculnya keinginan,

kesenangan dan kehidupan. Menurut Kylma (2006), harapan mengisyaratkan bahwa seseorang telah mengakui kemungkinan untuk membangun suatu hal yang baru. Harapan juga dapat memberikan kepercayaan bahwa mereka akan hidup layak di masa yang akan datang.

SIMPULAN

Beban ganda yang dihadapi oleh ODHA menyebabkan mereka merasa terganggu secara psikologis seperti marah dan kaget, malu dan minder terhadap orang lain, cemas dan stress terhadap dampak buruk penyakitnya, putus asa dan ingin segera mati, menerima dan pasrah terhadap kondisi yang ada. Mereka harus menerima kenyataan dengan menjalani takdir hidup sebagai ODHA dan selalu berjuang melawan perasaan buruknya akibat ancaman kematian.

Tekanan dan ketidakberdayaan sebagai ODHA yang kritis, mereka membutuhkan dukungan dari berbagai pihak seperti keluarga, petugas kesehatan, teman dekat dan tokoh agama untuk mengurangi beban baik fisik maupun psikologis. Dukungan yang mereka dapatkan sangat efektif membangkitkan kembali harapan hidupnya yang hancur dan pupus akibat AIDS.

DAFTAR RUJUKAN

- Anderson, R. 2010. Di Suriah, AIDS adalah Takdir Tuhan. *Journal*. Retrieved from <http://www.rnw.nl/bahasa-indonesia/article/di-suriah-aids-adalah-takdir-tuhan>
- Beanland, C., Wood, G. L., & Haber, J. 2005. *Nursing Reaserch: Methods, Critical Appraisal and Utlisation*. Philadelpia: Mosby.
- Carter, M. 2006. Depression and HIV/AIDS. *Journal of Advanced Nursing*, 30, 825-834.
- Chulay, M., & Burns, S. M. 2006. *Essentials of Critical Care Nursing*. USA: The McGraw Hill Companies.
- Dickson, Batson, Copas, Singer, & Miller. 2007. Survival of HIV Infected Patients in the Intensive Care Unit in the area of Highly Active Antiretroviral Therapy. *Thorax*, 62, 964-968.
- Durand, M., & Barlow, D. H. 2006. *Psikologi Abnormal* (H. P. Soetjipto & S. M. Soetjipto, Trans. Keempat ed.). Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Fournier, B., walter, K., Judy, M., & Mariam, W. 2007. Nursing Care of AIDS PATient in Uganda. *Journal of Transcultural Nursing*, 18, 253.
- Helene, L., & Ricardo, Z. 2006. Sociopolitical Determinant of an AIDS Prevention Program: Multiple Actors and Vertical Relationships of Control and Influence. *Policy, Politics 7 Nursng Practice*, 7, 125.
- Kemenkes, R. I. 2010. *Laporan Triwulan Situasi Perkembangan HIV/AIDS di Indonesia sd 30 Juni 2010*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kimberly, P. 2006. Nursing Care Management of Older Adults With HIV/AIDS and Chronic Depression. *Care Management Journals, Volume 7*, 115-120.
- Kollef, M. H., Bedient, T. J., & Isakow, W. 2008. *The washington Mannual of Critical Care*. Philadelpia: Lippincort Wllialms & Wilkins.
- Laura Nyblade, A. S., Ellen Weiss and Asbhurn Kim. 2009. Combating HIV Stigma in Health Care Setting: What Works? *Journal of the International AIDS Society*, 12, 15.

- Masur, H. 2002. Acquired Immunodeficiency Syndrome in the Intensive Care Unit. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 166, 258-259.
- Mohammadpour, A., Yekta, Z. P., Nasrabadi, A. R. N., & Mohraz, M. 2009. Coming to Terms With a Diagnosis of HIV in Iran: A Phenomenological Study. *The Association of Nurses in AIDS Care*, 20, 249-259.
- Moleong, L. J. 2010. *Metodologi Penelitian Kualitatif* (Edisi Revisi ed.). Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Nevid, J. S., Rathus, S. A., & Greene, B. 2005. *Psikologis Abnormal* (J. Murad, A. Gianjar, A. S. Basri, K. Poerwandari, S. Musabia, F. Nurwianti, I. S. Hutaauruk, F. Fausiah, D. Oriza & D. R. Bintari, Trans. Edisi 5 ed.). Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Nickas, G., & Wachter, R. M. 2000. Outcomes of Intensive Care for Patients With Human Immunodeficiency Virus Infection. *Arch Intern Med*, 160, 541-547.
- Oyeyemi A., O. B., and Bello I. 2005. Caring for Patients Living with AIDS: Knowledge, Attitude and Global level of Comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 53(Issue and Innovation in Nursing Practice), 196-204.
- Pecheny, M., Manzeli, H. M., & Jones, D. E. 2007. The Experience of Stigma: People Living HIV/AIDS and Hepatitis C In Argentina. *Interamerican Journal of Psychology*, 41, 17-30.
- Selwyn, P. A. 2005. Palliative Care for Patients With HIV/AIDS. *Journal of Palliative Medicine*, 8(Palliative Care Review).
- Smith, R., Levine, S., & Lewis, M. 1989. Prognosis of Patients with AIDS Requiring Intensive Care. *CHEST Journal*, 96, 857-861.
- Sole, M. L., Klein, D. G., & Mosely, M. J. 2009. *Critical Care Nursing*. USA: Saunders.
- UNAIDS. 2010. *Global Report: UNAIDS Report On The Global AIDS Epidemic 2010*: WHO Library Cataloguing.
- Wangsadjaja 2008. Stress. *Journal*. Retrieved from <http://rumahbelajarpsikologi.com/index.php/stress.htm>