

**MODEL HOLISTIK BERDASAR TEORI
ADAPTASI (ROY DAN PNI) SEBAGAI
UPAYA MODULASI RESPONS IMUN
(APLIKASI PADA PASIEN HIV & AIDS)**

**Disampaikan pada Seminar Nasional Keperawatan
Pada Hari Sabtu, Tanggal 16 Mei 2009**

**Oleh:
Nursalam**

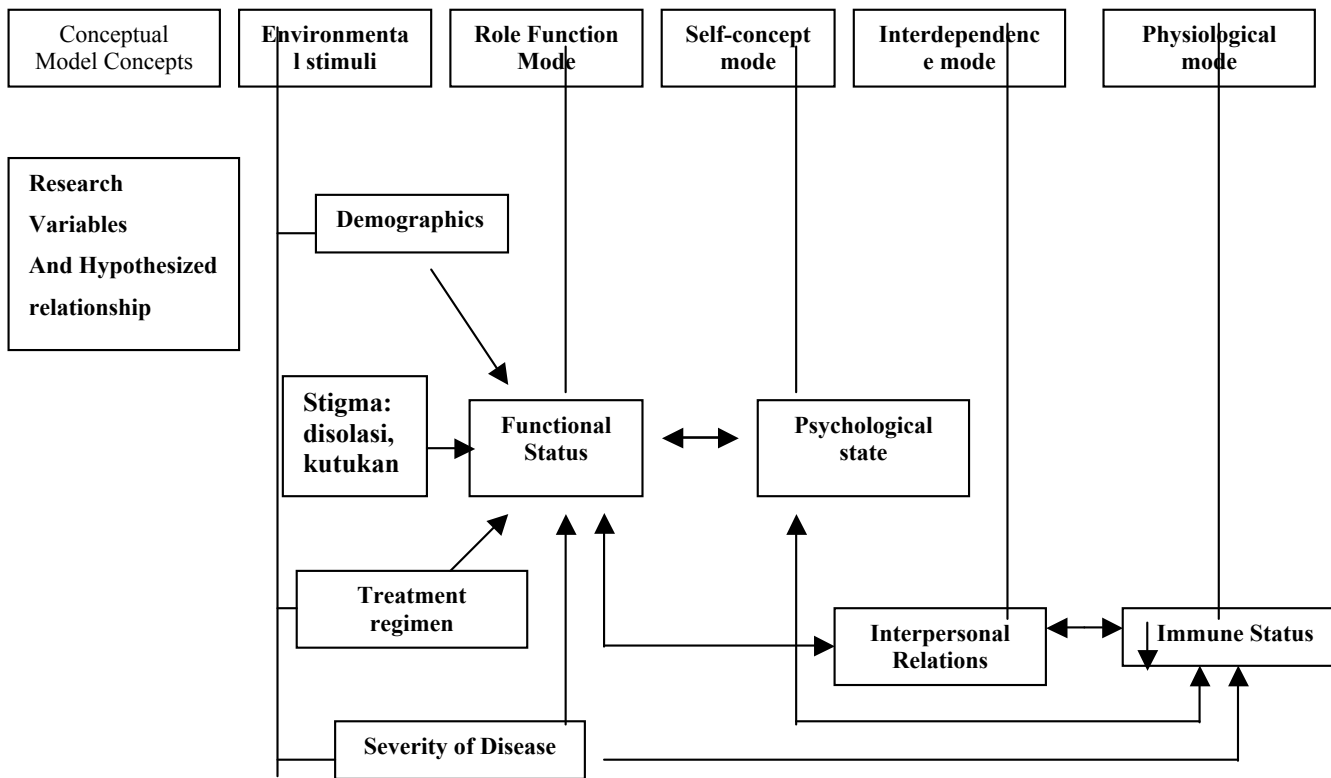
PENDAHULUAN

Pasien yang sedang mengalami sakit, baik dirawat di rumah maupun di rumah sakit akan mengalami kecemasan dan stress pada semua tingkat usia. Penyebab dari kecemasan dipengaruhi oleh banyak faktor, baik faktor dari petugas (perawat, dokter, dan tenaga kesehatan lainnya); lingkungan baru maupun dukungan keluarga yang menunggui selama perawatan. Keluarga juga sering merasa cemas dengan perkembangan keadaan pasien, pengobatan, dan biaya perawatan. Meskipun dampak tersebut tidak secara langsung kepada anak, tetapi secara psikologis pasien akan merasakan perubahan perilaku dari keluarga yang menungguinya selama perawatan (Marks, 1998: 53). Pasien menjadi semakin stress dan berpengaruh terhadap proses penyembuhannya, yaitu penurunan respons imun. Hal ini telah dibuktikan oleh Robert Arder (1885) bahwa pasien yang mengalami kegocekan jiwa akan mudah terserang penyakit, karena pada kondisi stres akan terjadi penekanan sistem imun (Subowo, 1992). Pasien yang merasa nyaman selama perawatan dengan menerapkan model asuhan yang **holistik**, yaitu adanya dukungan sosial keluarga, lingkungan perawatan yang terapeutik, dan sikap perawat yang penuh dengan perhatian akan mempercepat proses penyembuhan. Berdasarkan hasil pengamatan penulis, pasien yang dirawat di rumah sakit masih sering mengalami stress hospitalisasi yang berat, khususnya takut terhadap pengobatan, asing dengan lingkungan baru, dan takut terhadap petugas kesehatan. Fakta tersebut merupakan masalah penting yang harus mendapatkan perhatian perawat dalam mengelola asuhan keperawatan. Menurut penulis faktor tersebut sangat berkaitan dengan distress hospitalisasi. Berdasarkan pada konsep psikoneuroimunologi, melalui poros hypothalamus hypofisis adrenal, bahwa stress psikologis akan berpengaruh pada hipotalamus, kemudian hypothalamus akan mempengaruhi hypofise sehingga hipofise akan mengekspresikan ACTH (*adrenal cortico tropic hormone*) yang akhirnya dapat mempengaruhi kelenjar adrenal, di mana kelenjar ini akan menghasilkan kortisol. Apabila stress yang dialami pasien sangat tinggi, maka kelenjar adrenal akan menghasilkan kortisol dalam jumlah banyak sehingga dapat menekan sistem imun (Clancy, 1998). Adanya penekanan sistem imun inilah nampaknya akan berakibat pada penghambatan proses penyembuhan. Sehingga memerlukan waktu perawatan yang lebih lama dan bahkan akan mempercepat terjadinya komplikasi-komplikasi selama perawatan

Untuk mengatasi hal tersebut, perlu dilakukan perbaikan kinerja kepada perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan model holistik, yaitu biopsikososiospiritual. Salah satu model yang digunakan dalam penerapan teknologi ini adalah berdasar pengembangan teori adaptasi dari S.C. Roy. Pada teori ini ditekankan pada pemenuhan perawat kepada psdirm secara holistik, yaitu aspek fisik (*atraumatic care*); psikis (memfasilitasi coping yang konstruktif); dan aspek sosial (menciptakan hubungan dan lingkungan yang konstruktif dengan melibatkan keluarga dalam perawatan).

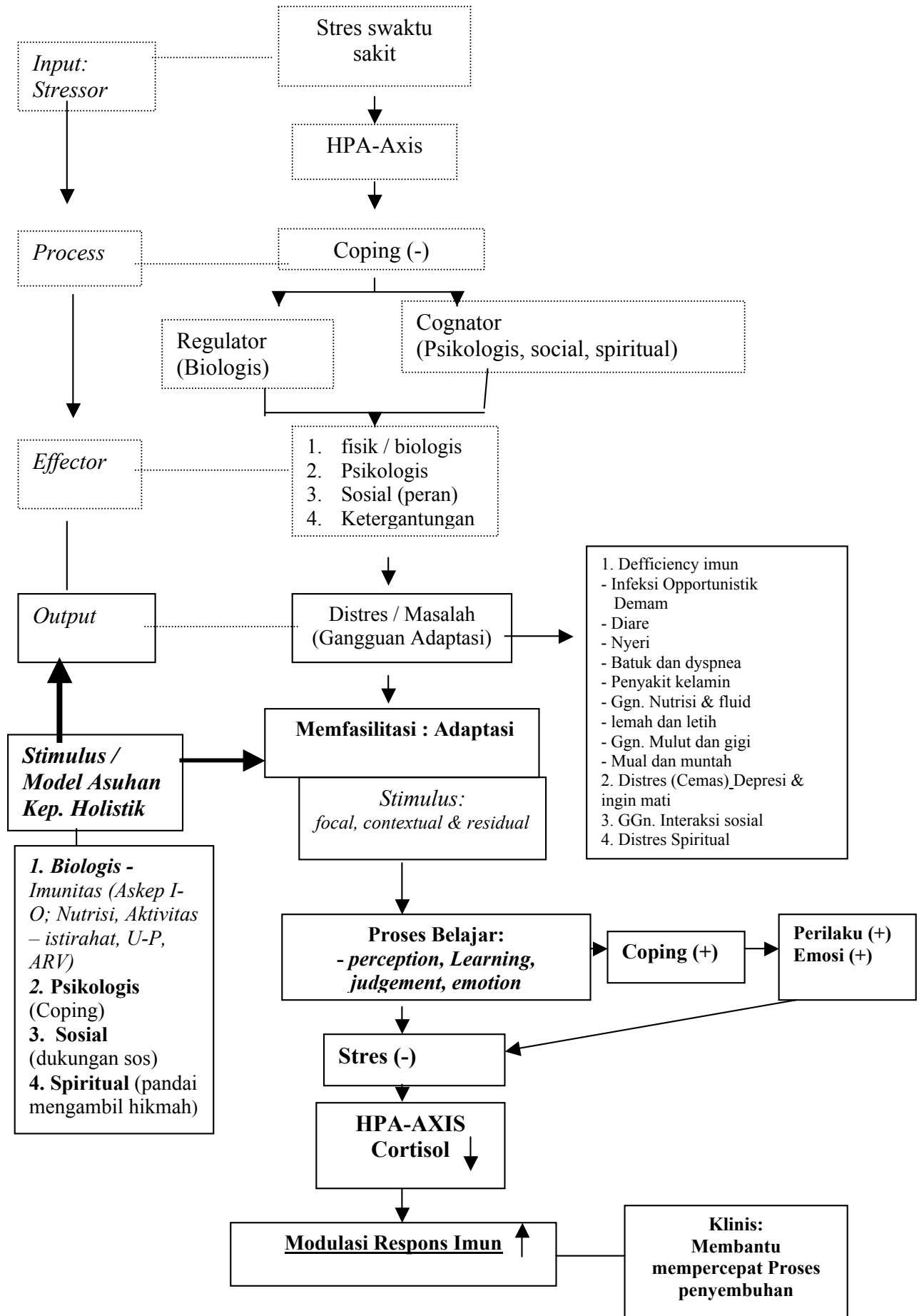
Bagaimanakah Model holistik pada asuhan keperawatan berdasar teori adaptasi Roy, dalam mempercepat penyembuhan modulasi respons imán (aplikasi pada pasien HIV dan AIDS)?

TEORI MODEL ASUHAN KEPERAWATAN ADAPTASI ADAPTASI (ROY)



A framework for studying functional status & Psychological after diagnosis of HIV-AIDS
 (Roy Model dikutip oleh Nursalam, 2007)

MODEL PENDEKATAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN HOLISTIK



Gambar: Model Pendekatan Asuhan Keperawatan Pasien Holistik bersdasar Teori Adaptasi Roy (Nursalam, 2005) – Aplikasi pada pasien HIV dan AIDS

MASALAH KEPERAWATAN

Berdasarkan kerangka konseptual gambar di atas maka masalah keperawatan pada klien HIV-AIDS dapat dikelompokkan menjadi 4 hal, yaitu masalah yang berhubungan dengan (1) fisik, (2) psikis, (3) sosial, dan (4) spiritual / ketergantungan. Masalah tersebut saling berhubungan satu dengan yang lainnya. Misalnya, jika pasien mengalami masalah sosial karena merasa dikucilkan sehingga menjadi merasa tidak berguna dan depresi, maka akan menurunkan keadaan fisiknya, meningkatkan ketergantungan kepada orang lain, dan gangguan dalam berhubungan dengan orang lain. Berdasarkan kajian teori adaptasi masalah keperawatan dapat dikelompokkan sebagaimana tersaebut di bawah ini:

Tabel: Pengelompokan Masalah Keperawatan Pasien HIV-AIDS (menurut Teori Adaptasi)

Masalah Fisik / Biologis	Masalah Psikologis	Masalah Sosial	Masalah SPiritual Ketergantungan
<p>1. Penurunan Respons Imun: misalnya CD4</p> <p>2. Infeksi Oportunistik</p> <p>a. Sistem pernapasan: batuk kronis, ISPA, TBC, pneumonia</p> <p>b. Sistem Pencernaan: BB turun, diare kronis, malabsorpsi</p> <p>c. Sistem persyarafan: neuralgia</p> <p>d. Sistem integument: herpes, alergi dll</p>	<p>- Integritas Ego: Perasaan tak berdaya/ putus asa</p> <p>- Respon psikologis: Denial sampai depresi</p>	<p>Perasaan minder dan tak berguna di masyarakat</p> <p>Interaksi Sosial: -Perasaan terisolasi/ ditolak</p>	<p>Perasaan memerlukan pertolongan orang lain dan distress spiritual</p>

INTERVENSI KEPERAWATAN

Pasien yang didiagnosis dengan HIV akan mengalami masalah fisik, psikologis, social, dan spiritual. Masalah psikologis yang timbul adalah terjadinya distress, yang ditandai dengan menolak, marah, depresi, dan keinginan untuk mati.

Peran perawat dalam memenuhi kebutuhan psikologis adalah memfasilitasi coping yang konstruktif. Peran perawat tersebut meliputi pemberian dukungan sosial, yang meliputi dukungan emosional, informasi, instrumen, dan penerimaan pasien secara positif selama menjalani perawatan. Dalam memberikan dukungan perlu melibatkan keluarga terdekat, LSM, dan orang-orang yang dapat membantu penderitaannya. Perawat juga perlu mengajarkan kepada pasien agar mempunyai persepsi yang positif terhadap dirinya. Tujuannya adalah agar pasien dapat mengontrol diri, tabah, mempunyai harapan, bersedia mencari informasi, dan dapat menyelesaikan beban permasalahannya. Sehingga pasien akan dapat beradaptasi terhadap sakitnya.

Jika klien adaptif (stres berkurang), maka akan dapat memodulasi respon imun. (1) Pada Kekebalan Seluler, T-cell- (CD4) yang masih belum terinfeksi HIV dipicu untuk menghasilkan *IL-2* reseptor untuk mengaktifasi *NK.cell* (Natural Killing); $IFN\gamma$ yang berfungsi membunuh virus yang masuk; (2) Sistem Kekebalan Humoral, *IL.2* yang terbentuk mengaktifasi NK-cells; CTL; Ig-A, menghasilkan sel B membentuk sel Plasma (anti virus), sehingga terjadi apoptosis / kerusakan sel yang terinfeksi HIV

Sebaliknya, jika klien terjadi stress (mal-adaptif), maka akan meningkatkan kadar kortisol dalam darah, sehingga akan menghambat respon imun seluler & humoral. Apoptosis tidak terjadi, sehingga virus mengalami proliferasi, terjadi penyebaran yang cepat. Terjadi I-O (infeksi oportunistik), seperti diare, ensepalitis, karena sel epitel usus, sel otak terinfeksi

Prinsip Asuhan keperawatan pasien HIV dalam meningkatkan Imunitas Klien HIV-AIDS melalui pendekatan psikologis perawat dalam menurunkan stressor klien adalah: Prinsip Asuhan keperawatan pasien HIV-AIDS dalam mengubah perilaku dalam perawatan dan meningkatkan respons Imunitas pasien HIV-AIDS melalui pemenuhan kebutuhan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual perawat dalam menurunkan stressor.

1. ASPEK BIOLOGIS

Aspek fisik pada PHIV adalah pemenuhan kebutuhan fisik sebagai akibat dari tanda dan gejala yang terjadi. Aspek perawatan fisik meliputi (a) *universal precautions*; (b) Pengobatan Infeksi Skunder dan Pemberian ARV; (d) Pemberian Nutrisi; dan (e) aktifitas dan istirahat.

(1) Pemberian ARV;

Tujuan

ARV (Antiretroviral), dan ART (*anti retroviral therapy*) diberikan pada pasien HIV-AIDS dengan tujuan, Menghentikan replikasi virus HIV, Memulihkan sistem imun, dan mengurangi terjadinya infeksi oportunistik ; Memperbaiki kualitas hidup; dan Menurunkan morbiditas dan mortalitas karena infeksi HIV

(2) Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan cairan; prinsip pemberian dengan Tinggi

Kalori dan Protein, multivitamin dan antioksidan

(3) Aktivitas pasien dengan melatih senam khusus pada pasien HIV-AIDS;

(4) Penanganan infeksi oportunistik; TB, Diare, masalah kulit

(5) Pola hidup sehat dan cara pencegahan dengan menerapkan *universal precautions*, yang meliputi:

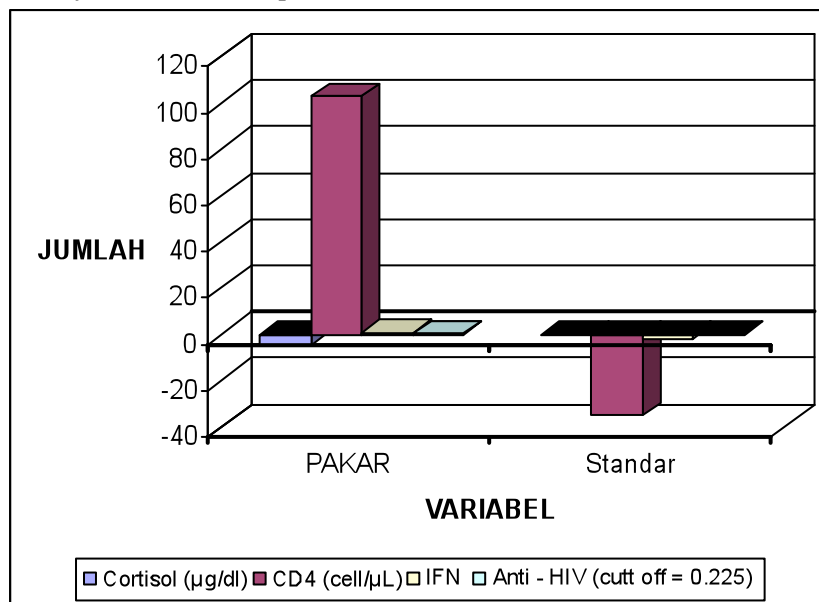
- a. Menghindari kontak langsung dengan cairan tubuh. Bila menangani cairan tubuh pasien gunakan alat pelindung, seperti sarung tangan, masker, kaca mata pelindung, penutup kepala, apron, sepatu boot. Penggunaan alat pelindung disesuaikan dengan jenis tindakan yang dilakukan.
- b. mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, termasuk setelah melepas sarung tangan.
- c. dekontaminasi cairan tubuh penderita.

- d. memakai alat kedokteran sekali pakai atau sterilisasi semua alat kedokteran yang dipakai (tercemar). Jangan memakai jarum suntik lebih dari satu kali, dan jangan dimasukkan ke dalam penutup jarum atau dibengkokkan.
- e. pemeliharaan kebersihan tempat pelayanan kesehatan.
- f. membuang limbah yang tercemar berbagai cairan tubuh secara benar dan aman (Depkes RI, 1997).

Tabel 1: Rerata dan SD variabel Respons Biologis (Imunologis) pada kelompok Perlakuan (PAKAR) dan kontrol (Standar) (Nursalam, 2005)

VARIABEL	PAKAR		Standar	
	Mean	SD	Mean	SD
CORTISOL	-4.659	5.248	-0.147	4.571
CD4	102.95	155.548	-35.000	104.441
IFN γ	1.028	2.642	-1.966	2.783
Anti-HIV Ab	0.4611	0.444	-0.103	0.325

Uji Wilks' Lamda $p = 0.000$ (Cut off Anti-HIV = 0.225)



Gambar 1: Rerata variabel biologis (Imunitas) (nursalam, 2005)

2. ASUHAN KEPERAWATAN RESPONS ADAPTIF PSIKOLOGIS (STRATEGI KOPING)

Mekanisme koping adalah mekanisme yang digunakan individu untuk menghadapi perubahan yang diterima. Apabila mekanisme koping berhasil, maka orang tersebut akan dapat beradaptasi terhadap perubahan tersebut. Mekanisme koping dapat dipelajari, sejak awal timbulnya stresor dan orang menyadari dampak dari stresor tersebut (Carlson, 1994). Kemampuan koping dari individu tergantung dari

temperamen, persepsi, dan kognisi serta latar belakang budaya/norma dimana dia dibesarkan (Carlson, 1994).

Mekanisme koping terbentuk melalui proses belajar dan mengingat. Belajar disini adalah kemampuan menyesuaikan diri (adaptasi) pada pengaruh faktor internal dan eksternal (Nursalam, 2003). Menurut Roy, yang dikutip oleh Nursalam (2003) mekanisme belajar merupakan suatu proses didalam sistem adaptasi (*cognator*) yang meliputi mempersepsikan suatu informasi, baik dalam bentuk implisit maupun eksplisit. Belajar implisit umumnya bersifat reflektif dan tidak memerlukan kesadaran (*focal*) sebagaimana terlihat pada gambar. Keadaan ini ditemukan pada perilaku kebiasaan, sensitisasi dan keadaan. Pada habituasi timbul suatu penurunan dari transmisi sinap pada neuron sensoris sebagai akibat dari penurunan jumlah neurotransmitter yang berkurang yang dilepas oleh terminal presinap (Bear, 1996; Notosoedirdjo, 1998). Pada habituasi menuju ke depresi homosinaptik untuk suatu aktivitas dari luar yang terangsang terus menerus (Bear, 1996). Sensitifitas sifatnya lebih kompleks dari habituasi, mempunyai potensial jangka panjang (beberapa menit sampai beberapa minggu).

Koping yang efektif menempati tempat yang *central* terhadap ketahanan tubuh dan daya penolakan tubuh terhadap gangguan maupun serangan suatu penyakit baik bersifat fisik maupun psikis, sosial, spiritual. Perhatian terhadap koping tidak hanya terbatas pada sakit ringan tetapi justru penekanannya pada kondisi sakit yang berat (Notosoedirdjo M, 1998 & Keliat, 1999).

Lipowski membagi koping dalam 2 bentuk , yaitu *coping style* dan *coping strategy*. *Coping style* merupakan mekanisme adaptasi individu meliputi mekanisme psikologis dan mekanisme kognitif dan persepsi. Sifat dasar *coping style* adalah mengurangi makna suatu konsep yang dianutnya, misalnya penolakan atau pengingkaran yang bervariasi yang tidak realistis atau berat (psikotik) hingga pada tingkatan yang sangat ringan saja terhadap suatu keadaan.

Coping strategy merupakan koping yang digunakan individu secara sadar dan terarah dalam mengatasi sakit atau stresor yang dihadapinya. Terbentuknya mekanisme koping bisa diperoleh melalui proses belajar dalam pengertian yang luas dan relaksasi. Apabila individu mempunyai mekanisme koping yang efektif dalam menghadapi stresor, maka stresor tidak akan menimbulkan stres yang berakibat kesakitan (*disease*), tetapi stresor justru menjadi stimulan yang mendatangkan *wellness* dan prestasi.

Strategi Koping (Cara Penyelesaian Masalah)

Beradaptasi terhadap penyakit memerlukan berbagai strategi tergantung ketrampilan koping yang bisa digunakan dalam menghadapi situasi sulit. Menurut Mooss (1984) yang dikutip Brunner dan Suddarth menguraikan yang positif (Teknik Koping)

Ada 3 teknik koping yang ditawarkan dalam mengatasi stress:

a) Pemberdayaan Sumber Daya Psikologis (Potensi diri)

Sumber daya psikologis merupakan kepribadian dan kemampuan individu dalam memanfaatkannya menghadapi stres yang disebabkan situasi dan lingkungan (Pearlin & Schooler, 1978:5). Karakteristik di bawah ini merupakan sumber daya psikologis yang penting.

1. Pikiran yang positif tentang dirinya (harga diri)

Jenis ini bermanfaat dalam mengatasi situasi stres, sebagaimana teori dari *Colley's looking-glass self*: rasa percaya diri, dan kemampuan untuk mengatasi masalah yg dihadapi.

2. Mengontrol diri sendiri

Kemampuan dan keyakinan untuk mengontrol tentang diri sendiri dan situasi (*internal control*) dan *external control* (bahwa kehidupannya dikendalikan oleh keberuntungan, nasib, dari luar) sehingga pasien akan mampu mengambil hikmah dari sakitnya (*looking for silver lining*).

Kemampuan mengontrol diri akan dapat memperkuat koping pasien, perawat harus menguatkan kontrol diri pasien dengan melakukan:

- (1) Membantu pasien mengidentifikasi masalah dan seberapa jauh dia dapat mengontrol diri
- (2) Meningkatkan perilaku menyelesaikan masalah
- (3) Membantu meningkatkan rasa percaya diri, bahwa pasien akan mendapatkan hasil yang lebih baik
- (4) Memberi kesempatan kepada pasien untuk mengambil keputusan terhadap dirinya
- (5) Mengidentifikasi sumber-sumber pribadi dan lingkungan yang dapat meningkatkan kontrol diri: keyakinan, agama

b) Rasionalisasi (Teknik Kognitif)

Upaya memahami dan menginterpretasikan secara spesifik terhadap stres dalam mencari arti dan makna stres (*neutralize its stressfull*). Dalam menghadapi situasi stres, respons individu secara rasional adalah dia akan menghadapi secara terus terang, mengabaikan, atau memberitahukan kepada diri sendiri bahwa masalah tersebut bukan sesuatu yang penting untuk dipikirkan dan semuanya akan berakhir dengan sendirinya. Sebagaimana orang berpikir bahwa setiap suatu kejadian akan menjadi sesuatu tantangan dalam hidupnya. Sebagian lagi menggantungkan semua permasalahan dengan melakukan kegiatan spiritual, lebih mendekatkan diri kepada sang pencipta untuk mencari hikmah dan makna dari semua yang terjadi.

c) Teknik Perilaku

Teknik perilaku dapat dipergunakan untuk membantu individu dalam mengatasi situasi stres. Beberapa individu melakukan kegiatan yang bermanfaat dalam menunjang kesembuhannya. Misalnya, pasien HIV akan melakukan aktivitas yang dapat membantu peningkatan daya tubuhnya dengan tidur secara teratur, makan seimbang, minum obat anti *retroviral* dan obat untuk infeksi sekunder secara teratur, tidur dan istirahat yang cukup, dan menghindari konsumsi obat-obat yang memperparah keadaan sakitnya.

Hasil penelitian Efek strategi koping terhadap respons psikologis (penerimaan)

Tabel 2: Respons psikologis Uji *Mann-Whitney Test (post – post test)* (Nursalam, 2005)

Response	Mean Rank		Z count	Significance
	PERLAKUAN	STANDAR		
<i>Denial</i>	17,48	23,53	-1,734	p = 0,102
<i>Anger</i>	15,83	25,18	-2,555	p = 0,010
<i>Bargaining</i>	14,73	26,28	-3,276	p = 0,001
<i>Depression</i>	17,98	23,03	-1,378	p = 0,174
<i>Acceptance</i>	22,70	18,30	-1,232	p = 0,242

Sumber: Nursalam (2005)

Tabel diatas menunjukkan strategi koping berpengaruh terhadap respons psikologis, terutama pada perubahan respons anger ($p = 0,000$) dan bargaining ($p= 0.001$).

3. ASUHAN KEPERAWATAN RESPONS SOSIAL (KELUARGA DAN *PEER GROUP*)

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

Konsep Dukungan Sosial

Beberapa pendapat mengatakan dukungan sosial terutama dalam konteks hubungan yang akrab atau kualitas hubungan perkawinan dan keluarga barangkali merupakan sumber dukungan sosial yang paling penting (Rodin & Salovey, 1989 dikutip Smet, 1994). Jenis dukungan social:

House membedakan empat jenis atau dimensi dukungan sosial

- 1) Dukungan Emosional
Mencakup ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap orang yang bersangkutan
- 2) Dukungan Penghargaan
Terjadi lewat ungkapan hormat/ penghargaan positif untuk orang lain itu, dorongan maju atau persetujuan dengan gagasan atau perasaan individu dan perbandingan positif orang itu dengan orang lain misalnya orang itu kurang mampu atau lebih buruk keadaannya (menambah harga diri)
- 3) Dukungan Instrumental
Mencakup bantuan langsung misalnya orang memberi pinjaman uang, kepada orang yang membutuhkan atau menolong dengan memberi pekerjaan pada orang yang tidak punya pekerjaan.
- 4) Dukungan Informatif
Mencakup pemberian nasehat, petunjuk, sarana.

d. Hubungan Dukungan Sosial dengan kesehatan

Menurut Gottlieb, 1983 dikutip Smet, 1994 terdapat pengaruh dukungan sosial terhadap kesehatan tetapi bagaimana hal itu terjadi? Penelitian terutama memusatkan pengaruh dukungan sosial pada stres sebagai variabel penengah dalam perilaku kesehatan dan hasil kesehatan. Dua teori pokok diusulkan, hipotesis penyangga (*Buffer Hypothesis*) dan hipotesis efek langsung (*direct effect hypothesis*).

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

Hipotesis efek langsung berpendapat bahwa dukungan sosial itu bermanfaat bagi kesehatan dan kesejahteraan tidak peduli banyaknya stres yang dialami orang-orang menurut hipotesis ini efek dukungan sosial yang positif sebanding dibawah intensitas stres tinggi dan rendah. Contohnya orang-orang dengan dukungan sosial tinggi dapat memiliki penghargaan diri yang lebih tinggi yang membuat mereka tidak begitu mudah diserang stres.

e. Dukungan Sosial (*Social Support*)

Hampir setiap orang tidak mampu menyelesaikan masalah sendiri, tetapi mereka memerlukan bantuan orang lain. Berdasarkan hasil penelitian bahwa dukungan sosial merupakan mediator yang penting dalam menyelesaikan masalah seseorang. Hal ini karena individu merupakan bagian dari keluarga, teman sekolah atau kerja, kegiatan agama ataupun bagian dari kelompok lainnya.

Perlin dan Aneshense (1986: 418) mendefinisikan "*social resources one is able to call upon in dealing with problematic conditions of life*". Sedangkan Selye (1983) menekankan pada konsep "*flight or flight*" reaction: "*when circumstances offered opportunity for success (or there was no choice), human would fight: in the face of overwhelming odds, humans shought flight*" Dimensi dukungan sosial

Dimensi dukungan sosial meliputi 3 hal (Jacobson, 1986):

1. *Emotional support*, meliputi; perasaan nyaman, dihargai, dicintai, dan diperhatikan)
2. *Cognitive support*, meliputi informasi, pengetahuan dan nasehat
3. *Materials support*, meliputi bantuan / pelayanan berupa sesuatu barang dalam mengatasi suatu masalah

Hasil penelitian Efek strategi koping terhadap respons sosial – emosional

Tabel 3: Respons sosial *Mann-Whitney Test (post – post test)* (Nursalam, 2005)

<i>Social</i>	Mean Rank		Z count	Significance
	PERLAKU AN	STANDAR		
<i>Emotion</i>	29,78	11,23	-5,101	p = 0,000
<i>Anxiety</i>	11,38	29,63	-5,076	p = 0,000
<i>Interaction</i>	28,58	12,43	-4,402	p = 0,000

Sumber: Nursalam (2005)

Tabel diatas menunjukkan perubahan respons pada semua komponen social setelah pasien mendapatkan model asuhan keperawatan strategi koping.

4. ASUHAN KEPERAWATAN RESPONS SPIRITUAL

Asuhan keperawatan pada aspek spiritual ditekankan pada penerimaan pasien terhadap sakit yang dideritanya (Ronaldson, 2000). Sehingga PHIV akan dapat menerima dengan ikhlas terhadap sakit yang dialami dan mampu mengambil hikmah. Asuhan keperawatan yang dapat diberikan adalah:

- a. Menguatkan **harapan yang realistis** kepada pasien terhadap kesembuhan
Harapan merupakan salah satu unsur yang penting dalam dukungan sosial. Orang bijak mengatakan “hidup tanpa harapan, akan membuat orang putus asa dan bunuh diri”. Perawat harus meyakinkan kepada pasien bahwa sekecil apapun kesembuhan, misalnya akan memberikan ketenangan dan keyakinan pasien untuk berobat.
- b. **Pandai mengambil hikmah**
Peran perawat dalam hal ini adalah mengingatkan dan mengajarkan kepada pasien untuk selalu berfikir positif terhadap semua cobaan yang dialaminya. Dibalik semua cobaan yang dialami pasien, pasti ada maksud dari Sang Pencipta. Pasien harus difasilitasi untuk lebih mendekatkan diri kepada Sang Pencipta dengan jalan melakukan ibadah secara terus menerus. Sehingga pasien diharapkan memperoleh suatu ketenangan selama sakit.
- c. **Ketabahan hati**
Karakteristik seseorang didasarkan pada keteguhan dan ketabahan hati dalam menghadapi cobaan. Individu yang mempunyai kepribadian yang kuat, akan tabah dalam menghadapi setiap cobaan. Individu tersebut biasanya mempunyai keteguhan hati dalam menentukan kehidupannya. Ketabahan hati sangat dianjurkan kepada PHIV. Perawat dapat menguatkan diri pasien dengan memberikan contoh nyata dan atau mengutip kitab suci atau pendapat orang bijak; bahwa Tuhan tidak akan memberikan cobaan kepada umatNYA, melebihi kemampuannya (Al. Baqarah, 286). Pasien harus diyakinkan bahwa semua cobaan yang diberikan pasti mengandung hikmah, yang sangat penting dalam kehidupannya.

Hasil penelitian efek Dukungan Spiritual pada PHIV

Tabel 4: *Uji Wilcoxon signed rank test (Pre-post) Respons Spiritual (nursalam, 2005) Kelompok PAKAR dan Standar*

Respons	PAKAR		STANDAR	
	Z Hitung	Signifikansi	Z Hitung	Signifikansi
Harapan	-3,758	p = 0,000	-0,775	p = 0,439
Tabah	-3,848	p = 0,000	-1,941	p = 0,052
Hikmah	-3,368	p = 0,001	-0,812	p = 0,417

Sumber: Nursalam (2005)

Tabel diatas menjelaskan pengaruh model PAKAR terhadap respons spiritual pada pasien terinfeksi HIV. Hasil *Uji Mann-Whitney* respons sosial pada semua sub variable pada kelompok PAKAR menunjukkan hasil yang signifikan. Sebaliknya, pada kelompok standar semua sub variabel spiritual tidak menunjukkan perubahan yang signifikan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ader R., 1991. **The Influence of Conditioning on Immune Response**. 2ne. ed. San Diego: Academic Press Inc, pp. 661
- Apasou SG & Sitkorsy MV .1999, **T-cell-mediated Immunity in principles of Immuno Pharmacology**. Basel Birkhansen Verlag: Painhane MJ. Black, JM & Mataassarini-Jacobs, E (1993). Medical – Surgical Nursing. A Psychophysiologic Approach. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co.
- Clancy, J. (1998). Basic Concept in Immunology: Student’s survival guide. New York: The McGraw-Hill Companies.
- Dirjen PPM-PLP, DEPKES R.I. (1998). Prosedur Tetap Konseling HIV-AIDS Khususnya Konseling Pra- dan Pascates. Jakarta
- Chitty, K.K. (1997). Professional Nursing. Concepts & Challenges. 2ed. Philadelphia: W.B. Saunder Company.
- Girisurapong S. (1998). Psychological Aspects and Counseling of Pregnant Women Infected With HIV – Positive. APSSAM Conference. Yogyakarta-Indonesia, November 7th.
- McColl, M. Renwick, R. Friendland, J. (1996). Coping and Social Support as determinants of quality of life in HIV-AIDS. AIDS Care. 8 (1: 15-31).
- Muma, R. Ann-Lyons, B. Borucki, M.J & Pollard, R.B alih Bahasa Shinta Prawtiasari (1994). HIV. Manual untuk Tenaga Kesehatan. Jakarta: EGC
- Nursalam (2001). **Proses dan Dokumentasi Keperawatan**. Jakarta: Salemba Medika, hal. 1 – 7
- Nursalam. 2002, **Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional**. Jakrta: Salemba Medika, hal. 153 – 165
- Nursalam & Sabinus B. Kedang .2002, **Relevansi Ilmu – Ilmu Dasar dalam Menunjang Peran Perawat: Asuhan keperawatan**. Penelitian pada Mahasiswa Prog. Profesi dan Perawat RSUD Dr. Soetomo. FK UNAIR, hal. 36 – 45
- Nursalam. 2008, **Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan**: Jakarta: Salemba Medik, hal. 13 -26
- Nursalam & Kurniawati, ND. 2007. **Asuhan Keperawatan pada Pasien HIV-AIDS**. Jakarta: Salemba Medika
- Putra ST 1999. **Konsep Psikoneuroimunologik dan Kontribusinya padda pengembangan IPTEKDOK**. Makalah. Surabaya: GRAMIK FK UNAIR. Pp. 3 – 5
- Ronaldson S 2000. **Spirituality. The Heart of Nursing**. Melbourne: Ausmed Publications. Pp. 5 – 23

CURRICULUM VITAE

Name : Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)

Place, date of birth : Kediri, 25th December 1966

Address : Jl. Keputih Tegal Timur 62
Surabaya 60111

E-mail: nursalam@unair.ac.id dan nursalam_psik@yahoo.com

Higher, Education:

1. Diploma III in Nursing, Sutoma Surabaya 1988
2. Med. Surgical Nursing, Lambton College, Sarnia Ontario Canada, 1991
3. Master of Nursing (Coursework), 1996, Univ. Wollongong
4. Honours Master of Nursing, 1998, University of Wollongong, New South Wales, Australia
5. Doctor, Model of Nursing Care for HIV-AIDS, Postgraduate Programme, Airlangga University, 2002-2005

Organisation and Working Experiences :

1. Lecturer and nurse in Diploma III in Nursing, Surabaya (1988 – 1997)
2. Lecturer in School of Nursing, Faculty of Medicine, Airlangga University (1997 – now)
3. Organization :
 1. Head, IKM (Ikatan Keluarga Mahasiswa Keperawatan, AKPER Soetomo Surabaya (1986-1988)
 2. Head, POKJA Keperawatan Jawa Timur (2000 – 2004)
 3. Vice, Head, Programme of Diploma IV for Nurse Educator, Faculty of Medicine, AU (1997 - 2004)
 5. Vice Head Education & 4. Vice, Head, School of Nursing, Faculty of Medicine, AU (1999– 2008)
 - Training, East Java Nursing Association (2000 – 2008)
 6. Members, Bioethics Committee, Faculty of Medicine, AU (2006– Now)
 7. Head, Networking, School of Nursing Airlangga University and Ackland University and Technology, New Zealand (2006 – now)
 8. Dean Faculty of Nursing, Airlangga University (2008 – now)

Publication :

1. Journal : 17
2. Book : 13