

BAB II

KAJIAN KONSEPTUAL

1.1 Penelitian Terdahulu

Penelitian terdahulu ini menjadi salah satu acuan penulis dalam melakukan penelitian sehingga penulis dapat memperkaya teori yang digunakan dalam mengkaji penelitian yang dilakukan. Adapun penelitian terdahulu tentang kebutuhan yang diambil sesuai dengan peneliti yaitu :

1. Rapshodyan Sekar Tungga, tahun 2018, Kualitas Hidup Waria yang Hidup Dengan HIV-AIDS di Kelurahan Kebon Kangkung, Kecamatan Kiaracondong Kota Bandung (Skripsi Sekolah Tinggi Kesejahteraan Sosial Bandung)

Penelitian yang dilakukan menggunakan metode deskriptif dengan metode pendekatan kualitatif. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara mendalam dan studi dokumentasi. Penelitian ini menyimpulkan bahwa dimensi fisik dilihat dari kesehatan waria yang terinfeksi virus HIV-AIDS dan aktivitasnya yang bekerja sebagai penjaja seks. Dimensi psikologis dilihat dari kekhawatirannya terhadap kesehatan dan masa depannya. Dimensi lingkungan dilihat dari masyarakat yang belum sepenuhnya menerima keberadaan kelompok waria di wilayah Kebon Kangkung. Kesimpulan penelitian kualitas hidup waria yang hidup dengan HIV-AIDS di Kelurahan Kebon Kangkung terdapat aspek yaitu dimensi fisik, psikologis, dan lingkungan yang belum dapat terpenuhi dengan baik. Hal tersebut menyebabkan waria yang hidup dengan HIV-AIDS tidak dapat berfungsi dengan baik.

2. Faizah Wahyuningprianti, tahun 2018, Gambaran Kerentanan Ibu Rumah Tangga Dengan HIV-AIDS di Kabupaten Jember (Universitas Jember).

Ibu rumah tangga saat ini menjadi kelompok yang paling rentan untuk terinfeksi HIV-AIDS, hal tersebut disebabkan oleh beberapa faktor. Faktor risiko terbesar penyebab penularan HIV-AIDS adalah kelompok heteroseksual dan salah satunya yaitu kelompok populasi ibu rumah tangga, sehingga ibu rumah tangga sangat rentan untuk terinfeksi HIV-AIDS, berdasarkan hal tersebut diperlukan adanya penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi untuk menggali lebih dalam terhadap pengalaman ibu rumah tangga dengan HIV-AIDS. Teknik pemilihan partisipan pada yaitu menggunakan teknik nonprobability sampling jenis purposive sampling. Kriteria partisipan yaitu ibu rumah tangga dengan HIV-AIDS yang berdomisili di Kabupaten Jember, menjalani terapi ARV, dan bersedia menjadi partisipan; ditemukan lima partisipan dengan mendapatkan pendampingan dari kelompok dukungan sebaya (KDS) Pelangi Kabupaten Jember. Hasil penelitian menghasilkan sembilan tema penelitian yang merupakan uraian dari tujuan penelitian antara lain cara penularan, lama proses penyakit, tanda dan gejala penyakit, respon psikologis yang dialami oleh partisipan, keadaan ekonomi keluarga partisipan, terapi yang dilakukan oleh partisipan, fasilitas layanan kesehatan yang diakses dalam terapi, peran sistem pendukung, serta adanya upaya pencegahan penularan HIV-AIDS kepada individu yang lainnya. Kondisi ibu rumah tangga dengan HIV-AIDS yang paling rentan adalah saat mengetahui bahwa dirinya dinyatakan positif HIV-AIDS serta selama belum mendapatkan sistem

pendukung, hal tersebut akan berpengaruh terhadap kerentanan secara fisik dan psikologis.

3. Siti Sahlah Fauziah, tahun 2017, Kebermaknaan Hidup Pada Ibu Rumah Tangga yang Terinfeksi HIV&AIDS dari Suaminya (Universitas Negeri Jakarta).

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui kebermaknaan hidup pada ibu rumah tangga yang terinfeksi HIV&AIDS dari suaminya. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan pendekatan kualitatif studi kasus dengan subjek yang merupakan seorang ibu rumah tangga yang terinfeksi HIV&AIDS dari suaminya dan tidak melakukan perilaku berisiko yang dapat menularkan HIV. Alasan menggunakan metode tersebut adalah untuk mengeksplorasi lebih dalam mengenai kebermaknaan hidup pada ibu rumah tangga yang terinfeksi HIV&AIDS dari suaminya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu rumah tangga dapat mencapai kebermaknaan hidupnya dengan melalui beberapa tahapan seperti, tahap derita, penerimaan diri, penemuan makna, realisasi makna, hingga kebermaknaan hidup. Keberhasilan tersebut juga didukung oleh beberapa komponen, dimana dalam penelitian ini konsistensi komponen dukungan sosial berperan penting bagi subjek untuk mencapai kebermaknaan hidup. Selain itu, juga terdapat berbagai sumber kebermaknaan hidup seperti, nilai kreatif, nilai bersikap, dan nilai penghayatan.

4. Ahmad Rifqi Darmawan, tahun 2021, Motivasi Makna Hidup Terhadap ODHA di Balai Rehabilitasi Sosial ODH Bahagia Medan (Universitas Islam Negeri Sumatera Utara).

Metode penelitian ini adalah metode penelitian kualitatif yang berdasarkan riset lapangan diperoleh lima orang sebagai informan dalam penelitian ini. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara, observasi dan studi dokumentasi, yang kemudian dianalisis dengan teknik reduksi data, penyajian data dan penarikan kesimpulan. Hasil penelitian tentang motivasi makna hidup terhadap ODHA di Balai Rehabilitasi Sosial ODH Bahagia Medan diperoleh kesimpulan yaitu: Tahapan motivasi makna hidup ODHA terdiri dari Tahap Asesmen, Tahap pemetaan dan perencanaan, Tahap Intervensi atau pelaksanaan motivasi yang berupa terapi dan konseling, Tahap Lanjutan, dan Tahap Evaluasi. Strategi memotivasi makna hidup ODHA adalah dengan cara: Membangun hubungan baik dan kepercayaan dengan Penerima manfaat (PM); Menjadi Pendengar yang baik; Penyadaran diri PM pentingnya memiliki makna hidup yang positif; Partisipasi aktif PM pada setiap terapi yang diberikan; mengajak PM untuk kembali menemukan nilai-nilai hidupnya; memotivasi dengan memberikan contoh atau modelling dan memotivasi dengan pendekatan spiritual. Hambatan dalam memotivasi ODHA berasal dari faktor internal (dalam diri) dan faktor eksternal (luar diri).

5. Niar Ardian, tahun 2020, Persepsi Kualitas Hidup Penderita HIV Positif di Kota Semarang (Universitas Negeri Semarang).

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi persepsi kualitas hidup penderita HIV positif di Kota Semarang. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif yang berfokus pada persepsi kualitas hidup penderita HIV positif di Kota Semarang. Informan awal ditentukan dengan teknik purposive sampling dan selanjutnya untuk melengkapi informasi digunakan teknik snowball sampling. Metode yang digunakan dalam pengumpulan data adalah wawancara mendalam kepada informan utama yaitu 5 Laki Suka Laki (LSL) penderita HIV positif di Kota Semarang dan informan triangulasi yaitu keluarga penderita HIV positif, petugas kesehatan yang memberikan pelayanan, KPA Kota Semarang, dan Koordinator Pendamping Sebaya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa persepsi penderita HIV positif mengenai kualitas hidup mereka adalah baik dan memuaskan. Hal ini dikarenakan para penderita HIV positif dalam penelitian ini telah memahami dengan baik tentang HIV. Mereka teratur dalam mengkonsumsi Antiretroviral (ARV), menjaga pola hidup sehat, bersedia hadir dalam kelompok Dukungan Sebaya dan mendapatkan dukungan dari keluarga ataupun teman.

Tabel 2.1 Penelitian Terdahulu

No	Judul	Peneliti, Tahun	Metode Penelitian	Persamaan	Perbedaan	Kebaharuan Penelitian
1	Kualitas Hidup Waria yang hidup dengan HIV-AIDS di Kelurahan Kebon Kangkung Kecamatan Kiaracondong Kota Bandung	Rapshodyan Sekar Tungga, tahun 2018 Sekolah Tinggi Kesejahteraan Sosial	Kualitatif	1. Variabel penelitian yaitu kualitas hidup.	1. Lokasi penelitian 2. Tahun penelitian	Berdasarkan kelima hasil penelitian terdahulu, diketahui bahwa penelitian yang dilakukan ini terdapat kekhasan sendiri yaitu meneliti dengan topik dan lokasi yang berbeda dan belum dilakukan sebelumnya.
2	Gambaran Kerentanan Ibu Rumah Tangga Dengan HIV-AIDS di Kabupaten Jember	Faizah Wahyuningprianti, tahun 2019 Universitas Jember	Kualitatif	1. Responden penelitian yaitu Ibu Rumah Tangga dengan HIV	1. Variabel penelitian 2. Lokasi penelitian 3. Tahun penelitian	Dan ada beberapa perbedaan yang menunjukkan kebaruan dari penelitian ini yaitu, menggunakan pendekatan kuantitatif, penggunaan instrumen kuesioner kualitas hidup yaitu WHOQOL-BRIEF dengan menggunakan 4 aspek yaitu Kesehatan Fisik, Psikologis, Hubungan Sosial, Hubungan Dengan Lingkungan, dan penggunaan subjek lebih fokus kepada ibu rumah tangga.
3	Kebermaknaan Hidup Pada Ibu Rumah Tangga yang Terinfeksi HIV&AIDS dari Suaminya	Siti Sahlah Fauziah, tahun 2017 Universitas Negeri Jakarta	Kualitatif	1. Responden penelitian yaitu Ibu Rumah Tangga dengan HIV	1. Variabel penelitian 2. Lokasi penelitian 3. Tahun penelitian	

No	Judul	Peneliti, Tahun	Metode Penelitian	Persamaan	Perbedaan	Kebaharuan Penelitian
4	Motivasi Makna Hidup Terhadap ODHA di Balai ODH Bahagia Medan	Ahmad Rifqi Darmawan, tahun 2021 UIN Sumatera Utara	Kualitatif	1. Responden penelitian yaitu orang dengan HIV	1 Variabel penelitian 2 Lokasi penelitian 3 Tahun penelitian	Sedangkan penelitian terdahulu lebih heterogen yaitu kepada Orang Dengan HIV-AIDS. Kemudian setelah diketahui hasil penelitian yang telah dilakukan, maka disusun usulan program sebagai salah satu solusi dari mempertahankan kualitas hidup yang tidak terdapat pada penelitian sebelumnya
5	Persepsi Kualitas Hidup Penderita HIV Positif di Kota Semarang	Niar Ardian, tahun 2020 Universitas Negeri Semarang	Kualitatif	1. Variabel penelitian yaitu Kualitas Hidup 2. Reponden penelitian yaitu orang dengan HIV	1. Lokasi penelitian 2. Tahun penelitian	

Berdasarkan kelima hasil penelitian diatas, diketahui bahwa penelitian yang dilakukan ini terdapat kekhasan sendiri yaitu meneliti dengan topik dan lokasi yang berbeda dan belum dilakukan sebelumnya. Dan ada beberapa perbedaan yang menunjukkan kebaruan dari penelitian ini yaitu, menggunakan pendekatan kuantitatif, penggunaan instrumen kuesioner kualitas hidup yaitu WHOQOL-BRIEF dengan menggunakan 4 aspek yaitu Kesehatan Fisik, Psikologis, Hubungan Sosial, Hubungan Dengan Lingkungan, dan penggunaan subjek lebih fokus kepada ibu rumah tangga. Sedangkan penelitian terdahulu lebih heterogen yaitu kepada Orang Dengan HIV-AIDS. Kemudian setelah diketahui hasil penelitian yang telah dilakukan, maka disusun usulan program sebagai salah satu solusi dari mempertahankan kualitas hidup yang tidak terdapat pada penelitian sebelumnya. Dari penjelasan diatas, menunjukkan keunggulan sekaligus kebaruan atau *novelty* dari penelitian yang telah dilakukan.

1.2 Teori yang Relevan dengan Penelitian

1.2.1 Kajian Tentang Kualitas Hidup

1.2.1.1 Pengertian Kualitas Hidup

Menurut *World Health Organization Quality of Life* (2018), kualitas hidup adalah persepsi individu mengenai posisi mereka dalam kehidupan dimana dalam konteks budaya dan sistem nilai mereka memiliki suatu tujuan, harapan serta standar dalam hidup. Kualitas hidup merupakan suatu ide yang abstrak yang tidak terkait oleh tempat atau waktu, bersifat situasional dan meliputi berbagai konsep yang saling tumpang tindih (Kinghorn & Gamlin, 2004). Sedangkan, Farquahar (1955) menjelaskan bahwa kualitas hidup merupakan suatu model konseptual,

yang bertujuan untuk menggambarkan perspektif seseorang dengan berbagai macam istilah terhadap dimensi kehidupan. Dengan demikian pengertian kualitas hidup ini akan berbeda bagi orang sakit dan orang sehat.

Berdasarkan beberapa pendapat ahli di atas, bisa disimpulkan bahwa kualitas hidup ditentukan oleh persepsi tiap individu mengenai posisi mereka dalam kehidupan yang bersifat situasional karena kualitas hidup akan berbeda antara yang sakit dan yang sehat.

1.2.1.2 Dimensi – dimensi Kualitas Hidup

Dimensi-dimensi yang digunakan dalam penelitian ini mengacu pada dimensi-dimensi kualitas hidup yang terdapat pada World Health Organization Quality of Life Bref version (WHOQoL-BREF). Menurut Power dalam Lopez & Snyder (2003) WHOQoL-BREF melihat kualitas hidup dalam empat dimensi, meliputi:

1. Dimensi Kesehatan Fisik, yaitu kesehatan fisik dapat mempengaruhi kemampuan individu untuk melakukan aktivitas. Aktivitas yang dilakukan individu akan memberikan pengalaman-pengalaman baru yang merupakan modal perkembangan ke tahap selanjutnya. Kesehatan fisik mencakup aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat-obatan, energi dan kelelahan, mobilitas, sakit dan ketidaknyamanan, tidur dan istirahat, kapasitas kerja. Hal ini terkait dengan *private self consciousness* yaitu mengarahkan tingkah laku ke perilaku covert, dimana individu lain tidak dapat melihat apa yang dirasakan dan dipikirkan individu secara subjektif.
2. Dimensi Psikologis, yaitu terkait dengan keadaan mental individu. Keadaan mental mengarah pada mampu atau tidaknya individu menyesuaikan diri

terhadap berbagai tuntutan perkembangan sesuai dengan kemampuannya, baik tuntutan dari dalam diri maupun dari luar dirinya. Aspek psikologis juga terkait dengan aspek fisik, dimana individu dapat melakukan suatu aktivitas dengan baik bila individu tersebut sehat secara mental. Dimensi psikologis mencakup *bodily image* dan *appearance*, perasaan positif, perasaan negatif, self esteem, keyakinan pribadi, berpikir, belajar, memori dan konsentrasi, penampilan dan gambaran jasmani. Apabila dihubungkan dengan private self consciousness adalah individu merasakan sesuatu apa yang ada dalam dirinya tanpa ada orang lain mengetahuinya, misalnya memikirkan apa yang kurang dalam dirinya saat berpenampilan.

3. Dimensi Hubungan Sosial, yaitu hubungan antara dua individu atau lebih dimana tingkah laku individu tersebut akan saling mempengaruhi, mengubah, atau memperbaiki tingkah laku individu lainnya. Mengingat manusia adalah makhluk sosial maka dalam hubungan sosial ini, manusia dapat merealisasikan kehidupan serta dapat berkembang menjadi manusia seutuhnya. Hubungan sosial mencakup relasi personal, dukungan sosial, aktivitas seksual. Hubungan sosial terkait akan *public self consciousness* yaitu bagaimana individu dapat berkomunikasi dengan orang lain.
4. Dimensi Lingkungan, yaitu tempat tinggal individu, termasuk di dalamnya keadaan, ketersediaan tempat tinggal untuk melakukan segala aktivitas kehidupan, termasuk di dalamnya adalah saran dan prasarana yang dapat menunjang kehidupan. Hubungan dengan lingkungan mencakup sumber financial, kebebasan, keamanan dan keselamatan fisik, perawatan kesehatan

dan sosial termasuk aksesibilitas dan kualitas; lingkungan rumah, kesempatan untuk mendapatkan berbagai informasi baru maupun ketrampilan; partisipasi dan mendapat kesempatan untuk melakukan rekreasi dan kegiatan yang menyenangkan di waktu luang; lingkungan fisik termasuk polusi, kebisingan, lalu lintas, iklim; serta transportasi. Berfokus pada *public self consciousness* dimana individu memiliki kesadaran dan kepedulian terhadap lingkungan sekitar tempat tinggalnya.

Menurut Anam (2014) kualitas hidup terdiri dari empat dimensi, yaitu kesehatan fisik, kesejahteraan psikologis, hubungan sosial dan hubungan dengan lingkungan.

1. Kesehatan Fisik Kesehatan jasmani adalah keadaan tubuh seseorang yang bersih dari segala penyakit yang berasal dari dalam dan luar tubuh. Kesehatan fisik dicapai melalui gaya hidup sehat.
2. Kesejahteraan Psikologis Kesejahteraan psikologis adalah pencapaian penuh dari potensi psikologis seseorang dan keadaan di mana orang dapat menerima kekuatan dan kelemahan mereka apa adanya, memiliki tujuan hidup, mengembangkan hubungan positif dengan orang lain, menjadi individu yang mandiri, mampu mengendalikan lingkungan dan terus berkembang secara pribadi.
3. Hubungan Sosial adalah kemampuan individu untuk berinteraksi dan bekerja sama dengan individu atau kelompok lain dimana perilaku seorang individu dapat mempengaruhi, mengubah atau memperbaiki perilaku individu lain atau sebaliknya, sehingga terjadi hubungan timbal balik.

4. Hubungan dengan Lingkungan Hubungan dengan lingkungan meliputi keuangan dan kebutuhan untuk merasa aman di lingkungan yang ada. Selain itu, hubungan dengan domain lingkungan meliputi kesehatan individu, kepuasan terhadap tempat tinggal, termasuk adanya kesempatan rekreasi bagi individu.

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa individu dikatakan memiliki kualitas hidup yang baik akan memenuhi aspek kesehatan fisik, kesejahteraan psikologis, hubungan sosial, dan hubungan dengan lingkungan.

1.2.1.3 Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Menurut Degroote, S., Vogelaers, D., & Vandijck (2014) faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pada orang dengan HIV-AIDS yaitu sebagai berikut:

1. Jenis Kelamin

Perbedaan jenis kelamin dalam kualitas hidup juga bisa menjadi konsekuensi dari perbedaan jenis kelamin pada penyakit mental, seperti gangguan mood, gangguan kecemasan, dan gangguan psikosomatik, yang lebih sering terjadi pada wanita daripada pria. Kualitas hidup perempuan lebih rendah dibandingkan laki-laki, perempuan akan lebih cenderung melaporkan kondisi fisik yang kurang baik bagi dirinya dibandingkan laki-laki karena laki-laki diharapkan memiliki sikap yang lebih resilien.

2. Usia

Orang tua dengan HIV-AIDS umumnya dikaitkan dengan kesehatan fisik dan mental yang lebih buruk dan penurunan dramatis dalam kesehatan fisik dan mental dari waktu ke waktu. Sementara itu, kaum muda memiliki kondisi kesehatan fisik dan mental yang baik.

3. Keadaan Keluarga

Hubungan yang stabil dalam keluarga memiliki kontribusi yang baik terhadap kualitas hidup, jika hanya dalam kesehatan fisik. Selain itu, kehadiran anak dalam keluarga merupakan sumber kebahagiaan bagi orang tua, karena anak membantu menstabilkan situasi keluarga.

4. Agama

Tingkat spiritualitas atau agama yang lebih tinggi dikaitkan dengan kualitas hidup orang yang hidup dengan HIV-AIDS. Spiritualitas atau agama berkorelasi dengan persepsi kehidupan yang lebih baik pada orang dengan HIV-AIDS. Selain itu, agama atau spiritualitas juga dapat menjadi koping yang efektif untuk merespon kondisi yang ada pada penderita HIV-AIDS. Hal ini diperkuat dengan penegasan Douaihy dan Singh (2001) bahwa Spiritualitas merupakan dimensi penting untuk merasakan kesejahteraan pada orang dengan HIV-AIDS. Spiritualitas pada orang yang terinfeksi HIV-AIDS dianggap sebagai jembatan antara perasaan putus asa dan makna hidup.

5. Dukungan Sosial

Hubungan antara dukungan sosial dan kualitas hidup bervariasi dari waktu ke waktu. Dukungan sosial dapat secara langsung mempengaruhi kesehatan seseorang atau dapat berfungsi sebagai penyangga untuk mengurangi efek stres terhadap kesehatan seseorang. Dukungan sosial memiliki peran penting dimana hal ini menunjukkan bahwa peningkatan dukungan sosial dapat menurunkan gejala depresi yang pada akhirnya dapat meningkatkan kualitas hidup.

Menurut Nazir (2006) beberapa faktor yang menentukan kualitas hidup adalah sebagai berikut : jenis kelamin, umur, etnis/ras, status pernikahan, pendidikan, penghasilan, status pekerjaan, asuransi kesehatan, serta faktor kesehatan. Selanjutnya faktor tersebut dapat dibedakan menjadi faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal yang berpengaruh terhadap kualitas hidup sebagai berikut: 1) jenis kelamin, wanita mempunyai kualitas hidup yang lebih rendah dibanding laki-laki, 2) umur, penduduk dengan usia > 75 tahun (33,2%) mempunyai kualitas hidup yang buruk dibandingkan usia muda 18-24 tahun hanya 7,5%, 3) etnis ras, 4) faktor kesehatan yaitu adanya penyakit kronik yang dialami seseorang akan menurunkan kualitas hidup. Faktor eksternal yang berhubungan dengan kualitas hidup sebagai berikut : 1) status pernikahan, yakni individu yang belum menikah dan bercerai mempunyai kualitas hidup lebih buruk dibandingkan individu yang berstatus menikah, 2) pendidikan, individu dengan pendidikan sekolah menengah kebawah mempunyai kualitas hidup lebih buruk dibandingkan dengan individu yang berpendidikan tinggi, 3) penghasilan penduduk dengan penghasilan yang tidak bisa mencukupi kebutuhan hidup sehari-hari mempunyai kualitas hidup yang buruk, 4) status pekerjaan, seseorang yang sudah pensiun dan orang yang tidak bekerja mempunyai kualitas hidup yang buruk dibandingkan orang yang bekerja, 5) asuransi kesehatan, seseorang yang tidak punya asuransi kesehatan mempunyai kualitas hidup yang buruk, 6) nilai dan kepercayaan keluarga. Faktor lain yang mempengaruhi kualitas hidup sangat banyak seperti keuangan, kesehatan, keamanan, keadaan lingkungan, dukungan keluarga, dan lingkungan sekitar.

Berdasarkan beberapa pendapat ahli diatas, bisa disimpulkan bahwa faktor kualitas hidup seseorang dapat dibedakan menjadi faktor internal dan eksternal. Adapun dalam faktor internal bahwa kualitas hidup antara laki-laki dan perempuan baik muda ataupun tua itu berbeda dan dalam faktor eksternalnya yaitu bahwa keadaan keluarga dan dukungan sosial memiliki peran penting dimana hal ini dapat meningkatkan kualitas hidup seseorang.

1.2.2 Kajian Tentang Orang Dengan HIV-AIDS

1.2.2.1 Definisi HIV-AIDS

HIV *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) merupakan virus yang menyebabkan penyakit AIDS yang termasuk kelompok retrovirus. Seseorang yang terinfeksi HIV, akan mengalami infeksi seumur hidup. Kebanyakan orang dengan HIV-AIDS (ODHA) tetap asimtomatik (tanpa tanda dan gejala dari suatu penyakit) untuk jangka waktu lama. Meski demikian, sebetulnya mereka telah dapat menularkan orang lain. AIDS sendiri adalah singkatan dari *Acquired Immune Deficiency Syndrome* yang dalam bahasa Indonesia kurang lebih adalah Sindrom Cacat Kekebalan Dapatan, artinya cacat kekebalan tubuh akibat suatu penyakit yang didapat dalam perjalanan hidup penderita (Pelkesi, 1995) Dalam Christina Thomas Sari (2009). AIDS adalah bentuk lanjut dari infeksi HIV, yang merupakan kumpulan gejala menurunnya sistem kekebalan tubuh. Infeksi HIV berjalan sangat progresif merusak sistem kekebalan tubuh, sehingga penderita tidak dapat menahan serangan infeksi jamur, bakteri atau virus. Kebanyakan orang dengan HIV akan meninggal dalam beberapa tahun setelah tanda pertama AIDS muncul bila tidak ada pelayanan dan terapi yang diberikan (Kementerian Kesehatan RI 2012).

AIDS adalah sejenis penyakit yang menyerang sistem kekebalan tubuh disebabkan oleh jenis virus yang khas untuk penyakit ini. Penyakit ini bukan sejenis penyakit keturunan yang diwariskan dari orangtua pada anak-anaknya melainkan penyakit yang didapat dalam perjalanan hidup seseorang. Akibat penurunan daya tahan tubuh penderita, maka berbagai kuman dan jasad renik, yang dalam keadaan normal dapat ditahan dengan baik, akan menyerbu ke dalam darah dan jaringan-jaringan tubuh penderita tersebut. Kuman-kuman tersebut dikatakan bersifat “*opportunistic*” karena mereka memanfaatkan kesempatan yang terbuka untuk menyerbu dan berkembang biak. Beberapa sel abnormal (kanker) memanfaatkan pula kesempatan tersebut untuk memperbanyak diri dan menyebabkan kanker. Manifestasi klinis penyakit ini bukan merupakan gejala gangguan sistem kekebalan tubuh itu sendiri melainkan gejala penyakit infeksi dan kanker oportunistis tersebut yang akan menimbulkan kumpulan gejala klinis(sindrom) yang menentukan tingkat keparahan penyakit AIDS. Dengan arti yang lain, sebelum orang menderita AIDS, tubuhnya terlebih dahulu telah terjadi kerusakan sistem kekebalan tubuh. Akibatnya kerusakan sistem kekebalan tubuh ini, penderita akan menjadi peka terhadap infeksi termasuk kuman yang dalam keadaan normal sebenarnya tidak berbahaya.

1. Gejala HIV-AIDS

Richardson (2002) Dalam Christina Thomas Sari (2009) mengemukakan gejala umum AIDS mencakup hal sebagai berikut:

- 1) Kelelahan yang sangat, yang berlangsung selama beberapa minggu tanpa sebab yang jelas.

- 2) Demam tanpa sebab yang jelas, menggigil kedinginan atau berkeringat berlebihan di malam hari, berlangsung beberapa minggu.
- 3) Hilangnya berat badan lebih dari lima kg dalam waktu kurang dari dua bulan.
- 4) Pembengkakan kelenjar, terutama di leher atau ketiak.
- 5) Sariawan atau terdapat sejenis bisul dan luka bernanah di mulut atau tenggorokan. Sariawan adalah sejenis infeksi yang umumnya terjadi divagina, mengakibatkan keluarnya cairan berwarna putih yang mengganggu. Pada lelaki, jamur ini mungkin timbul berupa bintik-bintik putih yang mengganggu di ujung penis atau munculnya kotoran putih yang keluar dari anus.
- 6) Diare terus-menerus.
- 7) Nafas menjadi pendek, lambat laun menjadi buruk setelah beberapa minggu, disertai batuk kering yang tidak diakibatkan oleh rokok dan berlangsung lebih lama daripada batuk karena flu berat.
- 8) Bisul atau jerawat baru, berwarna merah muda atau ungu, biasanya tidak sakit, muncul di kulit bagian mana saja, termasuk di mulut atau kelopak mata.

Dalam banyak kasus luka-luka tersebut dapat juga timbul organ bagian dalam seperti selaput paru-paru, usus, atau anus. Awalnya, luka-luka itu tampak seperti luka melepuh berdarah atau memar, tetapi tidak memucat jika ditekan dan tidak hilang. Terdapat hal yang perlu diingat adalah bahwa tidak semua orang yang terinfeksi HIV-AIDS langsung menunjukkan gejala klinik, bahkan penderita virus

tersebut tidak mengetahui, apa lagi keluarga maupun lingkungannya dia tinggal. Bisa dibayangkan penularan virus ini akan berkembang dengan pesat. Untuk mengetahui terinfeksi HIV-AIDS diperlukan uji klinis yang berulang untuk memastikan positif HIV. Di sisi lain, bila si pengidap HIV-AIDS tersebut mengetahui uji klinisnya menunjukkan bahwa dia reaktif, dia tidak mau memberitahukan kepada orang lain termasuk orang terdekat, karena dia tidak mau dikucilkan atau tidak diterima oleh keluarga dan masyarakat. HIV merupakan virus penyebab AIDS, namun tidak semua penderita akhirnya mengidap AIDS, berdasarkan studi yang pertama menunjukkan, sekitar satu dari sepuluh orang yang tertular virus ini akhirnya menderita AIDS

1.2.2.2 Penularan Virus HIV-AIDS

Dalam penularan atau transmisi pengidap AIDS disebabkan oleh berbagai faktor seperti yang dikemukakan pelkasi (1995) Dalam Christina Thomas Sari (2009) Faktor-faktor transmisi tersebut antara lain:

1. Penularan seksual

Cara hubungan seksual ono-genital merupakan perilaku seksual yang beresiko tinggi bagi penularan HIV, oleh karena mukosa rectum sangat tipis dan mudah sekali mengalami perlukaan saat melakukan hubungan seksual secara ono-genital. Dari perhitungan statistik, resiko tertular HIV-AIDS melalui hubungan seksual 0.1% - 1%. Hal yang menarik perhatian adalah kemungkinan penularan yang dilakukan, artinya ada yang baru beberapa kali saja dengan pengidap HIV-AIDS telah dapat tertular.

1.2.2.3 Penularan non-seksual

1. Penularan pasental : yaitu suatu penularan melalui darah atau produk darah yang tercemar HIV-AIDS. Artinya jika darah orang yang terjangkit HIV-AIDS itu masuk ke dalam darah orang normal bisamelalui jarum yang tidak steril ataupun bergantian jarum suntik dari pengguna narkotika, maka akan mudah sekali terinfeksi.
2. Penularan transpasental yaitu penularan dari ibu hamil mengidap HIV-AIDS kepada bayi kandungannya. Bayi itu kesakitan ketika masih dalam kandungan atau ketika sedang dilahirkan. Ada juga resiko tertentu penularan melalui pemberian air susu ibu. Segera setelah HIV-AIDS memasuki tubuh seseorang, maka orang tersebut berpotensi menularkan HIV-AIDS kepada orang lain. Beberapa kelompok orang yang beresiko tinggi terhadap HIV-AIDS antara lain:
 - 1) Mereka yang mempunyai banyak pasangan seksual (homo dan heteroseksual) seperti wanita tuna susila, mucikari, kelompok homoseks, biseks, dan waria.
 - 2) Penerima transfusi darah dari darah seseorang yang sebelumnya sudah terinfeksi HIV.
 - 3) Bayi yang dilahirkan dari ibu yang terkena virus HIV.
 - 4) Pecandu narkotik suntikan yang dipakai secara bersamaan dan tidak disterilkan lebih dahulu.
 - 5) Orang yang menggunakan jasa dengan alat tusuk seperti akupuntur, tato, tindik yang dipakai orang yang telah terinfeksi HIV.
 - 6) Pasangan dari pengidap AIDS yang menularkan pada pasangannya.
 - 7) Remaja yang melakukan free seks dan kurang memperhatikan

- 8) Kesehatan dan keamanan, sehingga kemungkinan remaja tertular HIV-AIDS lebih besar.

Dari uraian ini dapat disimpulkan HIV-AIDS tidak begitu mudah menular dan penularan dapat dicegah apabila diambil langkah yang tepat, yaitu memakai kondom bila berhubungan seksual dengan orang yang tidak diketahui status HIV-nya, skrinning darah, dan pemakaian alat suntik yang disterilisasi.

1.2.3 Kajian Tentang Ibu Rumah Tangga

1.2.3.1 Pengertian Ibu Rumah Tangga

Berdasarkan Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI, 2005) pengertian ibu rumah tangga adalah seorang ibu yang mengurus keluarga saja. Menurut Joan (Widiastuti, 2009), menjelaskan pengertian ibu rumah tangga sebagai wanita yang telah menikah dan menjalankan tanggung jawab mengurus kebutuhan-kebutuhan di rumah. Sedangkan menurut pendapat Walker dan Thompson (Mumtahinnah, 2011) ibu rumah tangga adalah wanita yang telah menikah dan tidak bekerja, menghabiskan sebagian waktunya untuk mengurus rumah tangga dan mau tidak mau setiap hari akan menjumpai suasana yang sama serta tugas-tugas rutin. Menurut Fredian dan Maule (Kartono, 2001) masyarakat tradisional memandang fungsi utama wanita dalam keluarga adalah membesarkan dan mendidik anak.

Berdasarkan pendapat ahli diatas, bisa disimpulkan bahwa ibu rumah tangga adalah wanita yang telah menikah dan tidak bekerja, tetapi mengurus kebutuhan rumah, membesarkan dan mendidik anak.

1.2.3.2 Peran Ibu Rumah Tangga

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI, 2005) ibu rumah tangga merupakan suatu karakter yang harus dimainkan oleh seseorang sesuai dengan

kedudukan dan status yang dimiliki seseorang, berarti peran seorang ibu rumah tangga merupakan suatu yang harus dimainkan oleh seorang ibu rumah tangga tergantung pada kondisi sosial dan budaya yang dimiliki oleh seseorang.

Menurut Kartono (2001), ibu memiliki peranan sebagai berikut:

1. Peranan sebagai istri, mencakup sikap hidup yang mantap, mampu mendampingi suami dalam semua situasi yang disertai rasa kasih sayang, kecintaan, loyalitas dan kesetiaan pada partner hidupnya.
2. Peranan sebagai partner seks, mengimplikasi hal sebagai berikut: terdapatnya hubungan hetero-seksual yang memuaskan, tanpa disfungsi (gangguan-gangguan fungsi) seks.
3. Fungsi sebagai ibu dan pendidik, bila ibu tersebut mampu menciptakan iklim psikis yang baik, maka terciptalah suasana rumah tangga menjadi semarak, dan bisa memberikan rasa aman, bebas, hangat, menyenangkan serta penuh kasih sayang.
4. Peranan wanita sebagai pengatur rumah tangga, dalam hal ini terdapat relasi-relasi formal dan pembagian kerja (division of labour), dimana suami bertindak sebagai pencari nafkah, dan istri berfungsi sebagai pengurus rumah tangga.

Menurut Mulyati dalam Respati (2013) peran ibu rumah tangga adalah mengurus rumah tangganya, merawat dan mendidik anaknya. Peran tersebut merupakan kodrat dan kewajiban yang harus dijalani oleh wanita. Selain itu ibu rumah tangga memiliki peran utama yang dilakukan sesuai dengan fitrah kewanitaan (hamil, menyusui, membina anak, membesarkan anak) merupakan inti aktivitasnya.

1.2.3.3 Ibu Rumah Tangga Dengan HIV-AIDS

Menurut Kementerian Kesehatan (2023) ibu rumah tangga yang terinfeksi HIV-AIDS berisiko tinggi untuk menularkan virus kepada anaknya. Penularan bisa terjadi sejak dalam kandungan, saat proses kelahiran, atau saat menyusui. Secara umum, penularan HIV-AIDS melalui jalur ibu ke anak menyumbang sebesar 20–45% dari seluruh sumber penularan HIV-AIDS lainnya seperti melalui *sex*, jarum suntik dan transfusi darah yang tidak aman. Dampaknya, sebanyak 45% bayi yang lahir dari ibu yang positif HIV-AIDS akan lahir dengan HIV-AIDS. Dan sepanjang hidupnya akan menyandang status HIV-AIDS positif.

1.2.4 Intervensi Pekerjaan Sosial Pada Orang Dengan HIV-AIDS

1.2.4.1 Pelayanan Sosial dalam Membantu Orang Dengan HIV-AIDS

Pemerintah melalui Kementerian Sosial memberikan pelayanan berupa rehabilitasi bagi Orang Dengan HIV-AIDS. Rehabilitasi sosial adalah segenap upaya untuk memenuhi kebutuhan dan mengurangi pengaruh negatif yang disebabkan oleh kondisi yang dialami klien ODHA, sehingga dapat menjalankan fungsi sosial dengan baik dan dapat kembali beraktivitas secara penuh. Rehabilitasi sosial ODHA dilaksanakan melalui kegiatan bimbingan sosial, pemenuhan kebutuhan pokok, pemberian keterampilan, pendidikan, konseling/terapi, pemberian bantuan/ fasilitas, & pembinaan lanjut. Tujuan rehabilitasi sosial adalah memulihkan kembali rasa harga diri, percaya diri, kesadaran serta tanggung jawab terhadap masa depan diri, keluarga maupun masyarakat atau lingkungan sosialnya. Rehabilitasi sosial pada akhirnya akan memulihkan kembali kemauan dan kemampuan klien ODHA untuk dapat melaksanakan fungsi sosial secara wajar.

1.2.4.2 Peranan Pekerja Sosial dalam Membantu Orang Dengan HIV-AIDS

Peran pendamping merupakan serangkaian perilaku yang diharapkan membantu dan mencari jalan terhadap berbagai permasalahan yang dihadapi klien dengan cara mendampinginya, Parson dalam Suharto (2010). Terdapat beberapa peran yang dapat dilakukan pekerja sosial dalam melakukan pendampingan terhadap ODHA yaitu :

1. Broker

Pekerja sosial berperan sebagai broker dengan cara menghubungkan kebutuhan ODHA dengan sumber-sumber yang ada disekitarnya. Penting bagi ODHA untuk mengetahui seperti apa HIV-AIDS itu, dimana ODHA bisa mendapatkan pelayanan kesehatan, dan informasi-informasi terkait ODHA lainnya. Pekerja sosial berperan memberikan informasi atau menghubungkan informasi yang dibutuhkan ODHA tersebut. Informasi mengenai ODHA tersebut perlu diberikan dengan baik agar tidak terjadi salah persepsi. Misalnya informasi yang benar terkait cara penularan virus ini. ODHA tidak akan menularkan virusnya hanya melalui makan dan minum bersama, pemakaian fasilitas umum bersama, seperti telepon umum, WC umum, dan kolam renang, senggolan, pelukan dan kegiatan sehari-hari lainnya atau lewat keringat, dan gigitan nyamuk. Sebagai broker, pekerja sosial juga dapat berperan menghubungkan ODHA dengan sumber mata pencaharian yang baru jika dibutuhkan.

2. Fasilitator

Pekerja Sosial menjadi fasilitator dengan cara memfasilitasi ODHA agar mampu menangani tekanan psikis dan sosial yang dialami. Tidak mudah bagi ODHA untuk menerima kenyataan bahwa dirinya menderita penyakit yang ditakuti

banyak masyarakat. ODHA cenderung bersikap menyalahkan keadaan, tidak bisa menerima keadaan. Banyak ODHA merasa cemas tidak akan lagi diterima di keluarga, lingkungan dan masyarakatnya serta ketakutan untuk menyongsong masa depan sehingga ODHA tidak lagi mau bergaul, tidak mau melanjutkan pendidikan atau bahkan melakukan bunuh diri. Sebagai fasilitator, pekerja sosial juga berperan memberikan motivasi kepada para penderita terutama yang baru mengetahui dirinya terjangkit penyakit HIV-AIDS. Pekerja sosial dapat membangkitkan semangat ODHA karena meskipun tidak dapat disembuhkan namun dapat diperpanjang masa hidupnya dengan obat-obatan tertentu. Meski tidak bisa menyembuhkan, terapi ARV (*antiretroviral therapy*) bisa memperpanjang hidup pengidap HIV-AIDS positif dan membuat mereka hidup lebih produktif.

3. Konselor

Peran pekerja sosial yaitu membantu klien untuk memahami dan menyadari permasalahan yang dihadapinya, memahami potensi yang dimilikinya serta membimbing untuk menemukan atau memberikan cara pemecahan yang dibutuhkan.

4. Mediator

Pekerja sosial sebagai mediator berperan menjadi penengah antara ODHA dengan sistem lingkungan yang menghambatnya. Misalnya menjadi penengah antara ODHA dengan keluarganya, temannya, pasangannya, atau dengan institusi pekerjaan atau pendidikan yang dinaunginya. Lingkungan sekitar ODHA membuat stigma tidak baik, mereka menganggap ODHA tidak bisa

hidup normal dan kehilangan hak reproduksi mereka. Padahal jika ditangani dengan tepat, ODHA dapat hidup normal dan berdampingan dengan lingkungan sekitarnya. Oleh karena itu, pekerja sosial perlu jadi mediator antara ODHA dengan lingkungannya.

5. Enabler

Peran pekerja sosial yaitu mendorong klien untuk dapat menolong diri sendiri dengan memanfaatkan atau menggunakan motivasi, kapasitas serta kekuatan yang dimiliki klien untuk mencapai manfaat yang optimal.

6. Advokat

Pekerja sosial berperan sebagai pembela dengan cara mengidentifikasi bebrbagai aturan dan prosedur yangberkaitan dengan pembelaan hak ODHA dalam memenuhi kebutuhannya seperti dari diskriminasi. Pekerja sosial perlu membela ODHA dari diskriminasi dan berhubungan langsung dengan pihak yang merugikan dan melakukan tindakan pembelaan dengan memberikan kekuatan serta memberikan kebebasan kepada kepada klien untuk mendapatkan kembali hak-haknya.

1.2.4.3 Sistem Sumber Pekerjaan Sosial

Pincus dan Minahan dalam Dwi Heru Sukoco (2021:15) adapun sistem sumber yang dimaksud sebagai berikut :

1. Sistem Sumber Informal atau alamiah (*informal of natural resource systems*).

Dapat berupa keluarga, teman, tetangga, maupun orang-orang lain yang bersedia membantu. Bantuan dapat digali dan dimanfaatkan dari sumber-

sumber alamiah tersebut adalah dukungan emosional, kasih sayang, nasehat, informasi, dan pelayanan-pelayanan kongkrit lainnya.

2. Sistem Sumber Formal (*formal resource systems*). Keanggotaannya di dalam suatu organisasi atau asosiasi formal yang bertujuan untuk meningkatkan minat anggota mereka. Sistem sumber tersebut juga dapat membantu anggotanya untuk bernegosiasi dan memanfaatkan sistem sumber kemasyarakatan.
3. Sistem Sumber Kemasyarakatan (*societal resource system*). Dapat berupa rumah sakit, badan-badan sosial, badan-badan adopsi, program-program latihan kerja, pelayanan-pelayanan resmi, dan sebagainya. Orang dalam kehidupan terkait dengan sistem sumber kemasyarakatan, seperti sekolah, pusat-pusat perawatan anak, penempatan-penempatan tenaga kerja, program-program tenaga kerja, dan sebagainya. Orang terkait dengan badan-badan pemerintah dan pelayanan-pelayanan umum lainnya seperti: kepolisian, tempat-tempat rekreasi, dan pelayanan perumahan.

1.2.4.4 Sistem Dasar Pekerjaan Sosial

Sistem Dasar Pekerjaan Sosial menurut Dwi Heru Sukoco dalam Maha Neni (2015) adapun sistem dasar pekerjaan sosial sebagai berikut :

1. Sistem Pelaksana Perubahan (*Change Agent System*) sistem ini menunjuk pada sekelompok yang tugasnya memberikan bantuan atas dasar keahlian yang berbeda dan bekerja sama dengan sistem yang berbeda. Pelaksana perubahan yang utama adalah orang yang bertanggung jawab. Pelaksana perubahan sebagai seorang pemberi bantuan yang secara khusus dipekerjakan untuk tujuan mengadakan perubahan berencana.

2. Sistem Klien (*Client System*) Klien yang dimaksud bisa orang : individu, kelompok, masyarakat. Klien adalah setiap orang yang diharapkan menerima pelayanan dari pelaksana perubahan dan juga yang meminta bantuan dan terlibat dalam pelayanan yang diberikan oleh pekerja sosial. Orang – klien – ada kontrak. Sistem klien dapat diperbesar bidang cakupannya atau memperkecil. Sistem klien adalah orang-orang yang telah memberikan kewenangan atau meminta bantuan didalam usaha perubahan dan melibatkan diri mereka. Suatu persetujuan kerja atau kontrak dengan pekerja sosial.
3. Sistem Sasaran (*Target System*) orang-orang yang dijadikan sasaran perubahan dimana perubahan yang terjadi diharapkan dapat mempengaruhi dan pencapaian tujuan pertolongan. Seorang pekerja sosial bekerja sama dengan klien menentukan tujuan perubahan dan menentukan orang tertentu yaitu sasaran, agar tujuan dapat dicapai.
4. Sistem Kegiatan (*Action System*) orang-orang bersama-sama pekerja sosial berusaha untuk menyelesaikan tugas-tugas dan mencapai tujuan usaha-usaha perubahan. Tujuan penggunaan sistem kegiatan adalah untuk mempengaruhi orang-orang yang masih menjadi klien potensial agar beralih menjadi klien aktual.

1.2.4.5 Metode dan Teknik Pekerjaan Sosial

Metode intervensi pekerjaan sosial merupakan sebuah upaya untuk memperbaiki keberfungsian sosial dari individu, kelompok, maupun komunitas. Menurut Rukminto (2013) metode intervensi pekerjaan sosial terbagi sebagai berikut :

1. Intervensi Pekerja Sosial pada Individu dan Keluarga (*Social Case Work*) yaitu, Metode pekerjaan sosial pada individu dan keluarga pada dasarnya berkaitan dengan upaya memperbaiki atau meningkatkan keberfungsian sosial dari individu atau individual social functioning yang bertujuan agar individu dan keluarga tersebut dapat berperan dengan baik sesuai dengan peran dan fungsi sosial yang mereka miliki. Dalam hal ini keluarga menjadi fokus intervensi karena masalah yang dihadapi individu biasanya dipengaruhi oleh anggota keluarga mereka. Salah satu teknik dalam *social case work* yaitu, konseling individu salah satu teknik konseling yang dapat digunakan yaitu konseling perorangan atau disebut juga dengan konseling individual. Konseling individual adalah sebuah layanan bimbingan dan konseling yang memungkinkan konseli mendapatkan layanan secara perorangan oleh seorang konselor dalam rangka pembahasan pengetasan masalah pribadi yang diderita oleh konseli Sofyan dalam Lini Larasati (2022).
2. Intervensi Pekerja Sosial pada Kelompok (*Social Group Work*) yaitu, Metode intervensi pekerjaan sosial dengan kelompok merupakan suatu metode yang dilakukan terhadap seseorang dalam suatu kelompok untuk meningkatkan keberfungsian sosialnya di dalam kelompok tersebut. Dengan kata lain metode sosial kelompok adalah suatu metode untuk mengembangkan relasi sosial dimana kelompok digunakan sebagai medianya karena kelompok itu memiliki kekuatan terhadap anggotanya itu sendiri untuk meningkatkan kualitas hidupnya. Salah satu teknik dalam *Social Group Work* yaitu, teknik dinamika kelompok definisi singkat dinamika kelompok yang dikemukakan oleh Jacobs,

Harvill dan Manson (1994); dinamika kelompok adalah kekuatannya yang saling mempengaruhi hubungan timbal balik kelompok dengan interaksi yang terjadi antara anggota kelompok dengan pemimpin yang diberi pengaruh kuat pada perkembangan kelompok. Teknik ini digunakan sebagai upaya meningkatkan partisipasi dan sistem klien untuk dapat lebih memahami dan dapat menerapkan mengenai kedua hal tersebut melalui kekuatan yang saling mempengaruhi hubungan timbal balik kelompok dengan interaksi yang terjadi antar anggota kelompok

3. Intervensi Pekerjaan Sosial pada Komunitas dan Organisasi (*Community Organization Community Development*) yaitu, Metode intervensi pekerjaan sosial komunitas merupakan metode yang diarahkan pada upaya mengubah masyarakat pada tingkatan yang lebih luas jangkauannya, seperti di tingkat provinsi. Dengan kata lain metode intervensi ini berfokus pada strategi dalam pengembangan masyarakat, seperti pembangunan ekonomi, kebutuhan dasar, dan kesejahteraan sosial rakyat di suatu negara.

1.2.4.6 Tipe – tipe Kelompok Dalam Metode Pekerjaan Sosial Kelompok (*Social Group Work*)

Hal ini sesuai dengan yang dikatakan oleh Garvin dalam Koswara (2011) bahwa mengubah perilaku individu melalui kelompok lebih efektif daripada upaya perubahan secara individual. Menurut Garvin dalam Koswara (2011) terdapat sembilan tipe kelompok dalam metoda pekerjaan sosial kelompok, yakni:

1. Kelompok Percakapan Sosial (*Social Conversation Group*)

Percakapan sosial ini sering digunakan untuk tujuan menguji dan menentukan seberapa dalam suatu hubungan dapat dikembangkan antara orang-orang yang

belum saling mengenal dengan baik. jika topiknya dangkal, subyek pembicaraan mudah berubah. Individu-individu yang menjadi anggota kelompok ini mungkin memiliki tujuan-tujuan tersendiri, tetapi tujuan-tujuan tersebut tidak perlu menjadi agenda kelompok secara keseluruhan.

2. Kelompok Rekreasional (*Recreational Group*)

Tujuan kelompok ini adalah memberikan kegiatan-kegiatan untuk kesenangan. Kegiatan-kegiatan sering bersifat spontan, tidak harus ada pemimpin, tempat dan peralatan tidak perlu banyak, artinya akomodasi bersifat praktis, contoh permainan terbuka di lapangan, permainan terbuka di ruangan, permainan atletik informal, dan perkemahan remaja. Beberapa lembaga menyediakan tempat khusus berupa ruangan fisik untuk rekreasi ini.

3. Kelompok Rekreasional Keterampilan (*Recreation Skill Group*)

Tujuan kelompok ini untuk meningkatkan beberapa keterampilan dan dalam waktu bersamaan memberikan kesenangan. Kelompok memerlukan penasehat, pelatih, instruktur dan lebih berorientasi pada aturan permainan.

4. Kelompok Pendidikan (*Education Group*)

Fokus kelompok ini untuk memperoleh pengetahuan dan mempelajari keterampilan yang lebih kompleks. Pemimpinnya biasanya seorang yang profesional yang benar-benar terlatih dan ahli dalam bidang tertentu.

5. Kelompok Sosialisasi (*Socialization Group*)

Secara umum tujuannya yaitu untuk mengembangkan atau mengubah sikap-sikap dan perilaku-perilaku anggota kelompok agar dapat lebih diterima secara sosial. fokus-fokus lainnya adalah pengembangan ketrampilan

sosial, meningkatkan kepercayaan diri dan merencanakan masa depan, misal: bekerja untuk sekelompok lanjut usia pada rumah perawatan (panti) untuk memotivasi mereka agar mau terlibat dalam berbagai kegiatan.

6. Kelompok Penyembuhan (*Therapeutic Group*)

Pada umumnya kelompok-kelompok terapi ini terdiri dari orang-orang yang memiliki masalah-masalah emosional yang agak berat. Misalnya orang-orang yang mempunyai kepribadian ganda, kelainan jiwa, histeris. Pemimpin kelompok ini memerlukan ketrampilan/keahlian persepsi, pengetahuan tentang perilaku manusia, dinamika kelompok, kemampuan melakukan konseling kelompok, serta mampu menggunakan kelompok untuk mengubah perilaku. Sama dengan konseling one-to-one, tujuan kelompok terapi adalah membuat anggota supaya dapat mengeksplorasi masalah-masalah mereka secara mendalam, dan kemudian mengembangkan satu atau lebih strategi untuk mengatasi masalah tersebut. Terapis kelompok biasanya menggunakan beberapa pendekatan psychotherapy sebagai pedoman untuk mengubah sikap atau perilaku anggota misalnya: psikoanalisis, terapi realitas teori belajar, terapi rasional, analisis transaksi, terapi yang terpusat pada klien dan psikodrama.

7. Kelompok Pengambilan Keputusan dan Pemecahan Masalah (*Decision Making and Problem Solving Group*)

Pemberi pelayanan menggunakan pertemuan-pertemuan untuk mencapai tujuan suatu rencana pengembangan bagi seorang klien atau sekelompok klien. Kelompok harus dapat memutuskan bagaimana mengalokasikan sumber-

sumber dana yang terbaik, juga memutuskan bagaimana memperbaiki pelaksanaan pelayanan bagi klien, merubah keputusan-keputusan kebijakan dari lembaga, memutuskan bagaimana memperbaiki usaha-usaha koordinasi dengan lembaga-lembaga lain.

8. Kelompok Bantu-diri (*Self-Help Group*)

Kelompok bantu diri menjadi semakin populer dan sering dianggap berhasil dalam membantu individu-individu yang mempunyai masalah pribadi atau masalah sosial. Menurut Katz dan Bender, definisi kelompok bantu diri adalah : suatu kelompok kecil yang disusun untuk membantu (Mutual aid) dan untuk mencapai tujuan khusus serta bersifat sukarela. Kelompok bantu diri ini dapat dibagi menjadi beberapa bentuk :

- 1) Kelompok yang memiliki fokus perhatian pada pemecahan masalah yang dialami oleh diri sendiri ,seperti kelompok penyandang masalah narkoba,alkoholis dll
- 2) Kelompok yang memiliki fokus pada advokasi sosial (pembela) seperti kelompok yang hak-hak penyandang cacat ,kelompok yang memperjuangkan hak-hak kaum homoseksual dll
- 3) Kelompok yang memiliki fokus untuk menciptakan pola hidup alternatif .misalnya kelompok-kelompok keagamaan yang menciptakan alternatif kehidupan baru untuk mencapai ketenangan atau kebahagiaan yang hakiki.
- 4) Kelompok orang-orang yang merasa dirinya tersisih /tersingkir. kelompok ini memberikan perlindungan kepada orang-orang yang merasa tertekan oleh anggapan-anggapan buruk dari masyarakat seperti kelompok eks

narapidana, eks penyandang narkoba, eks pelacur, OHIDA (orang yang hidup dengan penderita aids)

5) Kelompok gabungan dari masalah-masalah diatas (point a s/d d)

9. Kelompok Melatih Kepekaan (*Sensitivity Group* atau *Encounter Group*)

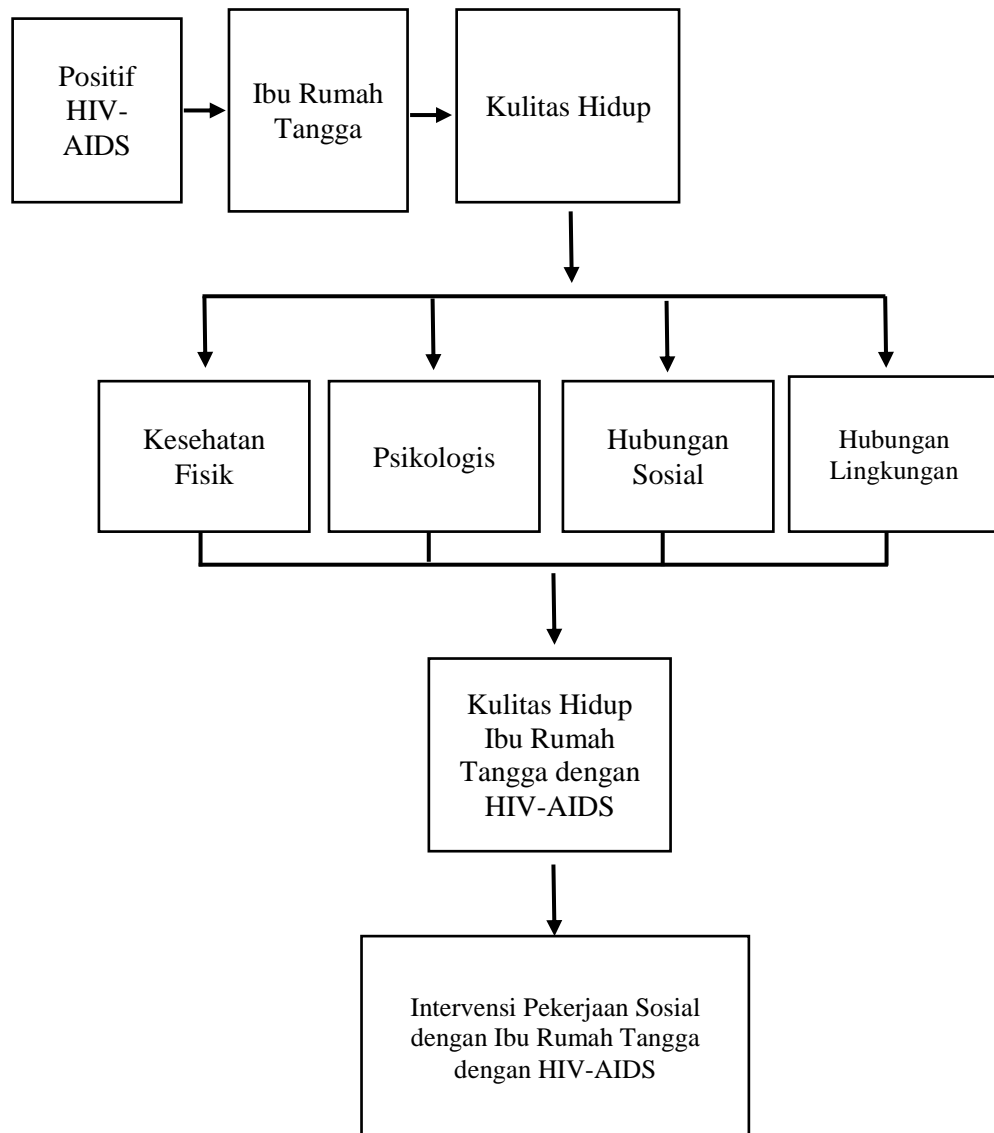
Encounter Group (kelompok pertemuan) *sensitivity training* (pelatihan kepekaan) dan *training group* adalah istilah-istilah yang sering dianggap sama. Inti dari kegiatan kelompok ini adalah melakukan percakapan yang mendalam dengan sepenuh hati dan jujur tentang mengapa mereka berperilaku seperti itu dalam kelompok, tujuan kelompok ini yaitu untuk memperbaiki masalah kesadaran antar pribadi (*interpersonal problem*). Untuk mencapai suatu perubahan maka di perlukan tahap-tahap:

- 1) *Unfreezing* (Pencairan). Tahap pertama *Unfreezing* terjadi ketika harapan-harapan kita tidak tercapai, pemimpin biasanya mulai dengan pernyataan yang mendorong anggota-anggota kelompok untuk berpartisipasi, terbuka dan jujur serta mengharapkan perasaan menjadi berbeda (mencair)
- 2) *Change*. Tahap kedua dari proses tersebut yaitu *change*, yaitu dengan reaksi-reaksi spontan, atau memberikan *feedback* (umpan balik) kepada orang lain.
- 3) *Refreezing* (Pembekuan kembali). Tahap ketiga adalah *Refreezing* yaitu pembekuan kembali, dimana perubahan yang telah di capai diusahakan tidak mengalami perubahan atau penurunan sehingga perlu pembekuan. tujuan tahap ini adalah perubahan dapat berjalan secara berkelanjutan sehingga dapat berinteraksi secara efektif.

1.3 Kerangka Pemikiran

Kerangka pikiran dalam suatu penelitian perlu dikemukakan apabila dalam penelitian tersebut berkenaan dengan dua variabel atau lebih. Apabila penelitian hanya membahas satu variabel atau variabel yang diteliti berdiri secara mandiri, maka peneliti di samping mengemukakan deskripsi teoritis untuk masing-masing variabel, juga argumentasi terhadap variasi besaran variabel yang diteliti Sapto Haryoko dalam Sugiyono (60:2017).

Namun demikian, peneliti mencoba menggambarkan hasil analisis terhadap aspek-aspek yang mempengaruhi variabel penelitian tentang “Kualitas Hidup” Ibu Rumah Tangga dengan HIV-AIDS di Organisasi Female Plus Kota Bandung sebagai berikut :



Bagan 2.1 Kerangka Pemikiran