

BAB 4

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan disajikan mengenai hasil penelitian dan pembahasan. Hasil penelitian yang meliputi data umum dan data khusus. (1) data umum meliputi gambaran umum lokasi penelitian dan demografi responden. (2) data khusus meliputi data personal tentang aktivitas spiritual, kualitas hidup ODHA , serta hubungan aktivitas spiritual dengan kualitas hidup ODHA (Orang dengan HIV/AIDS).

4.1 Data Umum

4.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Jaringan Orang terinfeksi HIV/AIDS (JOTHI) sebagai salah satu jaringan populasi kunci. Dibentuk di Jakarta pada MUNAS yang pertama dan dihadiri oleh 7 propinsi pada tanggal 17 Maret 2008. JOTHI mempunyai 3 ruh dalam membangun kemitraan yaitu mantra taktis, strategis dan idiologi dan diakui oleh pemerintah serta mempunyai AD dan ART dalam pelaksanaannya, Kantor JOTHI,dijawa timur terletak didaerah rungkut Surabaya. JOTHI berbeda dengan LSM lain karena semua pengurus JOTHI adalah ODHA,baik ketua,skertaris (BPH),maupun tenaga pendamping.Visi JOTHI Menurunkan penyebaran HIV dan kematian karena AIDS serta tegaknya hak asasi manusia dikalangan orang dengan HIV/AIDS (ODHA),sedangkan MISI JOTHI, (1) Mendorong stakeholder sebagai leading sector untuk berpihak pada kebijakan public.(2) Melakukan kordinasi dengan lembaga pemerintah dan non pemerintah dalam upaya pencegahan dan penanganan HIV/AIDS secara komperhensif .(3) Membangun kemitraan yaitu mantra taktis,strategis dan idiologi

4.1.2 Demografi Responden

1. Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin

Tabel 4.1 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

No	Jenis kelamin	Jumlah	Prosentase (%)
1.	Laki-laki	16	53
2.	Perempuan	14	47
Jumlah		30	100

Sumber : data primer Mei 2017, LSM JOTHI Surabaya

Berdasarkan tabel 4.1 menunjukkan bahwa responden Laki-Laki sebanyak 16 orang (53 %)

2. Distribusi Responden Berdasarkan Usia

Tabel 4.2 Distribusi Responden Berdasarkan Usia

No.	Usia	Jumlah	Prosentase (%)
1.	23-27	4	13
2.	28-32	2	7
3.	33-37	10	33
4.	38-42	7	24
5.	43-47	4	13
6.	48-52	3	10
Total		30	100

Sumber: data primer Mei 2017, LSM JOTHI Surabaya

Berdasarkan tabel 4.2 menunjukkan bahwa sebagian besar responden berusia 33-37 tahun sebanyak 10 orang (33%), sedangkan sebagian kecil responden yang berusia 28-32 tahun yaitu sebanyak orang 2 orang (7 %).

3. Distribusi Responden Berdasarkan Riwayat Pendidikan

Tabel 4.3 Distribusi Responden Berdasarkan Riwayat Pendidikan

No	Riwayat pendidikan	Jumlah	Prosentase (%)
1.	SD	1	3
2.	SMP	1	3
3.	SMA	24	80
4.	D3	2	7
5	S1	2	7
Jumlah		30	100

Sumber: data primer Mei 2017, LSM JOTHI Surabaya

Berdasarkan tabel 4.3 menunjukkan bahwa sebagian besar responden dengan riwayat pendidikan SMA sebanyak 24 orang (80 %), dan sebagian kecil responden dengan riwayat pendidikan sebanyak SD dan SMP 1 orang (3 %).

4. Distribusi Responden Berdasarkan Riwayat Pekerjaan

Tabel 4.4 Distribusi Responden Berdasarkan Riwayat Pekerjaan

No	Riwayat pekerjaan	Jumlah	Prosentase (%)
1.	Tidak bekerja	12	40
2	Pegawai negeri	1	4
3.	Wiraswasta	10	33
4.	Lain-lain	7	23
Jumlah		30	100

Sumber: data primer Mei 2017, LSM JOTHI Surabaya

Berdasarkan tabel 4.4 menunjukkan bahwa sebagian besar responden tidak Bekerja sebanyak 12 orang (40 %), dengan riwayat pekerjaan pegawai negeri sebanyak 1 orang (4%)

5. Distribusi Responden Berdasarkan Status

Tabel 4.5 Distribusi Responden Berdasarkan Status

No	Status	Jumlah	Prosentase (%)
1.	Janda	7	23
2.	Duda	6	20
3.	Menikah	5	17
4.	Tidak menikah	12	40
Jumlah		30	100

Sumber: data primer Mei 2017, LSM JOTHI Surabaya

Berdasarkan tabel 4.5 menunjukkan bahwa sebagian besar responden dengan status tidak menikah sebanyak 12 orang (40%), sedangkan sebagian kecil responden dengan status menikah sebanyak 5 orang (17%).

6. Distribusi Responden Berdasarkan Lama Terinfeksi HIV

Tabel 4.6 Distribusi Responden Berdasarkan lama Terinfeksi HIV

No	Lama terkena HIV	Jumlah	Prosentase (%)
1.	1-3 Tahun	10	33
2.	4-6 Tahun	8	27
3.	7-9 Tahun	4	13
4.	10-12 Tahun	2	7
5	13-15 Tahun	1	3
6	16-18 Tahun	5	17
Jumlah		30	100

Sumber: data primer Mei 2017, LSM JOTHI Surabaya

Berdasarkan tabel 4.6 menunjukkan bahwa sebagian besar responden dengan lama terkena HIV 1-3 tahun sebanyak 10 orang (33 %) , sedangkan sebagian kecil responden dengan lama terkena HIV 13-15 tahun sebanyak 1 orang (3 %)

7. Distribusi Responden Berdasarkan Sumber Penularan

Tabel 4.7 Distribusi Responden Berdasarkan Sumber Penularan

No	Sumber Penularan	Jumlah	Prosentase (%)
1.	Homoseksual	12	40
2.	Heteroseksual	1	4
3.	Injection Drug User	7	23
4.	Istri dengan pasangan HIV +	10	33
Jumlah		30	100

Sumber: data primer Mei 2017, LSM JOTHI Surabaya

Berdasarkan tabel 4.7 menunjukkan bahwa sebagian besar responden dengan Sumber penularan Homoseksual sebanyak 12 orang (40 %) , sedangkan sebagian kecil responden dengan heteroseksual sebanyak 1 orang (4 %)

8. Distribusi Responden Berdasarkan Status HIV

Tabel 4.8 Distribusi Responden Berdasarkan Status HIV

No	Sumber Penularan	Jumlah	Prosentase (%)
1.	Asymptomatic	18	60
2.	Symptomatic	8	27
3.	AIDS	4	13
Jumlah		30	100

Sumber: data primer Mei 2017, LSM JOTHI Surabaya

Berdasarkan tabel 4.8 menunjukkan bahwa sebagian besar responden dengan Status HIV asymptomatic sebanyak 18 orang (60 %) , sedangkan sebagian kecil responden AIDS sebanyak 4 orang (13 %)

9. Distribusi Responden Berdasarkan Kepatuhan Minum Obat ARV

Tabel 4.9 Distribusi Responden Berdasarkan kepatuhan minum obat ARV

No	Sumber Penularan	Jumlah	Prosentase (%)
1	Patuh	19	63
2	Tidak Patuh	11	37
Jumlah		30	100

Sumber: data primer Mei 2017, LSM JOTHI Surabaya

Berdasarkan tabel 4.9 menunjukkan bahwa sebagian besar responden dengan kepatuhan minum obat sebanyak 19 orang (63 %) , sedangkan sebagian kecil responden tidak patuh minum obat sebanyak 11 orang (37 %)

4.2 Data Khusus

4.2.1 Aktivitas Spiritual

Tabel 4.10 Aktivitas Spiritual

No	Aktivitas Spiritual	Jumlah	Prosentase (%)
1.	Baik	22	73
2.	Cukup	3	10
3	Kurang	5	17
Jumlah		30	100

Sumber: data primer Mei 2017, LSM JOTHI Surabaya

Berdasarkan tabel 4.10 menunjukkan bahwa sebagian besar responden dengan aktivitas spiritual dengan kategori Baik sebanyak 22 orang (73%), dan sebagian kecil yang aktivitas spiritual dengan kategori cukup sebanyak 3 orang (17 %).

4.2.2 Kualitas Hidup ODHA

Tabel 4.11 Kualitas Hidup ODHA

No	Kualitas Hidup ODHA	Jumlah	Prosentase (%)
1.	Sangat buruk	-	-
2.	Buruk	5	17
3.	Sedang	5	17
4.	Baik	20	66
5.	Sangat baik	-	-
Jumlah		30	100

Sumber: data primer Mei 2017, LSM JOTHI Surabaya

Berdasarkan tabel 4.11 menunjukkan bahwa sebagian besar responden dengan kualitas hidup Baik sebanyak 20 orang (66%), dan sebagian kecil responden dengan kualitas hidup Buruk sebanyak 5orang (17%).dan Cukup sebanyak 5orang (17%).

Hubungan Aktivitas Spiritual Dengan Kualitas Hidup Pada ODHA di JOTHI Surabaya dalam tabulasi silang

Tabel 4.12 tabulasi silang aktivitas spiritual dengan kualitas hidup ODHA di

Aktivitas spiritual \ Kualitas hidup	Kurang	Sedang	Baik	Total
Baik	-	-	20 (67%)	20 (67%)
Cukup	-	3 (10%)	2 (7%)	5 (16 %)
Kurang	5 (16%)	-	-	5 (16 %)
Total	5 (16 %)	3 (10)%-	22 (73 %)	30 (100)%
Uji Spearman Rank Test $\rho = 0,000 < \alpha 0,05$ r = 0,992				
JOTHI Surabaya				

Sumber: data primer Mei 2017, LSM JOTHI Surabaya

Berdasarkan tabel 4.12 menunjukkan bahwa sebagian responden yang memiliki aktivitas spiritual cukup dan kualitas hidup dengan kategori sedang sebanyak 3 responden (10%), sedangkan responden yang memiliki aktivitas spiritual cukup dan kualitas hidup baik sebanyak 2 responden (7%). Sebagian besar responden yang memiliki aktivitas spiritual Baik dan memiliki kualitas hidup dengan kategori baik sebanyak 20 responden (67%) sedangkan sebagian responden yang memiliki aktivitas spiritual cukup dan memiliki kualitas hidup yang baik sebanyak 2 responden (7 %). Sebagian responden yang memiliki aktivitas spiritual kurang dan kualitas hidup dengan kategori Buruk sebanyak 5

responden (16%), sedangkan responden yang memiliki aktivitas spiritual kurang dan kualitas hidup sedang sebanyak 0 responden (0%).

Berdasarkan uji statistik spearman rank test untuk mengetahui hubungan aktivitas spiritual dengan kualitas hidup ODHA di JOTHI Surabaya menunjukkan hasil dengan signifikansi $\rho = 0,000 < \alpha 0,05$ sehingga hipotesis penelitian diterima, artinya ada hubungan yang signifikansi antara aktivitas spiritual dengan kualitas hidup ODHA di JOTHI Surabaya dengan tingkat korelasi $(r) = 0,992$ dalam kategori kuat

4.3 Pembahasan Penelitian

4.3.1 Aktivitas Spiritual ODHA Di JOTHI Surabaya

Berdasarkan table 4.10, didapatkan hasil bahwa sebagian besar responden dengan aktivitas spiritual dengan kategori Baik sebanyak 22 orang (73%). Hasil diatas dikarenakan beberapa hal terutama Krisis dan perubahan , hal tersebut dapat menguatkan kedalaman spiritual seseorang. Krisis sering dialami ketika seseorang menghadapi penyakit, penderitaan, proses penuaan, kehilangan, dan bahkan kematian. Bila klien dihadapkan pada kematian, maka keyakinan spiritual dan keinginan untuk sembahyang atau berdoa lebih meningkat dibandingkan dengan pasien yang berpenyakit tidak terminal (Hawari 2004).

Banyak pendapat mengenai HIV/AIDS dalam sudut pandang Agama. Menurut Salim (2006) HIV/AIDS merupakan penyakit azab dari Tuhan namun jika HIV merupakan azab dari Tuhan bagaimana dengan orang-orang yang standart baik dan tidak berdosa,tetapi mereka terinfeksi HIV/AIDS.Faktanya ada 90% wanita yang terinfeksi HIV adalah wanita baik-baik yang tidak pernah

berzina. Mereka tidak pernah melakukan hubungan seksual selain dengan suaminya (Lee 2003). Menurut Esaek (2004) dalam Islam tidak membedakan antara ODHA yang bersalah dan tidak, teologi kasih sayang berangkat sama sekali bukan dengan semangat membela pendosa, melainkan semangat untuk membebaskan serta penawar bagi orang yang tertindas dan terkucilkan ditengah masyarakat serta kebutuhan untuk mendapatkan maaf atau pengampunan, mencintai, menjalin hubungan penuh rasa percaya dengan Tuhan. Dalam konteks HIV/AIDS, satu-satunya agama, melalui aktivitas spiritual berupa sholat, berdoa, berzikir dan membaca al-quran, Allah Berfirman “dan takutlah kamu sekalian atas siksa yang mungkin tidak hanya menimpa orang-orang dzalim saja diantara kamu (Qs Al-Anfal (8) 25)”. Pada penelitian diatas aktivitas spiritual Baik sebanyak 22 orang (73%), hal ini dipengaruhi oleh keyakinan dan penyerahan diri ODHA

Makhija (2002) menyatakan bahwa keimanan atau keyakinan religius adalah sangat penting dalam kehidupan personal individu. Keyakinan tersebut diketahui sebagai suatu faktor yang kuat dalam penyembuhan dan pemulihan fisik. Pasrah atau penerimaan diri juga tidak kalah penting bagi ODHA, dalam menilai diri mereka seutuhnya, Penerimaan diri pada penelitian (Intan anisa latifah 2013 penerimaan diri ODHA), pada penerimaan diri odha didapatkan hasil bahwa, ODHA yang terinfeksi selama lebih dari 4 tahun memiliki penerimaan diri yang positif, hal ini dikarenakan oleh ketaatan dalam pengobatan, interaksi sosial, serta dukungan social. Pada penelitian diatas sebanyak 20 (67%) responden terinfeksi lebih dari 4 tahun. Di JOTHI sendiri juga ada kegiatan kerohanian berupa diskusi terkait keagamaan, (istighosah dan

pengajian), yang sudah diagendakan oleh komunitas , hal ini akan menambah keyakinan ODHA . Perlu kita ketahui bahwa Ironson (2000) bahwa agama mempunyai peran yang penting dalam memperpanjang usia (umur) seseorang yang menderita HIV/AIDS Kaldjian ,et al.(1998). Nokes et al. (1995) dalam truck & thinganjan(2001) pada penilitan sebaian besar penderita mengalami HIV/AIDS lebih dari 4 tahun, Hal ini membuktikan betapa pentingnya kegiatan berupa aktivitas spiritual

4.3.2 Kualitas Hidup ODHA Di JOTHI Surabaya

Berdasarkan table 4.11, bahwa sebagian besar responden dengan kualitas hidup baik sebanyak 20 orang (66%), dan sebagian kecil responden dengan kualitas hidup buruk sebanyak 5 orang (17%). dan cukup sebanyak 5 orang (17%).

Menurut WHOQOL-HIV-Bref (2004) dalam (Meyantara ,2016) kualitas hidup juga terdapat beberapa penilaian mengenai dimensi-dimensi kualitas hidup yaitu Dalam dimensi kesehatan fisik meliputi aktivitas sehari-hari, ketergantungan obat-obatan dan bantuan medis, energi, kelelahan, mobilitas, sakit dan ketidaknyamanan, tidur dan istirahat, serta kapasitas kerja, kesejahteraan psikologis, hubungan sosial hubungan dengan lingkungan, kebebasan dan spiritual. Dalam dimensi Psychological meliputi perasaan positif, Berpikir, belajar, memori dan konsentrasi, Harga diri, image tubuh dan penampilan. Dimensi Sosial hubungan pribadi, dukungan sosial. Dimensi spiritual meliputi keyakinan dan pengampunan. Kualitas hidup juga dipengaruhi diantaranya, jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, sttus pernikahan, dan finansial (Moons dkk dalam Nofitri 2009).

Kesehatan adalah sesuatu yang sudah biasa hanya dipikirkan bila sakit atau ketika gangguan kesehatan mengganggu aktivitas sehari-hari seseorang. Konsep sehat dan sakit dalam pandangan ODHA dipersepsikan secara berbeda dan merupakan hal yang bersifat subjektif yang dipengaruhi oleh faktor pengalaman dan pengetahuan sehingga dapat mengganggu kualitas hidup ODHA. Sesuai dengan penelitian Greef et al (2009). Mendapatkan bahwa tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien HIV/AIDS. Sebagaimana diungkapkan oleh Priyanto dan Erlamsyah (2002). Dalam penelitian Greeff et al (2009). Mendapatkan bahwa tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien HIV/AIDS. Pada penelitian lainnya yang dilakukan oleh Nazir (2006) dan Lucas et al (2006), dalam Afyah (2010) memiliki kualitas hidup yang kurang baik dibandingkan individu yang berpendidikan tinggi. Dukungan yang didapat oleh penderita sebagian besar hanya dari komunitas dan atau pasangan mereka sedangkan dari anggota keluarga lainnya tidak didapatkan karena mereka merahasiakan kondisi penyakitnya, tingkat pendidikan dari responden sebagian besar (SMA dan di atas SMA) dimana hal ini memiliki hubungan dengan kemampuan kognitif yang cukup memahami informasi dan perawatan.

Sebagian besar ODHA memiliki kualitas hidup yang baik. ODHA juga harus menyesuaikan diri terhadap penurunan fungsi fisik dan kesehatan, menyesuaikan terhadap materi, dan menentukan cara untuk mempertahankan kualitas hidupnya. ODHA diharapkan mampu menyesuaikan diri dengan menurunnya kesehatan secara bertahap, mencari kegiatan yang baru untuk mengganti tugas-tugas terdahulu yang menghabiskan sebagian besar waktu

saat mereka masih belum terdiagnosa. disamping ODHA menyesuaikan keadaan sekarang, juga perlu dibangun kekeluargaan antara komunitas dan hal ini tercermin di JOTHI setiap hari rabu dan selasa selalu berkumpul untuk cek up bareng, dan dalam 1-2 bulan juga ada agenda berliburan, hal ini untuk meremajakan pikiran sehingga kualitas hidup ODHA baik

4.3.3 Hubungan Aktivitas Spiritual Dengan Kualitas Hidup Pada ODHA Di JOTHI Surabaya

Berdasarkan uji statistik spearman rank test untuk mengetahui hubungan aktivitas spiritual dengan kualitas hidup ODHA di JOTHI Surabaya menunjukkan hasil dengan signifikansi $\rho = 0,000 < \alpha 0,05$ sehingga hipotesis penelitian diterima, artinya ada hubungan yang signifikansi antara aktivitas spiritual dengan kualitas hidup ODHA di JOTHI Surabaya dengan tingkat korelasi (r) = 0,992 dalam kategori sangat kuat

Hidup ODHA yang berkualitas merupakan kondisi Aktivitas Spiritual yang dapat terpenuhi, sehingga mereka bisa mendekati diri kepada tuhan yang maha esa demi mencari arti dan tujuan hidup. Kualitas hidup ODHA merupakan suatu komponen kompleks, mencakup usia harapan hidup, kepuasan dalam kehidupan, kesehatan psikis dan mental, fungsi kognitif, kesehatan dan fungsi fisik (Sutikno, 2011).

Spiritual bagi ODHA juga dapat dilihat dari kualitas hidup. Kualitas ODHA dapat dinilai dari kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari. Hal ini sesuai dengan teori aktivitas menurut Nuswantari, (1998) yaitu kualitas atau proses penggunaan energi untuk penyelesaian suatu efek sedangkan spiritualitas adalah keyakinan dalam hubungannya dengan yang Maha Kuasa

dan Maha Pencipta (Hamid, 2000). Menurut Koezier & Wilkinson, (1993) dalam Hamid, (2000), dimensi spiritual adalah upaya untuk mempertahankan keharmonisan atau keselarasan dengan dunia luar, berjuang untuk menjawab atau mendapat kekuatan ketika sedang menghadapi stres emosional, penyakit fisik atau kematian. kekuatan yang timbul diluar kekuatan manusia.

Aktivitas spiritual sangat mempengaruhi kualitas hidup seseorang karena aktivitas spiritual adalah kebutuhan dasar dan pencapaian tertinggi seorang manusia dalam kehidupannya tanpa memandang suku atau asal-usul. Kebutuhan dasar tersebut meliputi: kebutuhan fisiologis, keamanan dan keselamatan, cinta kasih, dihargai dan aktualitas diri. Aktualitas diri merupakan sebuah tahapan Spiritual seseorang, dimana berlimpah dengan kreativitas, intuisi, keceriaan, sukacita, kasih sayang, kedamaian, toleransi, kerendahatian serta memiliki tujuan hidup yang jelas Maslow (1970), dikutip dari Prijosaksono,(2003).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian responden yang memiliki aktivitas spiritual cukup dan kualitas hidup dengan kategori sedang sebanyak 3 responden (10%), sedangkan responden yang memiliki aktivitas spiritual cukup dan kualitas hidup baik sebanyak 2 responden (7%). Sebagian besar responden yang memiliki aktivitas spiritual Baik dan memiliki kualitas hidup dengan kategori baik sebanyak 20 responden (67%) sedangkan sebagian responden yang memiliki aktivitas spiritual cukup dan memiliki kualitas hidup yang baik sebanyak 2 responden (7 %). Sebagian responden yang memiliki aktivitas spiritual kurang dan kualitas hidup dengan kategori Buruk sebanyak 5 responden (16%), sedangkan responden yang memiliki aktivitas spiritual

kurang dan kualitas hidup sedang sebanyak 0 responden (0%). karena adanya dukungan dari komunitas dan lingkungan. Hal tersebut sesuai dengan teori yang diungkapkan oleh Azizah (2011) yaitu dukungan teman memiliki beberapa manfaat, yaitu *social support* tidak hanya berwujud dalam bentuk dukungan moral, melainkan dukungan spiritual, dan dukungan material, meringankan beban bagi seseorang yang sedang mengalami masalah, dan dukungan yang diberikan merupakan suatu dorongan untuk mengibarkan semangat hidupnya, sehingga menyadarkan bahwa masih ada orang lain yang peduli.