



**GAMBARAN TINGKAT SPIRITUALITAS DAN RESPON BERDUKA
PADA ORANG DENGAN HIV (ODHIV)**

Skripsi

Oleh :

Nama : Angga Khoerul Rizal M.

NIM : 30902000031

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

2024



**GAMBARAN TINGKAT SPIRITUALITAS DAN RESPON BERDUKA
PADA ORANG DENGAN HIV (ODHIV)**

Skripsi

Oleh :

Nama : Angga Khoerul Rizal M

NIM : 30902000031

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG**

SEMARANG

2024

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME


Saya yang bertanda tangan dibawah ini, dengan sebenarnya mengatakan bahwa skripsi dengan judul : **"GAMBARAN TINGKAT SPIRITUALITAS DAN RESPON BERDUKA PADA ORANG DENGAN HIV (ODHIV)"**. Saya susun tanpa tindakan plagiarism sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika dikemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarism, saya bertanggungjawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung kepada saya.


Semarang, 1 Februari 2024

Mengetahui,

Wakil Dekan I,

Menyatakan,


Dr. Hj. Sri Wahyuni, S.Kep.Ns., M.Kep Sp.Kep.Mat
NIDN. 06-0906-7504


Angga Khoerul Rizal M.
NIM. 30902000031

HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi berjudul :

GAMBARAN TINGKAT SPIRITUALITAS DAN RESPON BERDUKA PADA ORANG DENGAN HIV (ODHIV)

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Angga Khoerul Rizal M.

NIM : 30902000031

Telah disahkan dan disetujui oleh Pembimbing pada :


Pembimbing I

Pembimbing II

Tanggal: 4 Januari 2024

Tanggal: 4 Januari 2024


Ns. Ahmad Ikhlilul Amal, S.Kep., MAN
NIDN. 0605108901


Ns. Indah Sri Wahyuningsih, M.Kep
NIDN. 0615098802

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi berjudul:

GAMBARAN TINGKAT SPIRITUALITAS DAN RESPON BERDUKA

PADA ORANG DENGAN HIV (ODHIV)

Disusun Oleh :

Nama : Angga Khoerul Rizal M

NIM : 30902000031

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 1 Februari 2024 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Penguji I,

Ns. Suyanto, M.Kep., Sp.MB
NIDN. 0620068504

Penguji II

Ns. Ahmad Ikhlasul Amal, S.Kep.,M.A.N
NIDN. 0617087002

Penguji III,

Ns. Indah Sri Wahyuningsih, M. Kep
NIDN. 0615098802

Mengetahui,
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Dr. Iwan Ardian, SKM., M.Kep.
NIDN. 0622087404

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
Skripsi, 5 Januari 2024**

ABSTRAK

Angga Khoerul Rizal M.

**GAMBARAN TINGKAT SPIRITUALITAS DAN RESPON BERDUKA
PADA ORANG DENGAN HIV (ODHIV)**

xv + 64 halaman + 14 tabel + 2 gambar + 9 lampiran

Latar Belakang: HIV menjadi masalah besar dan kompleks yang mengancam banyak negara di seluruh dunia termasuk Indonesia. Beragam masalah telah ditimbulkan oleh penyakit HIV diantaranya adalah terkait masalah fisik, sosial, emosional dan spiritual. Penderita HIV sangat mudah menerima penolakan dari lingkungan sekitarnya yang berdampak berduka berkepanjangan, dampak psikososial pada tahun awal yang dapat ditemukan yaitu seperti respon berduka.

Tujuan : Untuk mengetahui *Gambaran Tingkat Spiritualitas dan Respon Berduka pada orang dengan HIV* di Puskesmas Poncol Kota Semarang.

Metode : Penelitian menggunakan jenis penelitian kuantitatif deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel terdiri dari 100 responden. Pengambilan sampel ditentukan dengan menggunakan teknik *total sampling*. Data yang diperoleh dianalisis menggunakan uji *Univariat*.

Hasil : Hasil penelitian yang telah dilakukan di Puskesmas Poncol Kota Semarang bahwa penderita HIV mayoritas memiliki tingkat spiritualitas yang tinggi yaitu terdapat 79 responden. Sedangkan untuk respon berduka yang memiliki nilai tertinggi pada tahapan *depression* sebanyak 7 responden.

Simpulan : Sebagian besar responden memiliki tingkat spiritualitas, jawaban responden kategori tinggi pada penilaian tingkat spiritualitas dengan nilai paling unggul pada kategori merasa bimbingan dalam kegiatan sehari-hari dengan Tuhan.

Kata Kunci : HIV, *Spiritualitas, Respon Berduka*

Daftar Pustaka : 26 (2014 – 2021)

**NURSING SCIENCE STUDY PROGRAM
FACULTY OF NURSING SCIENCES
SULTAN AGUNG ISLAMIC UNIVERSITY SEMARANG
Thesis, January 5 2024**

ABSTRACT

Angga Khoerul Rizal M.

**DESCRIPTION OF THE LEVEL OF SPIRITUALITY AND GRIEVANCE
RESPONSES IN PEOPLE WITH HIV (PLHIV)**

xv + 64 pages + 14 tables + 2 pictures + 9 appendices

Background: HIV is a large and complex problem that threatens many countries around the world, including Indonesia. Various problems have been caused by HIV, including physical, social, emotional and spiritual problems. HIV sufferers are very easy to accept rejection from the surrounding environment which results in prolonged grieving, the psychosocial impact in the early years that can be found is such as a grief response.

Objective: To find out the description of the level of spirituality and response to grief in people with HIV at the Poncol Health Center, Semarang City

Method: The research uses descriptive quantitative research with a cross sectional approach. The sample consists of 100 respondents. Sampling was determined using total sampling technique. The data obtained were analyzed using the Univariate test.

Results: The results of research conducted at the Poncol Health Center in Semarang City showed that the majority of HIV sufferers had a high level of spirituality, namely 79 respondents. Meanwhile, 7 respondents had the highest score for the grief response at the depression stage.

Conclusion: Most of the respondents had a level of spirituality, respondents' answers were in the high category in assessing the level of spirituality with the most superior score in the category of feeling guided in daily activities with God

Keywords : HIV, Spirituality, Grief Responses

Bibliography : 26 (2014 – 2021)

KATA PENGANTAR

Assalamu 'alaikum Wr.Wb

Puji syukur kehadiran Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya yang telah memberikan kemudahan dan kelancaran dalam menyelesaikan penyusunan proposal skripsi dengan judul **“GAMBARAN TINGKAT SPIRITUALITAS DAN RESPON BERDUKA PADA ORANG DENGAN HIV (ODHIV)”** dengan sebaik – baiknya dan jadwal yang telah ditetapkan. Semoga proposal skripsi ini dapat bermanfaat bagi pihak yang terlibat dalam penyusunannya. Proposal skripsi ini saya persembahkan kepada :

1. Prof. Dr. Gunarto S.H. M.Hum Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Dr. Iwan Ardian, S.KM, M.Kep, Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Dr. Ns. Dwi Retno Sulistyarningsih, M.Kep.,Sp.Kep.KMB selaku Kaprodi S1 Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ns. Ahmad Ikhlasul Amal, S.Kep., MAN selaku pembimbing satu yang telah mendidik saya dengan sabar dan meluangkan waktu serta tenaganya dalam bimbingan, memberikan ilmu dan nasihat yang sangat berharga, serta memberikan dukungan berupa motivasi sehingga bisa menjalankan dan menyelesaikan dengan tepat waktu.
5. Ns. Indah Sri Wahyuningsih, M.Kep selaku pembimbing kedua yang telah sabar dan meluangkan waktu serta tenaganya untuk saya, dan memberikan ilmu dan nasihat berupa dukungan yang bermanfaat sehingga dapat memotivasi saya untuk dapat menyelesaikan tepat waktu.

6. Untuk ibu saya Hj. Nadiroh yang tercinta, ayah saya H. Abdul Holis Marwan (Alm), yang selalu memberikan doa yang tidak pernah putus dan memberikan segala sesuatu yang terbaik untuk saya, selalu memberikan dukungan dalam semua hal, memotivasi saya untuk menjadi semangat dan menjadi kekuatan didalam setiap perjalanan saya sehingga bisa menyelesaikan studi akhir tepat waktu.
7. Kedua kakak saya Apt. Lussyana Setyawati Marwan S. Farm dan dr. Denny Maulana Arwani. S. Ked dan seluruh keluarga saya yang selalu memberikan doa, memberikan dukungan, dan memberikan semangat.
8. Teman-teman terdekat saya terimakasih sudah membantu dan memberikan dukungan
9. Teman – teman departemen KMB yang sudah berjuang bersama dan memberikan dukungan.
10. Teman – teman S1 Ilmu Keperawatan yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang telah bekerja sama.
11. Semua pihak yang tidak dapat di sebutkan satu persatu atas segala dukungan, semangat, ilmu dan pengetahuan yang telah diberikan.

Penulis menyadari bahwa didalam penulisan laporan ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu kritik dan saran sangat di harapkan untuk mencapai hasil yang lebih baik.

Wassalamu' allaikum Wr. Wb

Semarang, 5 Januari 2024

Penulis

(Angga Khoerul Rizal M)

DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN.....	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PENGESAHAN.....	Error! Bookmark not defined.
ABSTRAK	vi
ABSTRACT.....	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Perumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penelitian.....	5
D. Manfaat Penelitian.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Tinjauan Teori	7
B. Kerangka Teori.....	26
BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....	27
A. Kerangka Konsep	27
B. Variabel Penelitian	27
C. Desain Penelitian	27
D. Populasi dan Sampel Penelitian	27
E. Tempat dan Waktu Penelitian	29
F. Definisi Operasional.....	29
G. Alat Pengumpul Data	31
H. Metode Pengumpulan Data	36
J. Etika Penelitian.....	38
BAB IV HASIL PENELITIAN	41
A. Karakteristik Demografi Responden.....	41
B. Deskripsi Variabel Penelitian.....	43

BAB V PEMBAHASAN	46
C. Interpretasi dan Pembahasan Hasil.....	46
D. Keterbatasan Penelitian	61
E. Implikasi Keperawatan.....	61
BAB VI PENUTUP	62
A. Kesimpulan.....	62
B. Saran.....	63
DAFTAR PUSTAKA	65
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Definisi Operasional	29
Tabel 3. 2 Blueprint Kuesioner spiritualitas	33
Tabel 3. 3 Blueprint Kuesioner Tahap Berduka.....	34
Tabel 4. 1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia	43
Tabel 4. 2 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Jenis Kelamin	44
Tabel 4. 3 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Status Pernikahan	44
Tabel 4. 4 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Lama Menderita	44
Tabel 4. 5 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Agama	45
Tabel 4. 6 Distribusi frekuensi tingkat spiritualitas penderita HIV di Puskesmas Poncol Kota Semarang	45
Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Respon Berduka Sub Variabel Denial	46
Tabel 4.8 Distribusi Frekuensi Respon Berduka Sub Variabel Anger.....	46
Tabel 4.9 Distribusi Frekuensi Respon Berduka Sub Variabel Bergaining	47
Tabel 4.10 Distribusi Frekuensi Respon Berduka Sub Variabel Depresi	47
Tabel 4.11 Distribusi Frekuensi Respon Berduka Sub Variabel Acceptance	48

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Kerangka Teori.....**Error! Bookmark not defined.**

Gambar 3. 1 Kerangka Konsep**Error! Bookmark not defined.**



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Permohonan Survey Penelitian

Lampiran 2. Surat Lolos Uji Etik

Lampiran 3. Surat Izin Penelitian dari DINKES Kota Semarang

Lampiran 4. *Informed Consent*

Lampiran 5. Lembar Permohonan Responden

Lampiran 6. Kuesioner Spiritualitas

Lampiran 7. Kuesioner Respon Berduka

Lampiran 8. Hasil Uji Univariat

Lampiran 9. Riwayat Hidup Penulis



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

HIV menjadi permasalahan besar dan kompleks yang mampu memberi ancaman kepada negara yang ada di seluruh dunia termasuk Indonesia. Banyak masalah-masalah yang timbul karena penyakit HIV diantaranya adalah terkait masalah fisik, sosial, emosional serta spiritual (Amal & Khofsoh, 2018). Adapun masalah pada aspek spiritual yang dialami oleh pasien HIV/AIDS yaitu diantaranya adanya penurunan aktivitas fisik, kualitas tidur yang tidak efektif, masalah penyakit yang tidak bisa disembuhkan hingga menyalahkan Tuhan dengan kondisi yang dialaminya, dan menolak untuk beribadah, melakukan ibadah yang tidak berdasarkan ketentuan serta gangguan ketika beribadah (Husain et al., 2021). Spiritualitas pada individu yang mengidap HIV memengaruhi cara mereka mengatasi perubahan yang mereka alami. Tingkat ketabahan dalam menghadapi kondisi kesehatan mereka sejalan dengan upaya untuk meningkatkan koneksi dengan Tuhan. Mereka berusaha mencari makna di balik penyakit yang mereka alami dan percaya bahwa Tuhan tidak akan memberikan cobaan yang melebihi kemampuan mereka yang pada akhirnya dapat meningkatkan kualitas hidup bagi mereka yang mengidap HIV (Koritelu et al., 2021).

Individu yang mengidap HIV seringkali mengalami penolakan dari lingkungan sekitarnya, yang mengakibatkan kesedihan yang berkelanjutan. Ini terjadi karena persepsi terhadap perilaku mereka, terutama perilaku seksual yang dianggap dapat membahayakan orang lain (Izzati & Vahana, 2014). Dalam tahun-tahun awal, dampak psikososial yang sering muncul adalah respons berduka. Namun, seiring berjalannya waktu dan penurunan fungsi imun, gejala yang terkait dengan HIV seperti ruam kulit, penurunan berat badan, dan sesak napas dapat muncul, menyebabkan tingkat kesedihan pasien meningkat menjadi kronis. Selain itu, kecemasan juga bisa meningkat, bahkan dapat mengarah pada depresi, kadang-kadang disertai dengan pemikiran untuk bunuh diri, gangguan tidur, dan gejala lainnya (Masruroh, 2018). Perubahan fisik yang dialami oleh pasien HIV, ditambah dengan stigma masyarakat terhadap pasien HIV, menimbulkan tekanan psikologis yang menghasilkan respons berduka kronis terhadap kondisi kesehatan mereka (Sepang, Chintia A.D., Esrom & Ferdinand, 2018).

Berdasarkan laporan dari Departemen Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, total kumulatif kasus HIV hingga Juni 2022 sebanyak 2.032 kasus. Menurut Dinas Kesehatan Kota Semarang pada Juli 2022, Kota Semarang ada sebanyak 283 kasus HIV, sedangkan untuk yang terdata secara kumulatif sebanyak 126 kasus. (Depkes Provinsi, 2022).

Menerima diagnosis HIV bisa menghadirkan berbagai tantangan, seperti stres dan gangguan emosi saat merasa terbebani serta ketidaksesuaian dengan harapan sebelumnya. Konsekuensi dari ODHIV

dapat mempengaruhi kesejahteraan psikologis, sosial, dan spiritual seseorang, termasuk masalah keuangan, kesedihan yang berkelanjutan, rasa frustrasi, perasaan bersalah, depresi, dan ketakutan akan kematian (Fitriana, M. and Ninuk, 2018). Aspek-aspek penting yang memengaruhi dimensi spiritual seseorang meliputi latar belakang budaya, pengaruh keluarga, tahap perkembangan pribadi, dan kondisi kesehatan. Keluarga dan lingkungan berperan signifikan dalam membentuk dan menilai keyakinan spiritual individu (Andrianto, 2021). Perilaku spritualitas menjadi salah satu solusi yang memiliki sifat psikologis bagi seseorang yang sedang dalam kondisi berduka kronis, karena spiritualitas dianggap menjadi factor utama dalam kehidupan masyarakat yang beragama (Fitri Rengganis, 2021). Kebutuhan spiritualitas sangat penting untuk pasien HIV seperti beribadah, berdoa, baik dari diri sendiri maupun didoakan oleh keluarganya. Keluarga memerankan peran terpenting dalam memberikan dukungan pada pasien HIV berupa mengingatkan, ajakan dan memfasilitasi kebutuhan pasien HIV dalam beribadah (Kholison et al., 2020).

Beban masalah dan perlakuan tidak menyenangkan dari lingkungan sosial seperti stigma dan diskriminasi terhadap penderita HIV dapat menyebabkan mereka dengan HIV cenderung mengisolasi diri, menyalahkan diri sendiri, dan kesulitan dalam membangun hubungan terhadap orang lain. Hal tersebut mampu mengakibatkan mereka merasa sedih yang mendalam. Dalam situasi ini, dukungan yang didapatkan dari berbagai pihak seperti teman sebaya, keluarga, dan jaringan sosial sangat

penting untuk meningkatkan kualitas hidup mereka (Husain et al., 2021). Berdasarkan hasil dari permasalahan tersebut bisa juga dapat dialami oleh pasien HIV contohnya seperti penolakan, marah, dan depresi serta menyalahkan tuhan. Maka pentingnya peran atau dukungan sosial dan teman sebaya dapat menjadikan sumber kekuatan bagi setiap penderita. Ketika ODHIV sedang berduka ataupun menderita penyakit maka dengan adanya dukungan dari individu maka bisa menjadikan sumber kopingnya ataupun sumber pendukung bagi setiap individu, contohnya seperti halnya memberikan kepercayaan diri untuk kekuatan menghadapi cobaan yang dialaminya, harapan, dan arti kehidupan (Tanjung, 2016).

Berdasarkan latar belakang di atas, peneliti menjadi tertarik untuk meneliti tentang bagaimana tingkat spiritualitas dan respon berduka pada orang dengan hiv (ODHIV) dengan melihat aspek spritual dan faktor apa saja yang mempengaruhi respon berduka pada orang dengan hiv. Maka dari itu, peneliti melakukan penelitian dengan judul “Gambaran Tingkat Spiritualitas Dan Respon Berduka Pada Orang Dengan HIV (ODHIV)”

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan penjabaran latar belakang di atas, maka bisa dirumuskan “Bagaimanakah gambaran Tingkat Spritualitas dan Respon Berduka pada orang dengan HIV di Puskesmas Poncol Kota Semarang?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui *Gambaran Tingkat Spritualitas dan Respon Berduka pada orang dengan HIV* di Puskesmas Poncol Kota Semarang.

2. Tujuan Khusus

- a) Mengidentifikasi karakteristik responden berdasarkan usia, jenis kelamin, status pernikahan, status tinggal, pendidikan terakhir, dan pekerjaan.
- b) Mengetahui gambaran *spiritualitas* pada penderita HIV di Puskesmas Poncol Kota Semarang
- c) Mengetahui gambaran respon berduka pada penderita HIV di Puskesmas Poncol Kota Semarang.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Mengembangkan ilmu dan wawasan di bidang kesehatan keperawatan dijadikan acuan untuk peneliti selanjutnya dengan tambahan refrensi serta dapat menyambungkan pengetahuan untuk dasar penelitian lebih lanjut.

2. Manfaat Praktis

Meningkatkan pengetahuan dan pengalaman mahasiswa dalam menerapkan ilmu pengetahuan serta memperluas pemahaman dalam studi keperawatan.

3. Manfaat Bagi Masyarakat

Penelitian mampu memberi wawasan kepada responden mengenai Tingkat Spiritualitas dan Berduka Kronnis pada Orang HIV sehingga dapat mengatasi resiko distress spiritual yang mereka alami.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. HIV

a. Definisi HIV

HIV (Human Immunodeficiency Virus) adalah penyakit karena adanya virus yang menyerang sel darah putih, mengakibatkan penurunan sistem kekebalan pada tubuh. AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) yakni serangkaian timbulnya gejala karena melemahnya sistem kekebalan tubuh akibat infeksi virus tersebut (UNAIDS, 2018).

Kemenkes RI (2014), HIV yaitu virus yang menyerang sel darah putih serta dapat mengakibatkan penurunan sistem kekebalan tubuh. AIDS merupakan sekumpulan gejala yang terjadi akibat menurunnya kekebalan tubuh akibat infeksi HIV. Penurunan kekebalan tubuh membuat individu rentan terhadap berbagai penyakit infeksi, yang dapat berujung fatal dan mengakibatkan kematian. Penderita HIV perlu pengobatan Antiretroviral (ARV) guna mengurangi jumlah virus HIV pada tubuh dan mencegah perkembangan menjadi AIDS.

b. Klasifikasi

Menurut Pusat Pengendalian Penyakit (CDC), HIV pada orang dewasa dikategorikan ke dalam empat klasifikasi (Kana, 2017)

1) Infeksi HIV akut

Tahap ini dikenal sebagai “infeksi primer HIV”. Gejala bisa muncul sekitar 2 hingga 4 minggu setelah terinfeksi, termasuk demam, ruam, kesulitan menelan, kelelahan, dan pembengkakan kelenjar getah bening. Diagnosis pada tahap ini sering sulit karena gejalanya mirip dengan penyakit lain serta hasil tes serologi standar negatif.

2) Infeksi Seropositif HIV Asimtomatis

Pada fase ini, hasil tes serologis menunjukkan positif tanpa adanya gejala yang muncul. Pada orang dewasa, periode ini dapat berlangsung dalam jangka waktu yang panjang, bahkan hingga 10 tahun atau lebih, tanpa adanya gejala yang dirasakan. Namun, pada anak-anak, periode ini cenderung lebih singkat.

3) *Persisten Generalized Lymphadenopathy* (PGL)

Pada stadium ini, pembesaran kelenjar getah bening ditemukan setidaknya di dua tempat, selain kelenjar getah bening inguinalis. Peningkatan ini mungkin karena adanya kelenjar getah bening, yang bertindak sebagai reservoir utama HIV. PGL bisa terjadi kepada sepertiga dari orang yang

mengalami infeksi HIV tanpa gejala. Pembesaran dapat terus menerus, penuh, simetris dan tidak sensitif.

4) AIDS

Hampir setiap individu yang terdiagnosis dengan infeksi HIV dan tidak menerima pengobatan yang tepat berisiko mengalami perkembangan menjadi AIDS. Proses perkembangan infeksi HIV dapat dipengaruhi oleh karakteristik virus dan tuan rumahnya. Faktor seperti usia di bawah 5 tahun bahkan di atas 40 tahun, infeksi lain, dan faktor genetik dapat mempengaruhi laju perkembangan penyakit. Seiring dengan penurunan sistem kekebalan tubuh, individu yang hidup dengan HIV menjadi rentan terkena infeksi lainnya. Sebagian orang mungkin mengalami gejala umum seperti demam atau penurunan berat badan tanpa penyebab yang jelas. Beberapa penderita juga bisa mengalami diare kronis dan penurunan berat badan yang signifikan. Pasien dengan infeksi oportunistik yang tidak menerima terapi antiretroviral (ARV) dapat didiagnosis dan meninggal dalam waktu kurang dari dua tahun.

c. Etiologi

HIV mampu menyebar melalui kontak dengan air mani, darah, ataupun cairan vagina dari seseorang yang terinfeksi. Penularan tidak terjadi melalui kontak sosial seperti pelukan,

ciuman, atau jabat tangan. HIV tidak bisa menular melalui air, udara, ataupun gigitan serangga. Menurut Widoyono (2011), ada beberapa cara seseorang dapat terinfeksi HIV diantaranya:

1) Penularan dari ibu kepada bayi

Ketika masa kehamilan, persalinan, ataupun dalam masa menyusui, ada kemungkinan penularan HIV dari ibu ke bayi. Tingkat infeksi HIV pada bayi yang tidak diberikan asupan ASI sekitar 14% yang terjadi selama masa kehamilan dan persalinan. Namun, tingkat infeksi meningkat hingga 29% setelah bayi mulai disusui. Bayi yang lahir dari ibu dengan HIV dapat menerima antibodi ibunya dalam rentang waktu 6 hingga 15 bulan.

2) Jarum suntik

Frekuensinya 5-10%. HIV menular di anak muda rata-rata melalui jarum suntik akibat menyalahgunakan narkoba. Dari narapidana dewasa (diduga atau dituduh melakukan tindak pidana) narkoba suntik di Jakarta, 40% terinfeksi HIV, 25% di Bogor, dan 25% di Bali.

3) Transfusi darah

Resiko infeksi adalah 90% dan prevalensinya 3-5%. Tetapi, rumah sakit ataupun bank darah sudah mempunyai sistem khusus dalam menangani risiko tersebut.

4) Hubungan seksual

Frekuensi mereka adalah 70-80%. Kemungkinan terinfeksi selama hubungan seksual adalah 1/200. Metode penularan ini yang paling tersebar di dunia. Akhir-akhir ini, seiring peningkatan kesadaran masyarakat terhadap penggunaan kondom, penularan melalui hubungan seksual dapat menurun, dan digantikan dengan penularan melalui penggunaan narkoba suntik.

d. Patofisiologi

Patofisiologi HIV/AIDS masuk ke tubuh manusia melalui berbagai jalur termasuk darah, sperma, dan sekret vagina. Mayoritas penularan virus ini terjadi karena hubungan heteroseksual dan homoseksual. Selain itu, transfusi darah, jarum suntik, dan penularan vertikal dari ibu positif ke bayi dapat terjadi. HIV dapat menyebar ke jenis sel tertentu, terutama dirinya, yang berperan penting dalam mengatur dan memelihara sistem kekebalan tubuh manusia. menyerang limfosit T4 HIV adalah retrovirus yang mengandung materi genetik RNA. Setelah virus memasuki tubuh pasien, RNA virus diubah menjadi asam deoxyribonucleic. DNA proviral ini, diasamkan oleh transkriptase balik spesifik HIV, diintegrasikan dalam sel hospes dan terprogram guna membentuknya gen virus. Tahap ini dimulai dengan pengikatan molekul reseptor pada permukaan sel target.

Sintesis DNA mencetak mRNA dengan bantuan enzim polimerase. Selain itu, mRNA diterjemahkan ke dalam komponen virus baru di sitoplasma sel yang mengalami infeksi virus. Komponen virus diangkut kepada membran plasma serta dirakit untuk menimbulkan virus HIV baru yang belum matang yang bertunas dan mengalami protease untuk menjadi virus HIV mature (Torres, 2017).

e. Tanda dan Gejala

Sindrom HIV akut yakni istilah yang dipergunakan pada tahap awal infeksi HIV dengan berbagai gejala termasuk demam, lemas, sakit tenggorokan (nyeri saat menelan), kehilangan nafsu makan, nyeri sendi, batuk, diare dan membengkaknya sendi. kelenjar getah bening bersih, kulit menunjukkan tanda bintik kemerahan (Elizabeth & Sofro, 2016). Menurut penelitian oleh Elizabeth & Sofro, terdapat gejala dan tanda yang mampu menjadi dugaan terkena infeksi HIV

1) Keadaan umum:

- a) Menurunnya berat badan >10% dari berat badan awal
- b) Demam
- c) Diare lebih dari 1 bulan
- d) Limfadenopati meluas

2) Kulit

Kekeringan kulit yang parah merupakan kecurigaan kuat terhadap infeksi HIV. Bahkan terdapat beberapa kondisi seperti kulit kelamin, folikulitis, serta psoriasis yang umum terjadi pada penderita HIV/AIDS.

3) Infeksi

- a) Infeksi jamur: “dermatitis seboroik, kandidiasis oral, kandidiasis vagina berulang”
- b) Infeksi viral: “herpes zooster”
- c) Herpes genital (berulang): “moluskum kotangiosum”
- d) Gangguan pernafasan: “batuk yang lebih dari 1 bulan, adanya sesak nafas, TB, pneumonia berulang”
- e) Gejala neurologis: “nyeri pada kepala yang makin parah, mengalami kejang demam, turunnya fungsi kognitif”
- f. Kelompok risiko

Berdasarkan UNAIDS (2017), kelompok yang berisiko terinfeksi HIV/AIDS mencakup pengguna obat suntik yang berbagi jarum.

- 1) Pekerja seks dan klien mereka terdorong menjadi pekerja seks karena keterbatasan pendidikan dan kesempatan untuk mencari kehidupan yang layak.
- 2) Laki-laki yang berhubungan seksual dengan sesama jenis
- 3) Narapidana
- 4) Pelaut ataupun pekerja di bagian transportasi

- 5) Pekerja migran terlibat dalam aktivitas seksual berisiko, termasuk kekerasan seksual dan berhubungan dengan individu yang terinfeksi.

2. Spiritual

a. Pengertian spritualitas

Spiritualitas adalah suatu keyakinan yang berhubungan dengan Tuhan Yang Maha Kuasa (Ambarwati, 2015). Spiritualitas mampu terdefiniskan sebagai proses menemukan tujuan, makna, kesejahteraan hubungannya dengan orang lain, diri sendiri, moralitas, serta realitas tertinggi. Seseorang mampu mengekspresikan spiritualitas mereka dalam lingkungan religius (berkaitan dengan realitas hakiki atau realitas hakiki) atau dalam lingkungan non-religius (berkaitan dengan dirinya dan alam semesta) (Amir dan Lesmawati, 2016).

Menurut O'brien (2018), spiritualitas mendorong keinginan untuk terhubung dengan aspek yang lebih tinggi dari diri sendiri. Ia menggambarkan spiritualitas sebagai sebuah konsep multidimensional, mencakup dimensi eksistensial yang menyoroti makna dan tujuan hidup, serta dimensi religius yang menekankan hubungan individu dengan Tuhan (Ambarwati, 2015).

Konsep spiritualitas berbeda secara signifikan dari agama, menurut beberapa psikolog. Banyak individu juga menghadapi tantangan dalam dimensi spiritual dalam perilaku mereka, dengan definisi yang berbeda-beda dari kedua konsep tersebut. Spiritualitas

sebagian besar terkait dengan faktor-faktor yang mempengaruhi prinsip-prinsip manusia atau pemahaman manusia, khususnya spiritualitas adalah sumber kekuatan baik secara fisik maupun psikologis (Tampani, 2015).

b. Karakteristik Spiritual

Yusuf (2017) ciri-ciri spiritual diantaranya:

1) Hubungan dengan diri sendiri

Sumber kekuatan individu terletak pada sikap dan pemahaman terhadap diri sendiri. Kekuatan yang sejati membantu individu untuk memahami makna serta tujuan hidup, mampu mengubah pengalaman hidup menjadi sesuatu yang positif. Mencari rasa puas pada hidup serta selalu mempertahankan optimisme terhadap masa depan yang lebih baik merupakan bagian dari konsep kualitas spiritual, termasuk hubungan dengan diri sendiri.

a) Kepercayaan (Faith)

Kepercayaan adalah keyakinan dalam sesuatu, baik yang bersifat positif ataupun negatif, yang melekat dalam diri seseorang terhadap suatu hal yang tidak bisa dibuktikan secara logis.

b) Harapan (Hope)

Harapan melibatkan keterkaitan dengan sesuatu yang belum jelas kepastiannya, dan melibatkan interaksi

antarindividu yang ditandai oleh tumbuhnya kepercayaan kepada Tuhan dan individu lain yang dapat dipercaya.

c) Makna atau arti dalam hidup (Meaning of life)

Biasanya seseorang mulai menemukan makna atau tujuan hidup ketika mereka merasakan bahwa pengalaman yang mereka alami memberikan dampak positif dan menghasilkan perasaan dekat dengan Tuhan.

c. Tahap perkembangan spiritual

Tahapan perkembangan spiritualitas suatu individu menurut Ambarwati (2015) yakni:

1) Bayi dan Todler (0-2 tahun)

Tahap permulaan dalam perkembangan spiritual adalah keyakinan pada individu yang merawatnya, yang mendukung rasa aman dan pertumbuhan hubungan interpersonal, karena pada tahap awal kehidupan, seseorang mengalami dunia melalui interaksi dengan lingkungan, terutama dengan orang tua mereka.

2) Prasekolah

Anak-anak pra-sekolah lebih cenderung meniru perilaku yang mereka saksikan daripada hanya mendengarkan perkataan orang dewasa. Pada tahap ini, mereka sering mengajukan pertanyaan tentang agama dan moralitas, misalnya tentang konsep surga. Mereka cenderung melihat orang tua mereka sebagai figur yang sangat penting, bahkan seperti Tuhan bagi mereka. Wilkinson

(1995) menyatakan bahwa “Pendidikan spiritual yang efektif pada usia ini melibatkan indoktrinasi dan memberi anak kemampuan untuk memilih metode. Agama menjadi bagian dari kehidupan sehari-hari mereka, dan mereka percaya bahwa Tuhan bertanggung jawab atas hujan dan angin, menganggap hujan sebagai air mata Tuhan.”

3) Usia sekolah

Pada usia ini, anak-anak berharap bahwa Tuhan akan memenuhi doa mereka, menghukum yang jahat, dan memberi balasan kepada yang baik. Ketika mereka memasuki masa remaja, mereka sering merasa frustrasi ketika menyadari bahwa tidak semua doa mereka terkabul sesuai dengan harapan, sehingga mereka mulai mencari pemahaman atas alasan di balik hal tersebut. Bahkan di usia ini, mereka mulai mempertimbangkan apakah akan mempertahankan agama mereka atau mencari yang lain, yang bisa dipengaruhi oleh keyakinan orang tua mereka. Mereka yang memiliki orang tua dengan agama yang berbeda juga mungkin memilih antara dua agama yang dianut oleh orang tua mereka.

4) Dewasa

Dewasa muda yang memiliki pertanyaan tentang agama anak-anak mereka menyadari bahwa apa yang diajarkan kepada mereka saat kecil cenderung lebih diterima saat mereka dewasa

daripada saat remaja, dan mereka menggunakan masukan dari orang tua mereka dalam mendidik anak-anak mereka.

5) Usia pertengahan

Golongan menengah ke atas memiliki lebih banyak waktu untuk aktivitas keagamaan dan upaya memahami nilai-nilai agama yang diyakini oleh generasi muda. Perasaan kesepian dan introspeksi diri sering muncul akibat pensiun, ketidakaktifan, dan kehilangan orang-orang terdekat (keluarga, teman). Pengembangan pemahaman filosofi agama yang lebih dalam sering membantu orang tua menghadapi realitas kehidupan, tetap aktif, merasa bahagia, dan menerima kematian sebagai bagian tak terhindarkan dari kehidupan.

d. Factor yang mempengaruhi spiritual

Yusuf (2017) adapun faktor-faktor yang mampu mempengaruhi spiritualitas yakni;

1) Tahap perkembangan

Pada fase perkembangan, sifat dan ciri kepribadian seseorang dimulai dari fungsi bagian-bagian tubuhnya. Ketika seseorang dilahirkan, segala sesuatu yang diterima dan dialaminya menjadi pedoman dalam hidupnya, termasuk pemikirannya tentang spiritualitas.

2) Keluarga

Keluarga merupakan lingkungan awal dan terdekat di kehidupan seseorang, di mana individu mendapat pengalaman pertamanya. Ada banyak metode untuk memberikan pendidikan, menjaga, dan memperbaiki arah menuju kesuksesan dalam hidup, tetapi yang esensial adalah memberikan pendidikan kepada keluarga tentang Tuhan, kehidupan beragama, dan perilaku yang sesuai dalam masyarakat.

3) Latar belakang etik dan budaya

Budaya yang dipertahankan diwariskan kepada generasi berikutnya dan memiliki pengaruh besar terhadap pemahaman, keyakinan, dan sikap mereka. Secara umum, masyarakat cenderung meneruskan praktik tradisional keagamaan dan spiritual yang dilakukan dalam lingkungan keluarga mereka.

4) Pengalaman hidup sebelumnya

Pengalaman positif atau negatif dapat berdampak pada kesejahteraan mental seseorang. Peristiwa yang dialami dapat dianggap sebagai tantangan, ujian, atau konsekuensi dari tindakan tertentu, yang pada gilirannya dapat memengaruhi tingkat kesadaran spiritual seseorang.

5) Krisis dan perubahan

Krisis dan perubahan bisa menjadi penguat atau pelemah spiritualitas seseorang, bergantung pada cara mereka menanggapi

situasi yang berkembang. Krisis terjadi ketika individu menghadapi masalah atau kesulitan seperti penyakit kronis, penuaan, kehilangan orang yang dicintai, atau kematian. Ini sering dialami oleh pasien HIV/AIDS yang kondisinya semakin memburuk.

6) Terpisah dari ikatan spiritual

Orang dengan penyakit kronis atau akut memiliki perasaan seperti tidak dibutuhkan, dan memicu sistem dukungan sosial datang dengan rasa kehilangan, kebebasan karena merasa mengalami perubahan dalam hidupnya. .

7) Isu moral terkait dengan terapi

Banyak agama mengakui kebesaran Tuhan sebagai bagian dari proses penyembuhan, tetapi menolak campur tangan medis. Isu moral seputar pengobatan terus berkembang di masyarakat, meskipun ada perbedaan yang jelas antara pendekatan medis modern dan paradoks, di mana pengobatan paradoks mencakup kombinasi energi tubuh, pikiran, dan spiritual.

3. Respon Berduka

a. Pengertian

Westerbag Granger (1971:11-12) mengatakan bahwa duka adalah sebuah proses yang terjadi secara bersamaan, di mana duka kecil dan besar bisa timbul secara bersamaan. Sementara menurut Chrisotomus Abeno (1991:1), duka tidak hanya melibatkan perasaan

tapi juga pikiran, keinginan, dan tindakan kita. Duka juga dianggap sebagai respons alami terhadap kehilangan apapun.

Berduka adalah tanggapan emosional terhadap kehilangan yang mendalam, yang sering muncul dalam bentuk perasaan sedih, kecemasan, stres, kesulitan bernapas, gangguan tidur, dan sebagainya. Secara umum, persepsi terhadap berduka adalah respons terhadap kehilangan atau kematian. Menurut Totok Wisnyasaputra (2003), “berduka selalu terkait langsung dengan kehilangan orang yang dicintai”

b. Tahapan berduka

Menurut Elisabeth Kubler Ross dan David Kessler (2004:7-24), terdapat lima fase dalam proses berduka.

1) Denial (Penolakan)

Setelah mengalami peristiwa yang menyedihkan, seseorang mungkin berpikir bahwa itu tidak mungkin terjadi. Penolakan ini merupakan respons yang umum dan bermuatan emosi. Penyangkalan adalah mekanisme pertahanan yang sering digunakan seseorang untuk melindungi dirinya. Individu yang mengalami tahap ini mungkin merasa sulit untuk percaya pada pengalaman mereka dan cenderung menarik diri dari interaksi sosial. Fase ini merupakan respons sementara yang membawa individu ke dalam gelombang awal kesedihan. Reaksi awalnya mungkin terdiri dari kejutan, ketidakpercayaan, atau penolakan

terhadap kenyataan, dan bisa berlangsung dari beberapa menit hingga beberapa tahun.

2) Anger (Marah)

Dampak penyangkalan serta isolasi yang semakin berkurang beserta rasa sakit yang masih dapat dirasakan. Seseorang yang kesakitan cenderung menggunakan pemicu emosional untuk melepaskan rasa sakitnya melalui kemarahan. Kemarahan sering kali dialamatkan kepada individu yang terlibat dalam peristiwa yang mempengaruhi seseorang, misalnya, merasa marah terhadap orang yang telah meninggal. Mereka merasa kecewa dengan situasi yang terjadi. Namun, ada kemungkinan bahwa perasaan benci, kekecewaan, dan kemarahan ini dapat diarahkan kepada individu yang tidak terlibat secara langsung.

3) Bergaining (Penawaran)

Pada tahap ini, manusia secara tidak langsung membuat perjanjian dengan Tuhan untuk mencoba melindungi diri dari kesedihan. Ini merupakan tingkat pertahanan yang paling lemah untuk menghindari kenyataan yang menyakitkan. Pada tahap ini, individu mulai mempercayai apa yang terjadi pada mereka. Saat kemarahan mereda, perasaan bersalah atau penyesalan mulai muncul, sering kali disertai dengan refleksi seperti “seandainya...” seperti “seandainya saya tahu lebih awal...” dll.

4) Depression (Depresi)

Depresi ini mencakup perasaan sedih, khawatir, dan cemas. Tahap ini bisa berakhir ketika individu mendapatkan kejelasan dan keyakinan yang membuat mereka yakin bahwa kehidupan mereka masih berjalan dengan teratur. Depresi ini dapat menjadi persiapan untuk menerima keadaan secara keseluruhan. Proses ini dapat dibantu dengan adanya kasih sayang dalam bentuk pelukan dan pujian. Pada tahap ini, seseorang mungkin menunjukkan penarikan diri, merasa sangat terpuruk, mengekspresikan keputusasaan, kesedihan, keraguan, dan bahkan merasa tidak berharga.

5) Acceptance (Penerimaan)

Menerima tidak selalu menyebabkan perasaan sukacita atau semangat yang tumbuh. Tahap ini juga tidak menandakan bahwa individu telah pulih sepenuhnya dari kesedihan. Seseorang mungkin mengalami perubahan besar dalam kehidupannya. Rasa tidak puas pada tahap ini bisa diredakan dengan menyadari bahwa masalah ini tidak seburuk masalah-masalah lain yang mungkin telah diatasi di masa lalu. Pada tahap ini, individu mulai mempertimbangkan pengalaman kehilangan sebagai bagian dari perjalanan hidup mereka dan membuka diri untuk melihat ke depan.

c. Fase berduka

Dalam teori Rondo yang dibahas dalam karya Yusuf (2015), proses berduka terdiri dari tiga tahap:

1) Fase awal

Pada tahap awal, orang tersebut merespons dengan keterkejutan, ketidakpastian, ketidakpercayaan, kedinginan, kekebalan, dan kebingungan. Perasaan ini berlangsung selama beberapa hari, setelah itu orang tersebut kembali merasakan kesedihan yang berlebihan. Selain itu, individu merasa berkonflik dan mengungkapkannya melalui tangisan dan ketakutan. Tahap ini berlangsung beberapa minggu.

2) Fase pertengahan

Fase ke-dua dimulai di minggu ke-tiga yang ditandai oleh perilaku obsesif, yakni tindakan yang berulang kali mengulangi pengalaman kehilangan.

3) Fase pemulihan

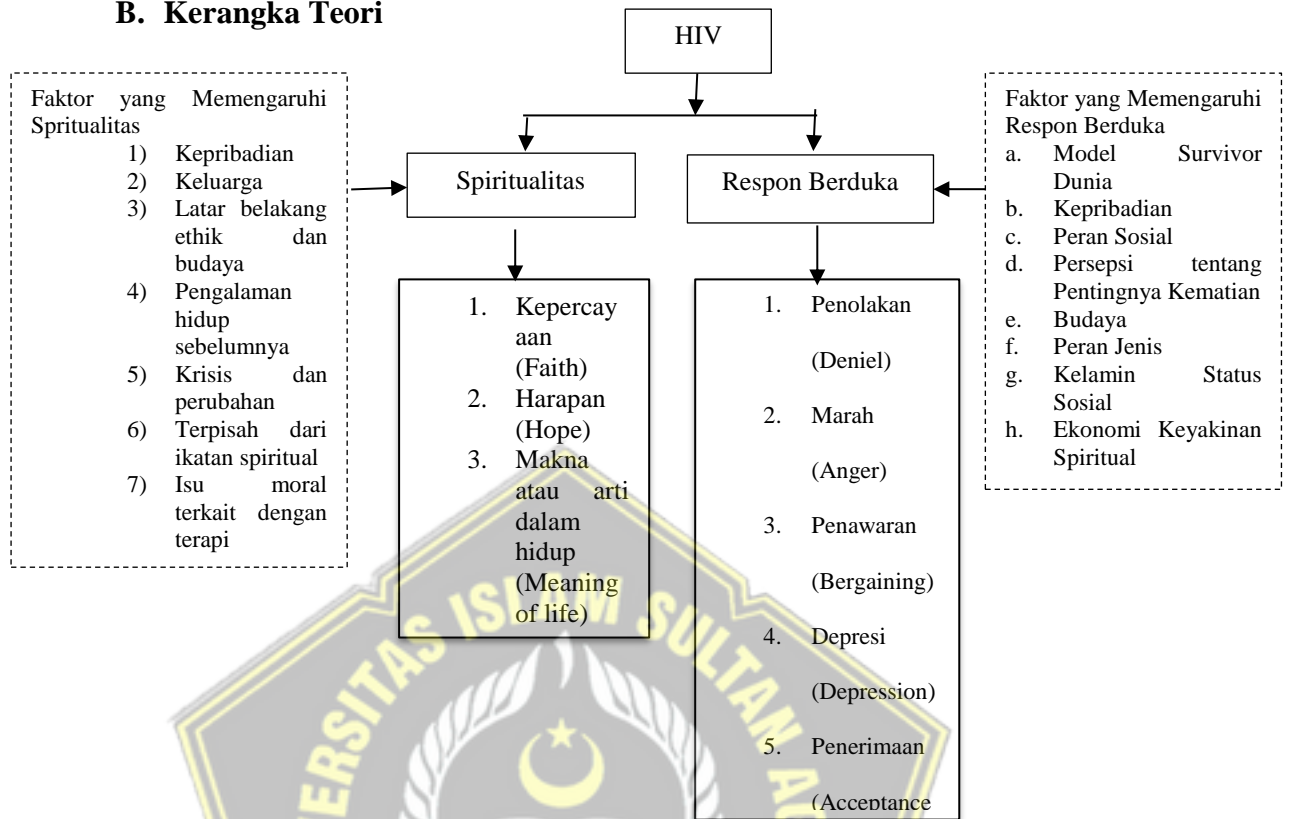
Fase akhir terjadi setelah setahun mengalami kehilangan. Seseorang memutuskan untuk tidak mengingat masa lalu dan memilih untuk melanjutkan hidupnya. Pada titik ini, individu mulai kembali terlibat dalam aktivitas sosial.

d. Jenis berduka

Berikut beberapa jenis proses berduka:

- 1) Berduka normal, mencakup perilaku, perasaan, dan tanggapan yang umum terhadap kehilangan. Contohnya adalah kemarahan, kesedihan, menangis, perasaan kesepian, dan penarikan diri terhadap aktivitas secara sementara.
- 2) Berduka antisipatif, yakni proses psikologis melepas diri yang terjadi sebelum kematian ataupun kehilangan yang sebenarnya terjadi. Contohnya ketika seseorang menerima diagnosis penyakit terminal, mereka mungkin memulai proses perpisahan serta menyelesaikan urusan-urusan penting sebelum meninggal.
- 3) Berduka yang rumit, dialami individu yang kesulitan guna melanjutkan ketahap selanjutnya dari proses berduka yang normal. Periode berkabung mereka tampaknya tak kunjung berakhir serta mampu mengganggu hubungan mereka dengan orang lain.

B. Kerangka Teori



Gambar 2. 1 Kerangka Teori

Sumber : (Yusuf et al., 2017)

Keterangan :



: yang diteliti



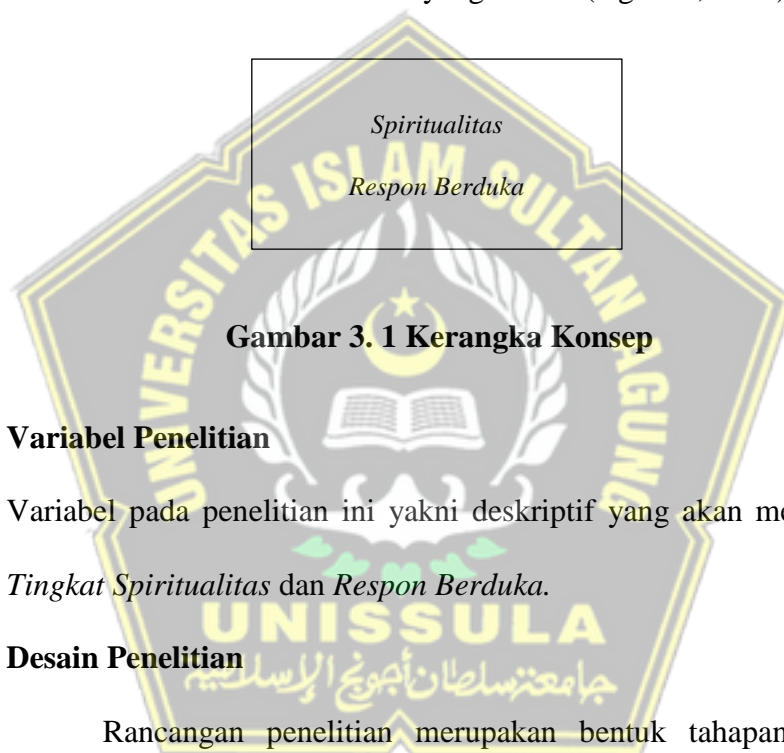
: yang tidak diteliti

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Kerangka Konsep

Kerangka konseptual penelitian adalah penjabaran dan gambaran mengenai hubungan antara konsep atau antara variabel yang berbeda dalam konteks masalah yang diteliti (Agustin, 2017)



Gambar 3. 1 Kerangka Konsep

B. Variabel Penelitian

Variabel pada penelitian ini yakni deskriptif yang akan menggambarkan *Tingkat Spiritualitas* dan *Respon Berduka*.

C. Desain Penelitian

Rancangan penelitian merupakan bentuk tahapan teknis serta operasional dipergunakan untuk melaksanakan metode penelitian (RI, 2019). Desain penelitian yang dipakai di penelitian ini yakni “*kuantitatif deskriptif* dengan menggunakan pendekatan *cross sectional* yaitu dimana penelitian yang menekankan pengukuran data”

D. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

- a) Kelompok populasi yang menjadi fokus akhir penelitian adalah populasi target yang memenuhi syarat sampel (Nursalam, 2016). Dalam konteks penelitian ini, populasi target adalah pasien yang menderita HIV di Puskesmas Poncol Kota Semarang.
- b) Populasi terjangkau adalah kelompok populasi yang memenuhi kriteria penelitian dan dapat dijangkau oleh peneliti (Nursalam, 2016). Dalam penelitian ini, populasi terjangkau mencakup 100 individu yang menderita HIV di Puskesmas Poncol Kota Semarang.

2. Sampel

Sampel merujuk pada segmen dari populasi yang bisa diakses dan dipakai sebagai subjek penelitian melalui proses sampling (Nursalam, 2020). Teknik pengambilan sampel yang diterapkan yakni total sampling. Berikut merupakan kriteria “inklusi” dan “eksklusi” yang dipakai di penelitian ini:

- a) Kriteria inklusi adalah atribut yang harus dimiliki oleh setiap sampel yang dipilih oleh peneliti dari anggota populasi (Notoatmodjo, 2015). Kriteria inklusi pada penelitian ini yakni:
 - 1) ODHIV yang melakukan perawatan di puskesmas poncol kota semarang
 - 2) Pasien berusia 18 - 65 tahun
 - 3) Bersedia menjadi responden

- b) Kriteria eksklusi merujuk pada persyaratan yang menyebabkan suatu subjek tidak dapat diikutsertakan dalam sampel penelitian (Notoatmodjo, 2015). Kriteria eksklusi dalam penelitian ini mencakup pasien ODHIV dengan kondisi yang menghalangi mereka untuk mengisi kuesioner penelitian.

E. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Puskesmas Poncol Kota Semarang pada bulan September – Desember

F. Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan deskripsi yang didasarkan pada atribut yang dapat diamati, dengan tujuan memfasilitasi pengamatan atau pengukuran yang teliti terhadap suatu objek atau fenomena. Hal ini memungkinkan pengulangan pengamatan atau pengukuran yang serupa oleh orang lain terhadap sesuatu yang telah didefinisikan (Nursalam, 2020).

Tabel 3. 1 Definisi Operasional

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Spiritualitas	Proses pencarian makna, tujuan, moralitas, kesejahteraan dalam hubungan dengan diri sendiri, orang lain, dan realitas yang hakiki (ultimate reality).	Kuesioner Daily Spiritual Experience Scale milik Lynn G. Underwood. Terdiri dari 16 pertanyaan. Dengan 15 pertanyaan menggunakan penilaian sebagai berikut. 1 = tidak pernah 2 = jarang 3 = kadang-kadang	Skor pengukuran 15 item pernyataan yaitu : Tingkat spiritual rendah : 15-40 Tingkat spiritual sedang : 41-65 Tingkat spiritual tinggi : 66-90 Hasil pengukuran 1 item pernyataan tentang kedekatan dengan Tuhan akan	Ordinal

			4 = hampir setiap hari 5 = setiap hari 6 = seringkali	dihasilkan dalam distribusi frekuensi kedekatan klien dengan Tuhan. (Karomah, 2015)	
2	Denial	Perasaan yang di rasakan responden/pasien ODHIV yang menjalani pengobatan ARV yang menggambarkan penolakan dan rasa tidak percaya dengan musibah yang dialami	Alat ukur dengan memberikan kuesioner menggunakan instrument Kubler & Ross.	Denial Rendah < 26 Sedang 27 - 31 Tinggi 32 >	Ordinal
	Anger	Perasaan yang di rasakan responden/pasien ODHIV yang menjalani pengobatan ARV yang menggambarkan reaksi marah pada diri sendiri dengan musibah yang dialami	Alat ukur dengan memberikan kuesioner menggunakan instrument Kubler & Ross.	Anger Rendah < 11 Sedang 12 - 16 Tinggi 17 >	Ordinal
	Bergaining	Perasaan yang di rasakan responden/pasien ODHIV yang menjalani pengobatan ARV yang menggambarkan kegelisahan antara ya dan tidak dengan musibah yang dialami	Alat ukur dengan memberikan kuesioner menggunakan instrument Kubler & Ross.	Bergaining Rendah < 10 Sedang 11 - 14 Tinggi 15 >	Ordinal
	Depression	Perasaan yang di rasakan responden/pasien ODHIV yang menjalani pengobatan ARV yang menggambarkan stress yang berkepanjangan dengan musibah yang dialami	Alat ukur dengan memberikan kuesioner menggunakan instrument Kubler & Ross.	Depression Rendah < 34 Sedang 35 - 39 Tinggi 40 >	
	Acceptance	Perasaan yang di rasakan responden/pasien ODHIV yang menjalani pengobatan ARV yang menggambarkan kepasrahan dan mencoba untuk	Alat ukur dengan memberikan kuesioner menggunakan instrument Kubler & Ross.	Acceptance Rendah < 12 Sedang 13 - 16 Tinggi 17 >	

menerima dengan
musibah yang dialami

Definisi operasional merujuk pada deskripsi yang didasarkan pada ciri yang dapat diamati, yang bertujuan memungkinkan peneliti untuk mengamati atau mengukur dengan teliti suatu objek atau fenomena. Ini memungkinkan proses pengamatan atau pengukuran yang serupa dilakukan berulang kali oleh orang lain terhadap sesuatu yang telah didefinisikan (Nursalam, 2020).

G. Alat Pengumpul Data

1. Instrumen penelitian

Instrumen penelitian yakni perangkat yang dipakai ketika melakukan pengukuran terhadap fenomena, baik itu dalam domain sosial maupun alamiah yang sedang diteliti atau diamati (Sugiyono, 2018). Berikut adalah instrumen yang digunakan pada penelitian ini:

a. Kuesioner A

Kuesioner A merupakan kuesioner demografi. Kuesioner ini digunakan untuk mengukur data demografi seperti jenis kelamin, usia, umur, dan sebagainya.

b. Kuesioner B

Kuesioner B merupakan Kuesioner *variabel independent* yang dikembangkan oleh Lynn Underwood (2006) yang berisi 15 pertanyaan + 1 pertanyaan dengan 16 jawaban menggunakan skala ; 1 “tidak pernah”, 2 “satu kali pada satu waktu”, 3 “beberapa hari”,

4 “hampir setiap hari”, 5 “setiap hari”, 6 “beberapa kali sehari”.

Terdapat kisi-kisi pada kuesioner ini yakni seperti berikut:

Tabel 3. 2 *Blueprint Kuesioner spitualitas.*

Variabel	Indikator	Nomor Item		Total
		<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	
<i>Tingkat spiritualitas</i>	Hubungan	1,2	-	2
	Aktivitas transenden/spiritual	3	-	1
	Rasa nyaman dan kekuatan	4,5	-	2
	Kedamaian	6	-	1
	Merasakan pertolongan	7	-	1
	Merasakan bimbingan	8	-	1
	Memperiapkan dan merasakan kasih sayang Tuhan	9,10	-	2
	Kekaguman	11	-	1
	Apresiasi dan rasa terima Kasih	12	-	1
	Kepedulian terhadap sesama	13,14	-	2
	Merasa bersatu dan dekat dengan Tuhan	15,16	-	2
	Total			16

Sumber : (Maharani, 2019)

Variabel tingkat spiritual dianalisis dengan kategori nilai menggunakan formula yang diajukan oleh Azwar (2010) seperti yang berikut:

1. $X \geq (M + 1SD)$ = “tinggi”
2. $(M - 1SD) \leq x < (M + 1SD)$ = “sedang”
3. $X < (M - 1SD)$ = “rendah”

Maka dari itu, kuesioner DSES mampu dianalisis berdasarkan kategori berikut ini:

- 1) 15-39 = “tingkat spiritualitas rendah”
- 2) 40-64 = “tingkat spiritualitas sedang”

3) 65-90 = “tingkat spiritualitas tinggi”

c. Kuesioner C

Kuesioner C merupakan kuesioner *variabel dependent* yang dikembangkan Instrumen Kubler & Ross, yang telah teruji reliabilitas dan validitas. Adapun pertanyaan-pertanyaan yang dipakai dalam mengukur tahapan berduka sebagai berikut:

Tabel 3. 3 Blueprint Kuesioner Tahap Berduka.

Variabel	Indikator	Nomor Item		Total
		<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	
<i>Tahap Berduka</i>	Denial	1,2,3,4,5,6,7	-	7
	Marah	8,9,10	-	3
	Bargaining	11,12,13	-	3
	Depresi	14,15,16,17,18,19,20,21	-	8
	Menerima	22,23,24,25	-	4
Total				25

Sumber : (Ross, 2014)

2. Uji Validitas dan Uji Reliabilitas

a. Uji Validitas

Validitas, atau kesahihan, harus memastikan bahwa apa yang seharusnya diukur atau diamati dapat tercermin dengan tepat. Prinsip utama validitas adalah melakukan pengukuran dan pengamatan yang bermakna dengan menggunakan instrumen yang dapat diandalkan dalam mengumpulkan data (Nursalam, 2020). Uji validitas dilakukan untuk mengetahui tingkat ketetapan suatu instrumen. Instrumen disebut “valid” apabila “nilai r hitung $> r$ table” dengan “nilai positif” (Sugiyono, 2014). Adapun nilai uji validitas dari kuesioner yang dipakai di penelitian ini yakni berikut ini

1) Kuesioner tingkat spiritualitas

Peneliti ini tidak perlu menguji validitas dan keandalan pada kedua instrumen pengukuran, baik “*Daily Spiritual Experience Scale*” maupun “*Depression Anxiety Stress Scale 42*”. Dikarenakan kedua instrumen pengukuran sudah melewati proses pengujian validitas serta keandalan. Uji validitas di instrumen ini dilakukan oleh Underwood dan Teresi (2002) dengan “nilai r tabel 0,2104”. Hasil uji validitas diperoleh “ r hitung antara 0,36-0,83”. Peneliti memakai “instrumen DSES” versi Indonesia yang sudah ditranslasikan oleh Underwood, (2006).

2) Kuesioner respon berduka

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah alat untuk mengevaluasi tahap berduka, menggunakan “instrumen Kubler & Ross” yang telah diuji validitas di RSUD Muhammadiyah Gamping. Dari 30 pertanyaan yang diujikan kepada 30 responden, dengan menggunakan “Uji Pearson”, kevalidan dianggap terpenuhi jika “nilai $p < 0,05$ ”. Namun, terdapat 5 pertanyaan yang memiliki “nilai $p > 0,05$ ” sehingga tidak dimasukkan dalam analisis (Hidayati, 2017).

b. Uji Reliabilitas

Reliabilitas merujuk pada sejauh mana hasil pengukuran atau pengamatan konsisten ketika fenomena yang sama diukur atau diamati berulang kali dalam waktu yang berbeda (Nursalam, 2020). Uji reliabilitas dilakukan untuk menilai tingkat konsistensi suatu instrumen. Instrumen dianggap reliabel jika nilai Cronbach’s Alpha $> 0,7$

(Sugiyono, 2016). Berikut adalah hasil uji reliabilitas pada kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini:

1) Kuesioner *tingkat spiritualitas*

Instrumen penelitian "*Daily Spiritual Experience Scale* (DSES)" yang dikembangkan oleh Lyn G. Underwood yang digunakan untuk "menilai tingkat spiritualita telah melewati proses uji reliabilitas dan menunjukkan konsistensi internal" (Cronbach Alpha) dengan "nilai 0,79" untuk versi Indonesia, "nilai 0,97" untuk versi China, "nilai 0,91" untuk versi Spanyol, dan "nilai 0,92" untuk versi Jerman. Oleh karena itu, nilai rata-rata "*Cronbach Alpha dari Daily Spiritual Experience Scale*" yakni antara 0,79 hingga 0,97 menunjukkan reliabilitas yang baik.

2) Kuesioner respon berduka

Instrumen yang dipakai pada penelitian ini yakni alat dalam mengevaluasi tahap berduka menggunakan instrumen Kubler & Ross yang telah melewati uji reliabilitas di RSUD Muhammadiyah Gamping. Dari 30 pertanyaan yang diajukan kepada 30 responden, reliabilitas dianggap terpenuhi jika nilai "*Cronbach Alpha* > 0,07". Semua pertanyaan memiliki "nilai > 0,07" sehingga semuanya dianggap "reliable". Daftar pertanyaan yang digunakan untuk mengukur tahap berduka meliputi tahap "penolakan (No 1-7)", "kemarahan (No 8-10)", "negosiasi (No 11-13)", "depresi (No 14-21)", dan "penerimaan (No 22-25)"

H. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah tahap di mana peneliti mendekati subjek dan mengumpulkan informasi yang diperlukan mengenai karakteristik subjek dalam penelitian (Nursalam, 2020). Proses pengambilan data dalam penelitian dilakukan dengan cara sebagai berikut:

1. Peneliti meminta surat izin studi pendahuluan kepada pihak FIK Unissula Semarang untuk diberikan kepada pihak Puskesmas Poncol Kota Semarang.
2. Peneliti mendapatkan persetujuan dan melakukan studi pendahuluan di Puskesmas Poncol Kota Semarang.
3. Peneliti mengikuti ujian proposal dan ujian *ethical clearance* di komite KEPK FIK Unissula Semarang dengan nomor etik : 667/A.1-KEPK/FIK-SA/IX/2023
4. Peneliti meminta surat izin penelitian kepada pihak Dinas Kesehatan Kota Semarang untuk diberikan kepada pihak Puskesmas Poncol Kota Semarang.
5. Peneliti mendapat persetujuan dan melakukan penelitian di Puskesmas Poncol Kota Semarang.
6. Peneliti melakukan koordinasi dengan petugas Puskesmas Poncol untuk menginformasikan kepada calon responden terkait penelitian yang akan dilakukan.
7. Peneliti memberikan penjelasan terkait tujuan, manfaat, dan prosedur pengisian kuesioner jika berkenan menjadi responden.

8. Peneliti memberikan lembar kuesioner penelitian kepada responden
9. Peneliti mengecek kelengkapan dan kesesuaian data yang telah reponden submit.
10. Peneliti melakukan analisis data yang telah terkumpul.

I. Rencana Analisa Data

1. Pengolahan Data

Data yang sudah disapatkan kemudian diolah data sebagai berikut:

a. *Editing*

Peneliti melakukan verifikasi kembali data yang telah dikumpulkan. Verifikasi ini mencakup memeriksa kelengkapan respons dari responden, memastikan kejelasan respons, relevansi respons dengan pertanyaan, dan konsistensi respons dengan pernyataan sebelumnya.

b. *Coding*

Setelah jawaban diperiksa dan diedit, langkah selanjutnya adalah melakukan pengkodean atau coding. Pengkodean adalah proses mengubah data berbentuk kalimat menjadi kode atau angka. Tujuan dari pengkodean adalah untuk memasukkan data ke dalam sistem (*data entry*).

c. *Tabulating*

Langkah ini melibatkan pembuatan tabel untuk data dari setiap variabel penelitian, yang disesuaikan dengan tujuan penelitian. Tindakan ini dilakukan oleh peneliti untuk mempermudah proses pengolahan data.

d. *Cleaning*

Semua data telah selesai diamsukkan, diperlukan pengecekan ulang guna memeriksa kemungkinan terdapat kekeliruan ataupun kesalahan kode, tidak lengkapnya data, dan lain-lainnya, kemudian dilakukan pembetulan (Notoatmodjo, 2018).

2. Analisis Data

Penelitian ini mengadopsi pendekatan univariat untuk menjelaskan secara detail sifat atau karakteristik dari setiap variabel yang diteliti dengan menyajikan distribusi frekuensi. Tabel distribusi frekuensi ini mencantumkan jumlah dan persentase dari setiap variabel (Notoatmodjo, 2018).

Karakteristik yang diteliti pada penelitian ini diantaranya jenis kelamin, usia, status pernikahan, lama menderita. Untuk skala kategorik analisis yang digunakan adalah uji distribusi frekuensi sedangkan untuk skala numerik analisis yang digunakan adalah uji tendensi sentral.

J. Etika Penelitian

Kode etik penelitian mengatur segala aspek kegiatan penelitian yang melibatkan interaksi antara peneliti, subjek penelitian, dan masyarakat yang mungkin terkena dampak hasil penelitian (Notoatmodjo, 2018). Menurut Nursalam (2020), mengelompokkan prinsip etika dalam penelitian atau pengumpulan data menjadi tiga bagian secara umum:

1. Prinsip manfaat

a. Bebas dari penderitaan

Penelitian harus terlaksana tanpa menimbulkan kesengsaraan bagi responden, khususnya apabila melibatkan tindakan khusus.

b. Bebas dari eksploitasi

Partisipasi responden pada penelitian harus dilindungi dari eksploitasi. Peneliti harus memastikan bahwa informasi yang diberikan atau partisipasi di penelitian tidak akan dimanfaatkan untuk merugikan mereka dalam bentuk apapun.

c. Risiko (*benefits ratio*)

Peneliti harus mempertimbangkan dengan cermat rasio antara risiko dan manfaat yang mungkin timbul bagi subjek penelitian dari setiap tindakan.

2. Prinsip menghargai hak asasi manusia (*respect human dignity*)

a. Hak untuk ikut/ tidak ikut menjadi responden (*right to self determination*)

Peneliti harus memperlakukan responden secara manusiawi, memberikan mereka kebebasan untuk memutuskan apakah mereka ingin berpartisipasi dalam penelitian atau tidak, tanpa ada tekanan atau ancaman terhadap perawatan mereka, terutama jika mereka adalah pasien.

b. Hak untuk mendapatkan jaminan dari perlakuan yang diberikan (*right to full disclosure*)

Peneliti harus memberikan penjelasan rinci kepada responden dan bertanggung jawab atas informasi yang diberikan serta konsekuensinya kepada mereka.

c. *Informed consent*

Responden harus diberikan penjelasan yang komprehensif mengenai tujuan penelitian yang akan dilakukan, serta memiliki kebebasan untuk memutuskan apakah mereka ingin berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Dalam persetujuan yang diinformasikan, juga harus diungkapkan bahwa data yang mereka berikan hanya akan digunakan untuk tujuan pengembangan pengetahuan ilmiah.

3. Prinsip keadilan (*right to justice*)

a. Hak untuk mendapatkan pengobatan yang adil (*right in fair treatment*)

Peneliti harus memperlakukan responden secara adil sepanjang proses penelitian, dari awal hingga akhir, tanpa diskriminasi, terlepas dari keputusan mereka untuk berpartisipasi atau tidak dalam penelitian tersebut.

b. Hak dijaga kerahasiannya (*right to privacy*)

Responden memiliki hak untuk meminta bahwa data yang mereka berikan dijaga kerahasiannya, sehingga mungkin perlu dilakukan tanpa nama (*anonymity*) dan rahasia (*confidentiality*).

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Bab ini membahas hasil dari penelitian yang telah dilakukan peneliti pada September - Desember 2023 di Puskesmas Poncol Kota Semarang dengan jumlah responden 100 orang, adapun isi dari bab ini meliputi 1) karakteristik demografi dari responden, yakni usia, jenis kelamin, lama menderita, agama dan status pernikahan, 2) variable meliputi tingkat spiritualitas dan respon berduka pada ODHIV.

E. Karakteristik Demografi Responden

Penelitian ini melibatkan 100 responden sebagai sampel, dengan beragam karakteristik seperti usia, jenis kelamin, durasi penderitaan, agama, dan status pernikahan.

1. Usia

Tabel 4. 1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia

Variabel	Mean \pm SD	Median	Minimum-Maximum
Usia	33,87 \pm 6,345	34	20-62

Berdasarkan tabel 4.1 didapatkan “hasil dari 100 responden penderita HIV, responden terbanyak berada pada usia 33,87 tahun (standar deviasi \pm 6,345). adapun usia paling muda yaitu 20 tahun, sedangkan usia paling tua dalah 62 tahun”

2. Jenis Kelamin

Tabel 4. 2 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Jenis Kelamin

Variabel	Frekuensi	Prsentase
Jenis Kelamin		
Laki-laki	81	81.0
Perempuan	19	19.0
Total	100	100.0

Berdasarkan tabel 4.2 didapatkan “hasil dari 100 responden penderita HIV, responden terbanyak berjenis kelamin laki-laki yaitu terdapat 81 orang (81%) sedangkan untuk responden dengan jenis kelamin perempuan sebanyak 19 (19%)”

3. Status Pernikahan

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Status Pernikahan

Variabel	Frekuensi	Presentase
Pernikahan		
Nikah	59	59.0
Belum Menikah	41	41.0
Total	100	100.0

Berdasarkan tabel 4.3 didapatkan “hasil dari 100 responden penderita HIV, sebagian besar responden belum menikah yaitu 59 (59%) responden, sedangkan untuk responden dengan status nikah sebanyak 41 (41%) responden”

4. Lama Menderita

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Lama Menderita

Variabel	Mean \pm SD	Median	Minimum-Maximum
Lama Menderita	3,7 \pm 1,850	4	1-10

Berdasarkan tabel 4.4 didapatkan “hasil dari 100 responden penderita HIV, responden lama menderita terbanyak berada pada 3,7 tahun (standar deviasi \pm 1,850). adapun lama menderita paling rendah yaitu 1 tahun, sedangkan lama menderita paling lama dalah 10 tahun”

5. Agama

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Agama

Variabel	Frekuensi	Presentase
Agama		
Islam	71	71.0
Katolik	21	21.0
Protestan	8	8.0
Total	100	100.0

Berdasarkan tabel 4.5 didapatkan “hasil dari 100 responden penderita HIV, sebagian besar responden beragama islam yaitu 71 (71%) responden, sedangkan

untuk responden dengan agama katolik sebanyak 21 (21%) responden. Dan responden dengan agama protestan sebanyak 8 (8%) responden”

F. Deskripsi Variabel Penelitian

1. Tingkat Spiritual

Pada penelitian ini variabel pertama yang di ukur yaitu tingkat Tingkat Spiritual ODHA, penelitian ini melibatkan 100 responden yang melakukan pengobatan di Puskesmas Poncol Kota Semarang. Pada variabel Tingkat Spiritual hasil penelitian diinterpretasikan menjadi tiga kategori yakni “tinggi”, “sedang” dan “rendah”

Tabel 4. 6 Distribusi frekuensi tingkat spiritualitas penderita HIV di Puskesmas Poncol Kota Semarang

Variabel	Frekuensi	Presentase
Spiritualitas Sedang	21	21.0
Tinggi	79	79.0
Total	100	100.0

Berdasarkan pada tabel 4.6 dapat dilihat proporsi penderita HIV di Puskesmas Poncol Kota Semarang berdasarkan spiritualitas banyak ditemui pada kelompok dengan tingkat spiritual tinggi yaitu terdapat 79 responden (79%), responden dengan tingkat spiritual sedang sebanyak 21 responden (21%).

2. Tahap Berduka

Variabel kedua pada penelitian ini yaitu tahap berduka ODHIV, pada penelitian ini melibatkan 100 responden yang menjalani pengobatan di Puskesmas Poncol Kota Semarang, pada variabel ini hasil diinterpretasikan menjadi lima kategori yaitu denial, anger, bargaining, depression, acceptance.

Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Respon Berduka Sub Variabel *Denial*

Variable	Frekuensi	Presentase
Denial		
Rendah	65	65.0
Sedang	29	29.0
Tinggi	6	6.0
Total	100	100.0

Berdasarkan pada tabel 4.7 dapat di lihat proporsi respon berduka sub variable Denial pada ODHIV di Puskesmas Poncol Kota Semarang banyak di temui dengan tingkat kategori rendah yaitu terdapat 65 responden (65%), responden dengan tingkat kategori sedang sebanyak 29 responden (29%), dan pada responden dengan tingkat kategori tinggi sebanyak 6 responden (6%).

Tabel 4.8 Distribusi Frekuensi Respon Berduka Sub Variabel *Anger*

Variable	Frekuensi	Presentase
Anger		
Rendah	34	34.0
Sedang	66	66.0
Total	100	100.0

Berdasarkan pada tabel 4.8 dapat di lihat proporsi respon berduka sub variable Anger pada ODHIV di Puskesmas Poncol Kota Semarang banyak di temui dengan tingkat kategori sedang yaitu terdaapat 66 responden (66%), dan pada responden dengan tingkat kategori tinggi sebanyak 34 responden (34%).

Tabel 4.9 Distribusi Frekuensi Respon Berduka Sub Variabel *Bergaining*

Variable	Frekuensi	Presentase
Bargaining		
Rendah	59	59.0
Sedang	35	35.0
Tinggi	6	6.0
Total	100	100.0

Berdasarkan pada tabel 4.9 dapat di lihat proporsi respon berduka sub variable Bergaining pada ODHIV di Puskesmas Poncol Kota Semarang banyak di temui dengan tingkat kategori rendah yaitu terdapat 59 responden (59%), responden

dengan tingkat kategori sedang sebanyak 35 responden (35%), dan pada responden dengan tingkat kategori tinggi sebanyak 6 responden (6%).

Tabel 4.10 Distribusi Frekuensi Respon Berduka Sub Variabel Depression

Variable	Frekuensi	Presentase
Depression		
Rendah	64	64.0
Sedang	29	29.0
Tinggi	7	7.0
Total	100	100.0

Berdasarkan pada tabel 4.10 dapat di lihat proporsi respon berduka sub variable Depresi pada ODHIV di Puskesmas Poncol Kota Semarang banyak di temui dengan tingkat kategori rendah yaitu terdapat 64 responden (64%), responden dengan tingkat kategori sedang sebanyak 29 responden (29%), dan pada responden dengan tingkat kategori tinggi sebanyak 7 responden (7%).

4.11 Distribusi Frekuensi Respon Berduka Sub Variabel Acceptance

Variable	Frekuensi	Presentase
Acceptance		
Rendah	69	69.0
Sedang	20	20.0
Tinggi	11	11.0
Total	100	100.0

Berdasarkan pada tabel 4.11 dapat di lihat proporsi respon berduka sub variable Acceptance pada ODHIV di Puskesmas Poncol Kota Semarang banyak di temui dengan tingkat kategori rendah yaitu terdapat 69 responden (69%), responden dengan tingkat kategori sedang sebanyak 20 responden (20%), dan pada responden dengan tingkat kategori tinggi sebanyak 11 responden (11%).

BAB V

PEMBAHASAN

A. Interpretasi dan Pembahasan Hasil

1. Usia

Hasil penelitian mengenai gambaran tingkat spiritualitas dan respon berduka pada ODHIV, responden berdasarkan usia didapatkan rerata pada usia 34 tahun. Hal ini searah dengan penelitian lain dimana responden cenderung lebih banyak pada usia 30-39 tahun (Mardhiati, 2016). Penelitian lain dijelaskan terjadi HIV paling banyak pada rentan usia 31-40 tahun diperkirakan karena pada kelompok usia ini termasuk dalam “usia produktif” dimana pada “usia 31-40 tahun” seseorang cenderung aktif secara seksual, usia ini juga termasuk masa dimana seseorang merasa tubuh dalam keadaan segar, kuat, dan kebal terhadap penyakit pemikiran tersebut dapat menyebabkan seseorang cenderung tidak memperdulikan dampak dari setiap perbuatan yang dilakukan. Selain itu usia ini termasuk ketika seseorang mencapai puncak kesuksesan finansial, mereka mungkin menggunakan penghasilan mereka untuk aktivitas yang merugikan diri mereka sendiri, seperti mengonsumsi narkoba atau terlibat dalam hubungan seksual tanpa pengaman di luar rumah (Ramadhani, 2017).

Berdasarkan beberapa pernyataan tersebut peneliti berasumsi pada usia lebih dari 30 tahun seseorang berada pada usia reproduktif dimana seseorang akan menggebu-gebu secara seksual dan cenderung tidak

peduli dengan dampak dari perilaku menyimpang yang dilakukan, hal ini berkaitan erat dengan penularan HIV.

2. Jenis Kelamin

Hasil penelitian didasarkan jenis kelamin responden penderita HIV di Puskesmas Poncol Kota Semarang lebih banyak laki-laki yang menderita HIV yaitu terdapat 81 responden. Hal ini sejalan dengan penelitian lain dimana penderita HIV banyak dialami pada kelompok jenis kelamin laki-laki, hal ini dapat disebabkan laki-laki cenderung lebih banyak mengkonsumsi napza dengan jenis jarum suntik, selain itu laki-laki cenderung melakukan seks bebas. Sedangkan banyaknya kasus yang terjadi pada perempuan dapat disebabkan adanya penularan yang terjadi melalui suami mereka yang sebelumnya melakukan seks bebas, selain itu dapat disebabkan karena perempuan menjadi pekerja seks komersial (PSK) (Ramadhani, 2017).

Hasil penelitian lain menyebutkan bahwa kasus laki-laki lebih tinggi dikarenakan laki-laki memiliki beberapa perilaku beresiko yang menyebabkan mudah terinfeksi HIV, laki-laki cenderung lebih aktif dalam mengekspresikan perilaku salah satunya perilaku seksual hal ini menyebabkan tidak sedikit laki-laki menyalurkan keinginan seksual dengan lebih dari satu orang. Selain itu, terdapat perbedaan antara pria dan wanita dalam memperhatikan kesehatan mereka; umumnya, wanita lebih memperhatikan kondisi kesehatannya daripada pria (Aryani, 2018).

3. Status Pernikahan

Dilihat berdasarkan status pernikahan penderita HIV di Puskesmas Poncol Kota Semarang mayoritas responden sudah menikah yaitu sebanyak 59 responden. Penelitian ini sejalan dengan penelitian lain dimana penderita HIV lebih banyak terjadi pada seseorang dengan status sudah menikah, hal ini merupakan dampak dari perilaku seseorang yang masih banyak dipengaruhi oleh lingkungan sekitarnya baik di pengaruhi secara langsung maupun tidak, kestabilan keluarga, komunikasi serta hubungan dengan pasangan pada status perkawinan dapat mempengaruhi perilaku dan sikap seseorang, banyak kasus ditemui pada perempuan penderita HIV terinfeksi oleh suami hal ini dapat disebabkan karena tidak harmoninya keluarga sehingga menyebabkan suami melakukan seks bebas di luar rumah dengan wanita lain (Manalu, 2018).

Penelitian lain yang telah dilakukan menyebutkan status setelah menikah akan menunjukkan bahwa orang tersebut sudah aktif secara seksual, dimana pada saat tidak mendapatkan perasaan puas dari pasangannya memicu seseorang untuk mencari perempuan atau laki-laki lain yang diidamkan, selain itu seorang suami maupun istri yang terinfeksi HIV cenderung melakukan seks tanpa menggunakan kondom hal ini dapat dijadikan dasar bahwa status perkawinan menjadi salah factor resiko penularan dan penyebaran HIV (Hasanah, 2017)

4. Lama menderita

Hasil penelitian mengenai gambaran tingkat spiritualitas dan respon berduka pada ODHIV menunjukkan bahwa lebih banyak responden terpapar HIV dengan minimal 1 tahun dan paling lama 10 tahun, yang paling dominan yaitu responden yang sudah terpapar 6 tahun lalu. Hal tersebut sebanding dengan penelitian lainnya yang mengemukakan bahwa paling banyak ODHIV lama terinfeksi lebih dari 3 tahun (Lubis, 2017). Hasil penelitian lain menjelaskan munculnya kasus baru belum mewakili dari semua kasus, karena dapat terjadi kemungkinan bahwa orang yang terpapar tersebut bukan pada fase jendela, namun sudah terinfeksi HIV sudah lama (Kambu, 2018).

5. Agama

Berdasarkan temuan penelitian ini, mayoritas responden menganut agama Islam sebesar 71%, diikuti oleh Protestan sebesar 21%, dan Katolik sebesar 8%. Dari hasil penelitian, mayoritas karakteristik responden adalah mereka yang beragama Islam, mencapai 71%. Data dari BPS Kota Semarang tahun 2022 juga menunjukkan bahwa sekitar 83,1% penduduk Kota Semarang menganut agama Islam, menjadikannya mayoritas agama di kota tersebut.

Amal dan Khofsoh (2017) menyatakan bahwa bagi penderita HIV, agama merupakan kebutuhan primer yang sangat penting. Mereka meyakini bahwa melalui agama, penderita HIV dapat berhubungan dengan pencipta untuk memohon pengampunan dan bantuan. Keyakinan

agama ini membantu mereka mengatasi konflik batin dan mencapai kedamaian.

6. Distribusi frekuensi penderita HIV berdasarkan Tingkat Spiritual

Penelitian di Puskesmas Poncol Kota Semarang menunjukkan bahwa mayoritas penderita HIV, sebanyak 79 responden, memiliki tingkat spiritualitas yang tinggi. Temuan ini sejalan dengan studi yang dilakukan oleh Spiritual dan Universitas Muhammadiyah Prof. DR. Hamka menyatakan bahwa 71% ODHIV memiliki spiritualitas diri yang lebih baik, hasil ini menunjukkan sebagian besar penderita HIV memiliki tingkat spiritualitas tinggi (Spiritia, 2017). Peneliti berasumsi tingginya tingkat spiritualitas ODHIV menunjukkan bahwa program pencegahan, pengobatan, dukungan serta perawatan bagi ODHIV dapat terlaksana dengan baik.

Pada penelitian ini penilaian tingkat spiritualitas dinilai berdasarkan kuesioner “*Daily Spiritual Experience Scale (DSES)*” milik Lyn G. Underwood yang dipakai guna mengukur tingkat spirituali memiliki beberapa aspek antara lain:

a. Hubungan

Berdasarkan rekapitulasi frekuensi jawaban sub variable pada hubungan berada pada kategori tinggi. Hal tersebut sesuai dengan penelitian (Fahri, 2017) dimana hubungan antara individu dengan tuhan dan lingkungannya pada kategori positif. Peneliti berasumsi bahwa ODHIV di Puskesmas Poncol Kota Semarang mayoritas memiliki

hubungan antara seorang individu dengan Tuhan dengan lingkungan di sekitarnya. Ketika seseorang memiliki ikatan yang erat dengan Tuhan, mereka merasa lebih dikuatkan dan tidak kesepian. Hubungan individu dengan lingkungannya merujuk pada interaksi antara individu dan lingkungannya, termasuk alam sekitarnya.

b. Kebahagiaan dan Rasa Transendensi Diri

Membahas mengenai kebahagiaan dan pengalaman transendensi diri, transendensi diri merujuk pada perasaan yang melampaui batas kemampuan, pengetahuan, dan pengalaman seseorang, yang memiliki dimensi spiritual dan religius. Menurut Frankl, konsep *self-transcendence* adalah kemampuan seseorang untuk mengatasi hambatan demi memenuhi tujuan hidupnya, yang melibatkan pengembangan nilai-nilai yang kuat, komitmen diri, dan partisipasi aktif dalam aktivitas yang bermakna untuk mencapai makna dan tujuan hidup. ODHIV di Puskesmas Poncol Kota Semarang memiliki sifat rasa transendensi diri yang tinggi dimana banyak diantara mereka yang sudah mampu memenuhi kebutuhan terhadap tingkat tujuan hidup.

c. Kekuatan dan Kenyamanan

Menguraikan pengalaman seseorang dengan kekuatan dan ketenangan spiritual. Kekuatan memberikan keberanian kepada individu dalam menghadapi tantangan kehidupannya, sementara kenyamanan menyediakan rasa aman dan melindungi dari situasi yang berpotensi membahayakan. Pada penelitian ini ODHIV di Puskesmas

Poncol Kota Semarang termasuk kedalam kategori yang tinggi. Hal tersebut sesuai dengan penelitian Rizkiyatu Zahro, (2019) dimana penelitian dilaksanakan menggunakan metode wawancara, diperoleh hasil dari 15 responden sebagian besar memiliki rasa kekuatan dan kenyamanan terhadap masalah yang dihadapi. Peneliti berasumsi bahwa ODHIV di Puskesmas Poncol Kota Semarang saat dihadapkan suatu masalah, selalu diberi kekuatan dan kenyamanan dengan meningkatkan spiritual.

d. Kedamaian

Penilaian berdasarkan kategori kedamaian sebagian besar ODHIV di Puskesmas Poncol Kota Semarang masuk dalam kategori tinggi, hal ini tercermin dari perilaku responden yang menunjukkan rasa damai dan ketenangan batin yang dirasakan oleh ODHIV baik dalam situasi baik maupun buruk, sehingga mereka tetap merasa tenteram.

e. Bantuan Tuhan

Berdasarkan jawaban responden terkait dengan bantuan Tuhan dalam menghadapi permasalahan ODHIV di Puskesmas Poncol Semarang menjelaskan seseorang yang memiliki tingkat spiritualitas yang tinggi akan mengandalkan bantuan Tuhan sebagai cara mereka mengatasi situasi sulit atau masalah, sehingga mereka dapat tetap meraih kesejahteraan psikologisnya.

f. Bimbingan Tuhan

Berdasarkan jawaban responden terkait dengan bimbingan tuhan dalam menghadapi permasalahan ODHIV di Puskesmas Poncol Semarang. Menjelaskan seseorang yang memiliki spiritualitas yang tinggi akan mengalami rasa bimbingan dari Tuhan setelah meminta pertolongan kepada-Nya, dan mampu menghadapi segala situasi di luar batas kemampuannya.

g. Persepsi dan merasakan cinta Tuhan

Berdasarkan jawaban responden terkait dengan Persepsi dan merasakan cinta Tuhan dalam menghadapi permasalahan ODHIV di Puskesmas Poncol Semarang menjelaskan individu akan merasakan kasih sayang baik secara langsung ataupun tidak langsung. Secara langsung, mereka akan mengalami momen yang penuh makna pada hidupnya. Secara tidak langsung, kasih sayang dapat dirasakan melalui interaksi dengan orang lain.

h. Kekaguman

Berdasarkan jawaban responden terkait dengan kekaguman dalam menghadapi permasalahan ODHIV di Puskesmas Poncol Semarang menjelaskan seseorang yang memiliki spiritualitas yang kuat akan merasa terkagum-kagum dengan keindahan segala ciptaan Tuhan, termasuk fenomena alam, peristiwa kehidupan, dan keelokan alam semesta.

Berdasarkan penelitian Pinho dkk (2015), peran penting spiritualitas dalam mengatasi HIV tercermin dalam partisipasi individu dalam kegiatan keagamaan, yang memungkinkan mereka untuk menggunakan sumber daya spiritual mereka secara bermakna dan positif. Mayoritas individu dengan HIV berasal dari kelompok agama terorganisir dan mengandalkan keyakinan mereka guna menghadapi penyakit ini. Pasien yang memiliki optimisme tinggi, harga diri yang kuat, kepuasan hidup yang tinggi, yang berasal dari kelompok minoritas, dan yang mengonsumsi alkohol dalam jumlah sedikit cenderung mempunyai tingkat spiritualitas tinggi. Spiritualitas mereka stabil dalam jangka waktu 12-18 bulan (Cotton dkk, 2017).

7. Distribusi frekuensi penderita HIV berdasarkan Respon Berduka

Pada penelitian ini penilaian respon berduka dinilai berdasarkan kuesioner *Kubler & Ross*, Berdasarkan penelitian yang sudah dilakukan bisa dilihat bahwa penderita HIV di Puskesmas Poncol Kota Semarang mayoritas dalam kategori depresi. Menurut *kubler & ross* dinilai berdasarkan empat domain yaitu (denial, anger, bargaining, depresi, dan acceptan). *Kubler, Ross* dalam Nursalam (2016) menguraikan lima tahap respon berduka seseorang terhadap penyakit, yakni:

1) Penolakan (Denial)

Berdasarkan jawaban responden terkait dengan denial dalam respon berduka permasalahan ODHIV di Puskesmas Poncol Kota Semarang sebanyak 100 responden yang mengalami denial tingkat “tinggi” sebanyak

6% sedangkan untuk tingkat “sedang” sebanyak 29%, dan tingkat “tinggi” sebanyak 65%. Pada pasien ODHIV yang mengalami *denial* dikarenakan kurangnya pengetahuan dan edukasi terkait penyebab terjadinya HIV. Pada tahap awal, pasien menunjukkan perilaku penolakan di mana mereka tidak memahami atau menerima secara emosional atau rasional hasil diagnosa mereka. Nursalam (2009) mencatat bahwa individu mungkin bersikap seolah-olah tidak ada masalah dan menolak untuk menerima bahwa mereka mengalami kehilangan. Penyangkalan ini bisa disebabkan oleh ketidaktahuan pasien akan kondisi mereka atau mungkin mereka sudah menyadari tetapi menolak untuk menerima kenyataan itu. Tanda-tanda penolakan bisa dilihat dari pernyataan pasien seperti "saya hanya butuh istirahat." Penyangkalan sering kali dapat diatribusikan pada interpretasi yang salah terhadap gejala sakit, ketidakpercayaan terhadap hasil tes laboratorium, atau bahkan penilaian yang meragukan terhadap kompetensi dokter dan perawat. Teori Rando dalam Rotter (2009) menyoroti bahwa karakteristik kehilangan yang tiba-tiba dan tidak terduga dapat mempengaruhi reaksi individu terhadap kehilangan tersebut. Penyangkalan diri yang kuat seringkali dapat menimbulkan kecemasan, tetapi pada dasarnya itu bertindak sebagai perlindungan terhadap kenyataan yang mungkin sulit diterima. Biasanya, penyangkalan bersifat sementara dan dengan cepat beralih ke tahap berikutnya dalam proses menghadapi kenyataan. Menurut Taylor (1995) yang dikutip oleh Papatungan, K (2010),

penyangkalan merupakan mekanisme pertahanan diri untuk mengurangi dampak penyakit.

2) Kemarahan (Anger)

Berdasarkan rekapitulasi jawaban responden terkait dengan anger dalam respon berduka permasalahan ODHIV di Puskesmas Poncol Semarang sebanyak 100 responden dengan tingkat sedang sebanyak 66% dan tingkat rendah sebanyak 34%. Pada pasien ODHIV di Puskesmas Poncol Kota Semarang yang mengalami *anger* terhadap penyakitnya dikarenakan rutin menjalani program terapi pengobatan ARV tetapi tidak kunjung sembuh. Apabila penyangkalan tidak lagi dapat dipertahankan, tahap pertama adalah kemarahan. Pasien seringkali menunjukkan perilaku yang dicirikan oleh perasaan marah dan rasa bersalah. Menurut teori Kubler-Ross (sebagaimana dijelaskan oleh Sarafino, 2006), respons ini sering kali dipicu oleh efek dari kampanye AIDS yang berkelanjutan yang memberikan informasi yang menakutkan. Pasien sering kali memindahkan kemarahan mereka pada berbagai hal di sekitar mereka, sering kali menyalahkan diri sendiri, dan munculnya perasaan penyesalan. Para perawat sering menjadi objek utama dari kemarahan ini, di mana segala tindakan mereka dianggap salah. Pasien dapat menunjukkan berbagai perilaku seperti permintaan yang tinggi, banyak berbicara, kesedihan, perilaku yang tidak baik, sikap kasar, menantang, kurang kooperatif, kemarahan yang kuat, sensitif, membutuhkan perhatian berlebihan, dan rasa cemburu. Saat keluarga mengunjungi, mereka bisa menunjukkan perilaku merendahkan diri yang

membuat keluarga enggan untuk berkunjung, sehingga menimbulkan beberapa bentuk agresi (Hudak dan Gallo, 1996). Kusumawati dan Hartono (2010) menyatakan bahwa beberapa faktor seperti persepsi individu terhadap peristiwa, makna peristiwa bagi individu, dampak peristiwa terhadap masa depan individu, mekanisme penanganan individu terhadap situasi tersebut, dan kehilangan orang yang dicintai, semuanya dapat memunculkan masalah bagi individu yang apabila terus menerus menimbulkan perasaan marah yang disinyalir menjadi penyebab masalah tersebut.

3) Sikap tawar menawar (Bargaining)

Berdasarkan rekapitulasi jawaban responden terkait dengan *bargainning* dalam respon berduka permasalahan ODHIV di Puskesmas Poncol Semarang responden yang mengalami berganing tinggi sebanyak 6% sedangkan untuk tingkat sedang sebanyak 35% dan tingkat rendah sebanyak 59%. Pada pasien ODHIV yang mengalami hal tersebut dikarenakan rasa penyesalan akibat perbuatan yang dilakukan sebelum terpapar HIV, seperti seks bebas ataupun mengonsumsi narkoba. Ketika amarahnya sudah berlalu, pasien cenderung merenung dan merasa protesnya tidak ada gunanya. Munculnya perasaan bersalah sering kali menandai awal dari pembangunan hubungan dengan Tuhan, di mana individu mulai memohon dan memberikan izin. Ini adalah tanda yang jelas bahwa pasien mulai setuju bahwa mereka akan lebih baik jika mengalami perubahan atau bahkan membuat janji-janji jika sembuh (seperti yang dijelaskan oleh Achir Yani,

1999). Koziar (2004) mengungkapkan bahwa pada tahap ini, seseorang mulai mempertimbangkan kemungkinan menghindari kerugian. Reaksi yang sering muncul adalah ekspresi rasa bersalah atau ketakutan atas dosa-dosa, baik yang sebenarnya maupun yang hanya ada dalam pikiran mereka.

4) Depresi (Depression)

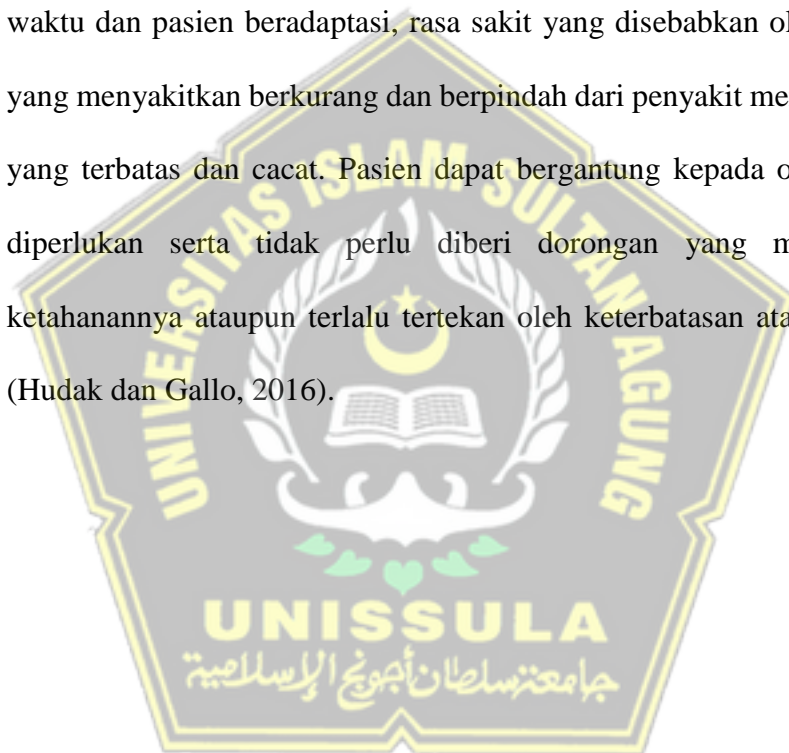
Berdasarkan rekapitulasi jawaban responden terkait dengan depresi dalam respon berduka permasalahan ODHIV di Puskesmas Poncol Semarang responden yang mengalami *depresi* tingkat “tinggi” sebanyak 7%, sedangkan untuk tingkat “sedang” sebanyak 29%, dan tingkat rendah sebanyak 64%. Pada pasien ODHIV yang mengalami tahapan *depression* dikarenakan banyak ODHIV yang sudah rutin melakukan berbagai terapi pengobatan tetapi tidak kunjung sembuh dan kurang dukungan dari keluarga maupun teman sebanyanya. Depresi adalah tahap keempat dalam tahap keempat Kubler-Ross, di mana seseorang yang menghadapi kematian sering mengalami masa-masa penuh tangis dan kesedihan, serta individu-individu yang berada dalam tahap ini mungkin berkata, “Saya sangat sedih, mengapa repot-repot?”, “Saya sangat sedih, mengapa repot-repot?”, “Saya aku akan mati...”, “Apa untungnya?”, “Aku merindukan orang yang kucintai” dan “mengapa aku harus hidup?” (Santock, 2007). Menurut teori psikoanalitik (Freud), seperti yang disampaikan oleh Tombissa David A. (2007), pasien yang mengalami depresi sering kali mengalami kehilangan objek cinta yang ambivalen, baik secara nyata maupun dalam pikiran mereka. Mereka bereaksi dengan kemarahan yang tidak disadari, yang kemudian diarahkan

pada diri sendiri dan penyebabnya, menyebabkan rendahnya harga diri dan depresi. Pada tahap ini, perilaku pasien mencakup ekspresi ketakutan akan masa depan dan usaha untuk menemukan peran baru dalam keluarga. Intensitas depresi dipengaruhi oleh makna dan tingkat keparahan penyakit, sebagaimana diungkapkan oleh Netty (1999) dan Nursalam (2007). Pada titik ini, pasien cenderung merasa sedih dan melupakan rasa marah serta menggunakan mekanisme pertahanan diri untuk mulai mengatasi rasa kehilangan tersebut secara konstruktif. Menurut Lubis (2009), depresi adalah kondisi yang disebabkan oleh pengalaman yang menyakitkan, yang mengakibatkan gejala seperti kesedihan yang berkepanjangan, perasaan putus asa, kepekaan, kehilangan kepercayaan diri, dan pemikiran tentang kematian yang berulang. Pasien mencoba mengadaptasi perilaku baru sesuai dengan batasan yang baru, sementara secara emosional, mereka mengalami kesedihan, ketidakberdayaan, keputusasaan, rasa bersalah, penyesalan yang mendalam, kesepian, dan kebutuhan untuk menangis.

5) Penerimaan (Acceptance)

Berdasarkan rekapitulasi jawaban responden terkait dengan acceptance dalam respon berduka permasalahan ODHIV di Puskesmas Poncol Semarang responden yang sudah menerima terkait penyakitnya pada tingkat tinggi sebanyak 11%, sedangkan untuk tingkat sedang sebanyak 20%, dan tingkat rendah 69%. Pada pasien ODHIV yang mengalami tahap *acceptance* dikarena sudah rutin melakukan program terapi pengobatan, dukungan keluarga maupun sebaya, dan menganggap penyakit yang diderita karena

cobaan dari sang pencipta maka pasien mejalaninya dengan sabar dan ikhlas. Menurut Kubler-Ross (Nursalam, 2017), mereka yang melalui tahapan tersebut hendaknya tidak memaksakan proses tersebut. Proses berduka bersifat sangat pribadi dan tidak boleh terburu-buru atau berlarut-larut, perlu diperhatikan bahwa tahap-tahapan tersebut akan berlalu seiring berjalannya waktu dan akan tercapai tahap “menerima”. Seiring berjalannya waktu dan pasien beradaptasi, rasa sakit yang disebabkan oleh pertemuan yang menyakitkan berkurang dan berpindah dari penyakit menjadi penyakit yang terbatas dan cacat. Pasien dapat bergantung kepada orang lain bila diperlukan serta tidak perlu diberi dorongan yang melebihi daya ketahanannya ataupun terlalu tertekan oleh keterbatasan atau kekurangan (Hudak dan Gallo, 2016).



B. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan yang dihadapi peneliti pada penelitian ini yakni:

1. Peneliti kesulitan dalam bertemu langsung dengan beberapa ODHIV dikarenakan adanya beberapa ODHIV yang menggunakan jasa untuk pengambilan obat setiap bulannya.
2. Adanya keterbatasan peneliti dikarenakan beberapa responden sulit untuk dimintai kesediaan saat wawancara bila tidak dibantu petugas yang bersangkutan.

C. Implikasi Keperawatan

1. Perawat dapat menggunakan hasil penelitian ini dalam mengedukasi atau memberikan penyuluhan mengenai spiritualitas dan respon berduka pada ODHIV
2. Perawat dapat menggunakan hasil penelitian ini untuk memotivasi atau memberikan dorongan semangat untuk ODHIV dalam kesembuhan dan memperhatikan kebutuhan dasar istirahat tidur
3. Perawat dapat menggunakan hasil penelitian ini sebagai peningkatan mutu asuhan keperawatan yang lebih komprehensif

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Penelitian ini melibatkan 100 responden yang melakukan pengobatan di Puskesmas Poncol Kota Semarang, dimana karakteristik responden berdasarkan usia mayoritas berusia 31-40 tahun, jenis kelamin terbanyak yaitu pada responden laki-laki, sedangkan menurut responden paling banyak memiliki status pernikahan sudah menikah, lama menderita responden mayoritas 3-5 tahun, dan responden paling banyak beragama islam.
2. Tingkat spiritualitas pada ODHIV di Puskesmas Poncol Kota Semarang pada kategori tinggi, jawaban responden kategori tinggi pada penilaian tingkat spiritualitas dengan nilai paling unggul pada kategori merasa bimbingan dalam kegiatan sehari-hari dengan Tuhan.
3. Pada ODHIV dengan tahapan *denial* di Puskesmas Poncol Kota Semarang yang mengalami *denial* dikarenakan kurangnya pengetahuan dan edukasi terkait penyebab terjadinya HIV.
4. Pada ODHIV dengan tahapan *anger* di Puskesmas Poncol Kota Semarang yang mengalami *anger* terhadap penyakitnya dikarenakan rutin menjalani program terapi pengobatan ARV tetapi tidak kunjung sembuh.

5. Pada ODHIV dengan tahapan *bargaining* di Puskesmas Poncol Kota Semarang yang mengalami hal tersebut dikarenakan rasa penyesalan akibat perbuatan yang dilakukan sebelum terpapar HIV, seperti seks bebas ataupun mengonsumsi narkoba.
6. Pada ODHIV dengan tahapan *depression* di Puskesmas Poncol Kota Semarang yang mengalami *depresi* dikarenakan banyak ODHIV yang sudah rutin melakukan berbagai terapi pengobatan tetapi tidak kunjung sembuh dan kurang dukungan dari keluarga maupun teman sebangunnya.
7. Pada ODHIV dengan tahapan *acceptance* di Puskesmas Poncol Kota Semarang yang mengalami tahap *acceptance* karena sudah rutin melakukan program terapi pengobatan, dukungan keluarga maupun sebaya, dan menganggap penyakit yang diderita karena cobaan dari sang pencipta maka pasien mejalaninya dengan sabar dan ikhlas.

B. Saran

Berdasarkan data-data yang diperoleh mengenai karakteristik, tingkat spiritualitas dan respon berduka pada ODHIV di Puskesmas Poncol Kota Semarang disarankan:

1. Bagi ODHIV diharapkan untuk tetap meningkatkan spiritualitas dan menjalankan pengobatan serta melakukan pemeriksaan kesehatan setiap bulannya.
2. Bagi peneliti selanjutnya bisa menambahkan obyek penelitian, jumlah responden, maupun variabel serta metode pengambilan data untuk

memperoleh hasil lebih baik serta dapat meneliti variabel respon berduka dikarenakan masih sedikit peneliti yang meneliti variabel respon berduka pada ODHIV.

3. Bagi masyarakat diharapkan untuk tidak melakukan tindak diskriminasi terhadap penderita HIV.



DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, N. A. (2017). Hubungan Faktor Lingkungan dengan Kejadian Tuberkulosis di Wilayah Kerja Puskesmas Gayam, Kecamatan Gayam, Kabupaten Bojonegoro. *Skripsi*, 1–68.
- Amal, A. I., & Khofsoh, E. (2017). Potret Kebutuhan Spiritual Pasien HIV / AIDS Description Of Spiritual Need Among Hiv Aids Patient. *Unissula Nursing Conference Call for Paper & National Conference*, 70–74.
- Andrianto, M. B. (2021). *dari 153 responden sebagian besar praktik keagamaan Islam kelompok HIV/AIDS adalah moderate 105 (68,6%)*. 3, 34–40.
- Ari Budiati Sri Hidayati. (2017). PENGARUH INTERVENSI SPIRITUAL EMOTIONAL FREEDOM TECHNIQUE (SEFT) TERHADAP TAHAP BERDUKA PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK YANG MENJALANI HEMODIALISIS DI RSU PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA. *Tesis. Program Studi Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta*.
- Fitri Rengganis. (2021). **KEBERMAKNAAN HIDUP PENDERITA HIV/AIDS DI RUMAH SINGGAH KEBAYA DALAM PRESPEKTIF SPIRITUALITAS**. *S1 Thesis, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta*.
- Fitriana, M. and Ninuk, N. (2018). *Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*.
- Husain, F., Purnamasari, A. O., Istiqomah, A. R., & Putri, A. L. (2021). Aisyiyah surakarta journal of nursing. *Aisyiyah Surakarta Journal of Nursing*, 2, 1–6.
- Izzati, W., & Vahana, N. E. (2014). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Mekanisme Koping Pasien Hiv / Aids Di Poli Serunai Rs Achmad Mochtar Bukittinggi 2013. *Afiyah*, I(I), 1–8. <http://ejournal.stikesyarsi.ac.id/index.php/JAV1N1/article/view/4>
- Kholison, F., Istiningtyas, A., Suryandari, D., Program, M., Keperawatan, S., Sarjana, P., Kesehatan, F. I., Surakarta, K. H., Program, D., Keperawatan, S., Sarjana, P., Kesehatan, F. I., Kusuma, U., & Surakarta, H. (2020). Hubungan Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Dengan Dukungan Keluarga Pada Pasien HIV/AIDS Di Ruang Bougenvile RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri Fatah. *Program Studi Keperawatan Program Sarjana Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kusuma Husada Surakarta*, 1–12.
- Koritelu, M. C., Desi, D., & Lahade, J. (2021). Penerimaan Diri dan Kualitias Hidup Penderita HIV/AIDS di Kota Ambon. *Jurnal Keperawatan Jiwa (JKJ)*:

Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 9(2), 263–274.

Maharani, D. M. (2019). Hubungan Antara Self-Esteem dengan Academic Burnout Pada Siswa Kelas XI SMA Negeri 1 Semarang Tahun Ajaran 2018/2019. *Skripsi*, 1–114.

Masruroh. (2018). Hubungan antara Dukungan Sosial Keluarga dengan Tingkat Stress pada Penderita HIV/AIDS (ODHA). *Jurnal Edu Health*, 4(1).

Murdianto. (2018). Stereotipe, Prasangka dan Resistensinya (Studi Kasus pada Etnis Madura dan Tionghoa di Indonesia). *Qalamuna*, 10(2), 137–160.

Notoatmodjo, S. (2015). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. PT Rineka Cipta.

Notoatmodjo, S. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. PT Rineka Cipta.

Nursalam. (2020). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis* (Edisi 5). Salemba Medika.

Nursalam, N. (2016). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Salemba Medika.

Patria, T. M., & Silaen, S. M. J. (2020). Hubungan self esteem dan adversity quotient dengan kemandirian belajar pada siswa kelas x di man 20 jakarta timur. *Jurnal IKRA-ITH Humaniora*, 4(1), 24–37.

RI, M. K. (2019). HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SELF EFFICACY PASIEN TB PARU DENGAN PENCEGAHAN PENULARAN TB WILAYAH KERJA PUSKESMAS KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2019. *Ayaz*, 8(5), 55.

Sepang, Chintia A.D., Esrom, K., & Ferdinand, W. (2018). Pengaruh Peran Perawat sebagai Konselor terhadap Respon Berduka Pasien HIV/AIDS Di BLU RSU PROF. DR. R. D. Kandou Manado. *Jurnal E-NERS*, 1(1).

Sugiyono. (2014). *Statistika untuk Penelitian*. Alfabeta.

Sugiyono. (2016). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Alfabeta.

Sugiyono. (2018). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Alfabeta.

Suryani, E. T. (2016). Gambaran Self Stigma Penderita HIV/AIDS di Poli Cendana Rumah Sakit Ngudi Waluyo Wlingi. *Jurnal Ners Dan Kebidanan (Journal of Ners and Midwifery)*, 3(3), 213–217. <https://doi.org/10.26699/jnk.v3i3.art.p213-217>

Tanjung, D. M. (2016). Karakteristik Distress Spiritual pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) di RSUP Haji Adam Malik Medan. Retrieved from <Http://Repository.Usu.Ac.Id/Handle/123456789/63305>.

Underwood, L. (2006). Ordinary spiritual experience: Qualitative research, interpretive guidelines, and population distribution for the Daily Spiritual Experience Scale. *Archive for the Psychology of Religion*, 28(1), 181–218.

