

ANALISIS HUBUNGAN FAKTOR DEMOGRAFI, PENYAKIT, DAN PSIKOLOGIS DENGAN MAKNA SPIRITUAL PENGALAMAN SAKIT

Nurhayati, Rohman

Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Muhammadiyah Jakarta

Email : dean.nur@yahoo.com, nurhayatideanur@gmail.com

ABSTRAK

Penelitian ini dilatar belakangi oleh prevalensi HIV/AIDS yang semakin meningkat hampir di seluruh dunia, terbanyak pada usia produktif, dan stigma masyarakat tinggi terhadap orang dengan HIV/AIDS (ODHA). **Tujuan:** Teridentifikasi hubungan faktor demografi (usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, agama, status ekonomi, status perkawinan), faktor penyakit (awal diagnosa, infeksi oportunistik, kepatuhan minum obat), dan faktor psikologi (cemas dan depresi) dengan makna spiritual pengalaman sakit pada ODHA di Jakarta Timur. **Metode:** Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional study*. Responden berjumlah 225 orang, pasien poliklinik Matahari Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I R. Said Sukanto, *Teknik sampling* digunakan *consecutive sampling*. **Hasil:** Hasil studi dengan uji *independent t test* diperoleh faktor usia dengan *p value* 0,043 artinya ada hubungan antara usia dengan makna spiritual pengalaman sakit, sedangkan faktor jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, agama, status ekonomi, status perkawinan, awal diagnosa, infeksi oportunistik, kepatuhan minum obat, cemas dan depresi diuji dengan *Chi Square* disimpulkan tidak ada hubungan dengan makna spiritual pengalaman sakit. Infeksi oportunistik merupakan faktor dominan berhubungan dengan makna spiritual pengalaman sakit. **Diskusi:** Kelompok responden PNS/TNI/POLRI berpeluang menemukan makna spiritual pengalaman sakit positif sebanyak 2,43 kali dibanding kelompok responden lainnya. **Kesimpulan:** ada hubungan antara usia dengan makna spiritual pengalaman sakit, dan infeksi oportunistik merupakan faktor dominan berhubungan dengan makna spiritual pengalaman sakit.

Kata Kunci; Makna Spiritual, Demografi, Penyakit, Psikologi.

THE CORRELATION ANALYSIS OF DEMOGRAPHIC FACTORS, DISEASE, AND PSYCHOLOGICAL WITH THE SPIRITUAL MEANING OF ILLNESS EXPERIENCE

Nurhayati, Rohman
Master of Nursing Study Program, Faculty of Nursing
Muhammadiyah University Jakarta
Email : dean.nur@yahoo.com, nurhayatideanur@gmail.com

ABSTRACT

*This research is motivated by the increasing prevalence of HIV / AIDS in almost all over the world, mostly at productive age, and the high community stigma against people with HIV / AIDS (PLWHA). **Objective:** Identify the relationship between demographic factors (age, gender, latest education, occupation, religion, economic status, marital status), disease factors (initial diagnosis, opportunistic infections, medication adherence), and psychological factors (anxiety and depression) with meaning. spiritual experience of illness in PLHIV in East Jakarta. **Methods:** This study used a cross sectional study design. The number of respondents was 225 people, patients from Matahari Polyclinic Bhayangkara Hospital Level I R. Said Sukanto. The sampling technique used consecutive sampling. **Results:** The results of the study using the independent t test showed that the age factor with a p value of 0.043 means that there is a relationship between age and the spiritual meaning of illness, while the factors of gender, latest education, employment, religion, economic status, marital status, early diagnosis, opportunistic infections, adherence to medication, anxiety and depression tested by Chi Square concluded that there was no relationship with the spiritual meaning of pain experiences. Opportunistic infection is a dominant factor related to the spiritual meaning of the experience of pain. **Discussion:** The PNS / TNI / POLRI respondent group had the opportunity to find the spiritual meaning of positive illness experiences 2.43 times compared to other respondent groups. **Conclusion:** There is a relationship between age and the spiritual meaning of the experience of pain, and opportunistic infections are the dominant factors related to the spiritual meaning of the experience of pain.*

Keywords; *Spiritual Meaning, Demography, Illness, Psychology.*

PENDAHULUAN

Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immuno Deficiency Syndrome (HIV/AIDS) menjadi masalah yang bersifat emergency, karena jumlahnya semakin meningkat hampir di seluruh dunia, terlebih prevalensi tertinggi pada usia produktif (UNAIDS, 2019). Stigma dan diskriminasi masyarakat terhadap ODHA pun berkembang secara luas yang mengakibatkan semakin memburuknya kondisi ODHA baik secara fisik maupun secara psikologis (Sarkar, Karmakar, Dasgupta, & Saha, 2019).

Sampai dengan tahun 2018 terdapat 37,9 juta orang di dunia terinfeksi HIV, 770.000 orang meninggal (UNAIDS, 2019). Di Asia Pasifik 5,9 juta orang terinfeksi HIV, 200.000 orang meninggal. Di Indonesia tahun 2017 terdapat 27.975 orang terinfeksi HIV dan 9.280 AIDS (Kemenkes RI, 2018). Kasus HIV/AIDS di Indonesia merupakan urutan ke-3 tertinggi di Asia Pasifik setelah Afghanistan dan Bangladesh (UNAIDS, 2019). Provinsi DKI Jakarta menempati urutan kedua setelah Provinsi Jawa Timur untuk kasus HIV, sedangkan untuk kasus AIDS menempati urutan keenam dari 34 provinsi yang ada di Indonesia. Di Provinsi DKI Jakarta itu sendiri Jakarta Timur menempati urutan kedua setelah Jakarta Pusat (Kemenkes RI, 2018).

Banyak ODHA memiliki interaksi sosial yang buruk (51,9%) dan memaknai pengalaman sakit negatif (63%) (Maulani & Fadilah, 2015) dimanifestasikan dalam bentuk perilaku negatif yang dapat merugikan ODHA dan lingkungan sekitarnya (Rahmawati & Muljohardjono, 2016).

Hal ini sejalan dengan penelitian (Lin, Dhaliwal, Kong, Chan, & Tan, 2017) di Singapura pada tahun 2010 sampai 2013 disampaikan bahwa ODHA yang memaknai sakit negatif cenderung menarik diri dari kehidupan sosial dan merasa malu yang berlebihan, keadaan ini timbul karena makna negatif yang dipersepsikan ODHA mengenai pengalaman sakitnya (Rahmawati & Muljohardjono, 2016). Dalam suasana hati yang penuh dengan kesedihan akan penyakitnya, ketakutan dan kecemasan akan kematian, *spiritualitas* menjadi pegangan hidup dan *religiositas* menjadi aktivitas dalam keseharian (Pedersen, 2015).

Program eliminasi kasus HIV/AIDS dengan target fast track adalah program yang dicanangkan dalam waktu dua dekade terakhir, dengan target sampai tahun 2020 terdapat 90% ODHA ditemukan, 90% ODHA on ART dan 90% ODHA dengan viral load tersupresi (Kemenkes, 2019).

Spiritualitas dan pemaknaan pengalaman sakit positif merupakan langkah mendekati diri kepada Tuhan (Prasojo, 2017). Tidak banyak kajian tentang faktor-faktor yang dapat membuat ODHA memberikan makna pengalaman sakit positif. Analisis kritis faktor yang berhubungan dengan kemampuan ODHA dalam menemukan makna spiritual pengalaman sakit dapat menjadi *leading* dalam menemukan makna spiritual pengalaman sakit positif.

Penyakit HIV/AIDS tergolong dalam penyakit kronik dan sampai saat ini belum ditemukan pengobatan yang efektif. Penyesuaian terhadap penyakit dilalui secara *maladaptif* sebagai dampak stigma negatif yang berkembang dimasyarakat. Dalam keputusan menghadapi penyakit yang diderita, spiritualitas merupakan strategi positif dalam menjalani sakitnya, tidak semua ODHA menemukan karena terkait dengan cara memberikan makna terhadap pengalaman sakitnya. Banyak faktor yang berpengaruh terhadap kemampuan ODHA dalam menemukan makna spiritual pengalaman sakit, oleh karena itu dianggap perlu melakukan *study literature* tentang “Bagaimana hubungan faktor demografi (usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, agama, status ekonomi, status perkawinan), faktor penyakit (awal diagnose, infeksi oportunistik dan kepatuhan minum obat), dan faktor psikologis (cemas dan depresi) dengan kemampuan menemukan makna spiritual pengalaman sakit?”

Tujuan dari penelitian ini yaitu teridentifikasi hubungan faktor demografi, faktor penyakit, dan faktor psikologi dan melakukan analisis faktor-faktor tersebut dengan kemampuan menemukan makna spiritual pengalaman sakit.

METODE

Penelitian ini menggunakan rancangan deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional study*. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien Poliklinik Matahari Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Jakarta Timur. Teknik sampling yang digunakan *non probability sampling* dengan teknik pengambilan sampel *consecutive sampling* dengan jumlah sampel 225 responden. Responden dipilih sesuai dengan kriteria inklusi yang sudah ditetapkan yaitu; bersedia menjadi responden, mengerti bahasa Indonesia, mengetahui status dirinya positif HIV, Usia 20 – 49 tahun dan dalam pengobatan Anti Retroviral.

Sehubungan terkendala Pandemi Covid -19, pengambilan data dilakukan secara *online* melalui *google formulir*. Kuisisioner yang digunakan terdiri dari 9 (sembilan) item pertanyaan, 7 (tujuh) pertanyaan karakteristik demografi, untuk mengetahui usia, jenis

kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, agama status ekonomi, status perkawinan dan 2 (dua) pertanyaan terkait penyakit yaitu mulai terdiagnosa HIV dan infeksi oportunistik. Sedangkan untuk mengukur tingkat kepatuhan minum obat diadaptasi dari instrument yang dikemukakan oleh Moresky (Cuevas & Pe, 2015), yaitu Moresky Medication Adherence Scale-8 (MMAS-8) terdiri dari 8 pertanyaan, untuk mengukur cemas dan depresi diadaptasi dari *instrument* yang dikemukakan oleh (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988), yaitu instrument *Beck Anxiety Inventory* (BAI) terdiri dari 21 item pertanyaan, *Beck Depression Inventory* (BDI) terdiri dari 21 item pertanyaan, dan instrument makna spiritualitas terdiri dari 17 item pertanyaan terkait makna spiritualitas terhadap pengalaman sakit.

Hasil uji validitas dan reliabilitas instrument MMAS-8 semua item pertanyaan mempunyai nilai r hasil $>$ r tabel dengan nilai *cronbach alpha* 0,96. Instrument BAI semua pertanyaan mempunyai nilai r hasil $>$ r tabel 1, dengan *cronbach alpha* 0,918, instrument BDI semua pertanyaan mempunyai nilai r hasil $>$ r tabel, dengan nilai *cronbach alpha* 0,929, Instrument makna spiritual semua pertanyaan mempunyai nilai r hasil $>$ r tabel dengan *cronbach alpha* 0,987. Dengan demikian semua instrument dalam penelitian ini dinyatakan valid dan reliabel.

Data diolah menggunakan analisis univariat, analisis bivariate (independent t test untuk variabel usia dan awal diagnose dan chi square untuk variabel lainnya), dan analisis multivariate menggunakan analisis *regresi logistic* ganda.

HASIL

Hasil analisis univariat di dapatkan variabel faktor demografi (usia) rata-rata usia responden 34,84 tahun, umur termuda 21 tahun dan tertua 49 tahun (tabel 1a), jenis kelamin mayoritas adalah laki-laki yaitu 167 orang (74,2%) pendidikan terakhir paling banyak pendidikan SMA 124 orang (55,1%), bekerja sebagai buruh/karyawan swasta yaitu 101 orang (44,9%), menganut agama islam 208 orang (92,4%), pendapatan kurang dari Rp. 4 juta/bulan 121 orang (53,8%), dan status menikah 187 orang (83,1%) (tabel 1b).

Hasil analisis univariat faktor penyakit diperoleh rata-rata pasien sudah terdiagnosa HIV 4,49 tahun, terpendek 0 tahun dan terlama 27 tahun (tabel 2a), *infeksi oportunistik* sebagian besar 137 orang (60,9%) responden tidak ada infeksi oportunistiks, mempunyai tingkat tingkat kepatuhan minum obat ARV tinggia, 94 orang (41,8%) (tabel 2b)

Hasil analisis univariat fektor psikologis sebagian besar responden mengalami cemas ringan 200 orang (88,9%) dan depresi ringan 192 orang (85,3%) (tabel 3)

Hasil analisis bivariate di dapatkan ada hubungan antara usia dengan kemampuan menemukan makna spiritual pengalaman sakit dengan *p value* 0,043 (tabel 5a), tidak ada hubungan antara jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, agama, status ekonomi dan status perkawinan dengan kemampuan menemukan makna spiritual pengalaman sakit (tabel 5b). tidak ada hubungan antara awal diagnose (tabel 6a), infeksi oportunistik dan kepatuhan minum obat dengan kemampuan menemukan makna spiritual pengalaman sakit (tabel 6b), tidak ada hubungan antara cemas dan depresi dengan kemampuan menemukan makna spiritual pengalaman sakit (tabel 7)

Hasil analisis multivariate pada tahap seleksi *bivariate* variabel usia, jenis kelamin dan infeksi oportunistik mempunyai nilai *p value* < 0,25, artinya ada hubungan yang bermakna antara usia, jenis kelamin dan infeksi oportunistik dengan kemampuan menemukan makna spiritual pengalaman sakit (tabel 8). Variabel tersebut memenuhi syarat untuk menjadi kandidat pada pemodelan *multivariate*, selanjutnya dilakukan analisis multivariat dengan kemampuan menemukan makna spiritual pengalaman sakit. Pada tahap pemodelan selanjutnya semua variabel mempunyai *p value* > 0,05, maka untuk selanjutnya dilakukan analisis kedua dengan mengeluarkan variabel yang mempunyai *p value* paling besar yaitu variabel usia dengan *p value* 0,212. Setelah variabel usia dikeluarkan tidak ada perubahan *odds ratio* $\geq 10\%$ pada variabel lain, untuk itu variabel usia dikeluarkan secara permanen. Variabel jenis kelamin (*p value* 0,042) dan variabel infeksi oportunistik (0,038) merupakan model terakhir.

Hasil uji interaksi antara variabel jenis kelamin dan variabel infeksi oportunistik diperoleh *p value* > 0,05 yaitu 0,095 (tabel 11) artinya tidak ada interaksi antara jenis kelamin dan infeksi oportunistik, oleh karena hasil analisis tidak ada interaksi, maka pemodelan ini *valid* secara *statistic*.

Berdasarkan tabel 12 dari analisis *multivariate* variabel yang berhubungan dan bermakna dengan makna spiritual pengalaman sakit adalah variabel jenis kelamin dan infeksi oportunistik. Hasil analisis didapatkan *p value* untuk jenis kelamin adalah 0,042 dengan Odds Ratio 0,466, artinya responden dengan jenis kelamin perempuan mempunyai peluang menemukan makna spiritual pengalaman sakit positif sebesar 0,466 kali dibandingkan dengan responden laki-laki, sedangkan untuk variabel infeksi oportunistik diperoleh *p value* 0,038 dengan odds ratio 0,517, artinya responden yang disertai infeksi oportunistik mempunyai peluang menemukan makna spiritual pengalaman sakit positif sebesar 0,517

kali dengan responden yang tidak disertai infeksi oportunistik. Dari pemodelan ini variabel yang dominan berhubungan dengan kemampuan menemukan makna spiritual pengalaman sakit adalah variabel infeksi oportunistik karena mempunyai *odds ratio* yang lebih besar dibanding variabel jenis kelamin.

Tabel 1a
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan
Faktor Demografi (Usia)
di Rumah Sakit Bhayangkara TK I R. Said Sukanto,
Juli 2020 (n=225)

Variabel	Mean Median	Standar Deviasi	Minimal Maximal
Usia	34,84 34,00	7,867	21 49

Tabel 1b
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Faktor Demografi
(Jenis Kelamin, Pendidikan Terakhir, Pekerjaan, Agama,
Status Ekonomi, Status Perkawinan)
di Rumah Sakit Bhayangkara TK I R. Said Sukanto,
Juli 2020 (n=225)

Variabel	Jumlah	Persentase (%)
Jenis Kelamin:		
- Laki-laki	167	74,2
- Perempuan	58	25,8
Pendidikan Terakhir:		
- Tidak Sekolah	1	0,4
- SD	9	4
- SMP	21	9,3
- SMA	124	55,1
- PT	70	31,1
Pekerjaan:		
- Tidak Bekerja	59	26,2
- Petani	-	-
- Buruh/Karyawanm Swasta	101	44,9
- Wiraswasta/Dagang	44	19,6
- PNS/TNI/POLRI	21	9,3
Agama:		
- Islam	208	92,4
- Kristen	14	6,2
- Protestan	2	0,9
- Hindu	-	-
- Budha	1	0,4
- Kong Hu Cu	-	-
Status Ekonomi:		
- Pendapatan \leq 4 juta/bulan	121	53,8
- Penapatan $>$ 4 juta/bulan	92	40,9

- Lainnya	12	5,3
Status perkawinan:		
- Belum/tidak Menikah	-	-
- Menikah	187	83,1
- Janda/Duda	38	16,9

Tabel 2a
**Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Faktor Penyakit (Awal
Diagnosa) di Rumah Sakit Bhayangkara TK I R. Said Sukanto,
Juli 2020 (n=225)**

Variabel	Mean Median	Standar Deviasi	Minimal Maximal
Awal Diagnosa	4,49 3,00	4,306	0 27

Tabel 2b
**Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Faktor Penyakit
(Infeksi Oportunistik dan Kepatuhan Minum Obat) di Rumah Sakit
Bhayangkara TK I R. Said Sukanto, Juli 2020 (n=225)**

Variabel	Jumlah	Persentase (%)
Infeksi Oportunistik:		
- Tidak ada	137	60,9
- Ada	88	39,1
Kepatuhan Minum Obat:		
- Rendah	54	24
- Sedang	77	34,2
- Tinggi	94	41,8

Tabel 3
**Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan
Faktor Psikologis (Cemas dan Depresi)
di Rumah Sakit Bhayangkara TK I R. Said Sukanto,
Juli 2020 (n=225)**

Variabel	Jumlah	Persentase (%)
Cemas:		
- Ringan	200	88,9
- Sedang	22	9,8
- Berat	3	1,3
Depresi:		
- Ringan	192	85,3
- Sedang	31	13,8
- Berat	2	0,9

Tabel 4
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan
Makna Spiritual
di Rumah Sakit Bhayangkara TK I R. Said Sukanto,
Juli 2020 (n=225)

Variabel	Jumlah	Persentase (%)
Makna Spiritual pengalaman Sakit:		
- Negatif	66	29,3
- Positif	159	70,7

Tabel 5a
Distribusi Responden Berdasarkan
Faktor Demografi (Usia) dengan Makna Spiritual
Pengalaman Sakit di Rumah Sakit Bhayangkara TK I R. Said Sukanto,
Juli 2020 (n=225)

Variabel	Makna Spiritual	Mean	SD	SE	P value	N
Usia	Negatif	33,0	7,730	0,952	0,043	66
	Positif	35,52	7,846	0,622		159

Tabel 5b
Distribusi Responden Berdasarkan Faktor Demografi
(Jenis Kelamin, Pendidikan Terakhir, Pekerjaan, Agama, Status Ekonomi dan
Status Perkawinan) dengan Makna Spiritual Pengalaman Sakit
di Rumah Sakit Bhayangkara TK I R. Said Sukanto,
Juli 2020 (n=225)

Kategori	Makna Spiritual pengalaman Sakit				Σ	P Value	OR 95% CI
	Negatif		Positif				
	N	%	N	%			
Jenis Kelamin:							
- Laki-laki	55	32,9	112	67,1	167	0,07	2,1
- Perempuan	11	19	47	81	58		
Pendidikan Terakhir:							
- Pendidikan Dasar	3	30	7	70	10	0,93	0,93
- Pendidikan Menengah	43	29,7	102	70,3	145	0,87	0,95
- Pendidikan Tinggi	20	28,6	50	71,4	70	P	P
Pekerjaan:							
- Tidak bekerja	17	28,8	42	71,2	59	P	P
- Buruh/Karyawan swasta + Wiraswasta/dagang	46	31,7	99	68,3	145	0,68	0,87
- PNS/TNI/POLRI	3	14,3	18	85,7	21	0,2	2,43
Agama:							
- Islam	63	30,3	145	69,7	208	0,41	2,03

- Non Islam	3	17,6	14	82,4	17		
Status Ekonomi:							
- Pendapatan \leq 4 Juta/bulan	42	31,6	91	68,4	133	0,46	1,31
- Pendapatan > 4 juta /bulan	24	16,1	68	73,9	92		
Status Perkawinan:							
- Menikah	58	31	129	69	187	0,30	1,69
- Janda/Duda	8	21,1	30	78,9	38		

Tabel 6a
Distribusi Responden Berdasarkan Faktor Penyakit
(Awal Diagnosa) dengan Makna Spiritual Pengalaman Sakit
di Rumah Sakit Bhayangkara TK I R. Said Sukanto,
Juli 2020 (n=225)

Variabel	Makna Spiritual	Mean	SD	SE	P value	N
Awal Diagnosa	Negatif	4,79	4,904	0,604	0,503	66
	Positif	4,36	4,043	0,321		159

Tabel 6b
Distribusi Responden Berdasarkan Faktor Penyakit
(Infeksi Oportunistik dan Kepatuhan Minum Obat) dengan Makna Spiritual
Pengalaman Sakit
di Rumah Sakit Bhayangkara TK I R. Said Sukanto,
Juli 2020 (n=225)

Kategori	Makna Spiritual pengalaman Sakit				Σ	P Value	OR 95% CI
	Negatif		Positif				
	N	%	N	%			
Infeksi Oportunities:							
- Tidak ada	47	34,3	90	65,7	137	0,06	1,9
- Ada	19	21,6	69	78,4	88		
Kepatuhan Minum Obat:							
- Rendah	16	29,6	38	70,4	54	0,77	1,11
- Sedang	20	26,0	57	74,0	77	0,4	1,34
- Tinggi	30	31,9	64	68,1	94	P	P

Tabel 8
Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Makna Spiritual Pengalaman
Sakit, di Rumah Sakit Bhayangkara TK I R. Said Sukanto, Juli 2020
(n=225)

No	Variabel	P Value
1	Usia	0,131
2	Jenis Kelamin	0,070
3	Pendidikan Terakhir	0,324
4	Pekerjaan	0,313
5	Agama	0,430
6	Status Ekonomi	0,843
7	Status Perkawinan	0,855
8	Awal Diagnosa	0,484
9	Infeksi Oportunistik	0,084
10	Kepatuhan Minum Obat	0,722
11	Cemas	0,855
12	Depresi	0,783

Tabel 9
Pemodelan Awal
Variabel Usia, Jenis Kelamin dan Infeksi Oportunistik
dengan Variabel Makna spiritual Pengalaman Sakit
di RS Bhayangkara TK I R. Said Sukanto,
Juli 2020,(n=225)
J

Variabel	Koefisien	S.E	Wald	df	P Value	OR	95% CI	
							Min	Max
Usia	0,025	0,020	1,556	1	0,212	1,025	0,986	1,067
Jenis Kelamin	-0,667	0,385	2,998	1	0,083	0,513	0,241	1,092
Infeksi Oportunistik	-0,611	0,321	3,618	1	0,057	0,543	0,289	1,019

Tabel 10
Pemodelan Kedua
Variabel Jenis Kelamin dan Infeksi Oportunistik
dengan Variabel Makna spiritual Pengalaman Sakit
di RS Bhayangkara TK I R. Said Sukanto,
Juli 2020 (n=225)

Variabel	Koefisien	S.E	Wald	df	P Value	OR	95% CI	
							Min	Max
Jenis Kelamin	-0,765	0,376	4,124	1	0,042	0,466	0,223	0,964
Infeksi Oportunistik	-0,661	0,318	4,304	1	0,038	0,517	0,277	1,019

Tabel 11
Uji Interaksi
Variabel Jenis Kelamin dan Infeksi Oportunistik
di RS Bhayangkara TK I R. Said Sukanto,
Juli 2020 (n=225)

Variabel	Koefisien	S.E	Wald	df	P Value	OR	95% CI	
							Min	Max
Jenis Kelamin	-0,408	0,426	0,917	1	0,338	0,665	0,289	1,532
Infeksi Oportunistik	-0,433	0,345	1,574	1	0,210	0,649	0,330	1,276
JK*IO	1,656	1,142	2,102	1	0,147	5,239	0,558	49,168

Tabel 12
Pemodelan Akhir
Variabel Jenis Kelamin dan Infeksi Oportunistik
dengan Variabel Makna spiritual Pengalaman Sakit
di RS Bhayangkara TK I R. Said Sukanto,
Juli 2020 (n=225)

Variabel	Koefisien	S.E	Wald	d	P Value	OR	95% CI	
							n	f
Jenis Kelamin	-0,765	0,376	4,124	1	0,042	0,466	0,223	0,964
Infeksi Oportunistik	-0,661	0,318	4,304	1	0,038	0,517	0,277	1,019

PEMBAHASAN

Rata-rata responden berusia 34,84 tahun, termuda 21 tahun dan tertua 49 tahun. Hasil uji independent t test ada hubungan dengan makna spiritual pengalaman sakit. Menurut Heber, (1987) pada usia tersebut telah mengetahui konsep benar dan salah, menggunakan keyakinan moral, agama dan etik sebagai dasar dari sistem nilai, sudah merencanakan kehidupan, mengevaluasi apa yang sudah dikerjakan terhadap kepercayaan dan nilai spiritualitasnya. Sikap religiusitas dan spiritualitas pada tahap ini ditandai dengan meyakini kebenaran agama berdasarkan keyakinan yang matang bukan sekedar mengikuti orang lain, cenderung bersifat realis artinya norma-norma agama lebih banyak diaplikasikan dalam kehidupan sehari-hari, bersikap positif terhadap ajaran agama, tingkat ketaatan dalam beragama berdasarkan pertimbangan dan tanggung jawab diri. Sikap keberagamaan cenderung mengarah kepada tipe kepribadian masing-masing, namun kapasitas diri, pengalaman, dan lingkungan sangat berpengaruh terhadap sikap religius dan spiritual seseorang (Iswati, 2018).

Jones & Bartlet, (2003) juga menjelaskan dalam “*Middle Range Theory of Spiritual Well-Being in Illness*” dengan keyakinan iman dan taqwa yang tinggi, akan dapat mengartikan suatu kondisi yang tidak menyenangkan atau penyakit kronis yang diderita sebagai sumber daya spiritual dalam rangka mendekati diri kepada sang Pencipta.

Mayoritas responden berjenis kelamin laki-laki dan hasil uji statistik Chi square menunjukkan tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kemampuan menemukan makna spiritual pengalaman sakit. Hal ini sejalan dengan apa yang disampaikan oleh (Sarvasti, 2020) bahwa laki-laki mempunyai tingkat keparahan, prevalensi dan patogenesis infeksi yang disebabkan oleh virus, bakteri ataupun jamur, laki-laki lebih beresiko terhadap penyakit infeksi baik yang ditularkan melalui orang ke orang, vector, darah, makanan ataupun secret. Hal ini berkaitan dengan struktur genomic yang membedakan antara laki-laki dan perempuan, laki-laki mempunyai satu kromosom X (XY) sedangkan perempuan mempunyai dua kromosom X (XX). Kromosom X terlibat dalam sistem imun *Innate* dan adaptif. Kromosom X mempunyai efektor yang berfungsi mengontrol proses transkripsi dan translasi untuk mengaktifkan reseptor sitokin, mengontrol mekanisme *noncoding micro ribonucleic acid (miRNA)*. Kromosom X mengandung 10% miRNA total yang terlibat dalam ekspresi gen dengan cara menghambat translasi RNA dengan cara mencetuskan degradasi RNA. Hal inilah yang membuat laki-laki lebih rentan terhadap infeksi dibandingkan dengan perempuan (Sarvasti, 2020). Hal ini sejalan dengan penelitian (Ilham, Triliana, & Tilaqza, 2020), bahwa responden laki-laki memiliki jumlah infeksi sekunder yang lebih banyak dibanding dengan perempuan dan memiliki durasi rawat inap yang lebih lama dibanding dengan perempuan, walaupun hasil penelitiannya disimpulkan tidak ada pengaruh antara jenis kelamin dengan durasi rawat inap.

Mayoritas responden berpendidikan menengah (SMP dan SMA), hasil uji hubungan menyimpulkan tidak ada hubungan pendidikan terakhir dengan kemampuan menemukan makna spiritual pengalaman sakit. Gambaran responden memungkinkan kurangnya pengetahuan tentang penyakit HIV (Anetor, 2019), begitu juga pengetahuan religius dan spiritual masih belum mencukupi, karena kurang terpaapar informasi keagamaan, ditambah dengan penyerapan informasi belum optimal (Jayani & Ruffaida, 2020). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Jayani & Ruffaida, 2020), dalam penelitiannya disampaikan responden berpendidikan menengah, memungkinkan pengetahuan penyakit dan spiritual kurang karena proses penyerapan informasi yang kurang.

Sebagian besar responden bekerja sebagai buruh/karyawan swasta/wiraswasta/dagang. Hasil uji statistik regresi logistik sederhana menyimpulkan tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan kemampuan menemukan makna spiritual pengalaman sakit. Peneliti berasumsi kurangnya keterikatan antara responden dengan perusahaan dan waktu kerja yang *fleksible* sangat memungkinkan responden menggunakan atau mengalihkan waktu untuk melakukan perilaku yang menyimpang yang beresiko terinfeksi HIV. Karyawan swasta cenderung mempunyai pendapatan yang lebih besar dibanding pekerja lainnya. Pendapatan yang besar dapat menjadi faktor pendorong untuk melakukan apapun yang beresiko terinfeksi HIV. Wiraswastawan mempunyai mobilitas tinggi, sering berada di luar rumah dan berinteraksi dengan banyak orang, ini pun dapat menjadi pemicu perilaku beresiko terinfeksi HIV, sementara buruh lebih banyak menghabiskan waktu di luar rumah, baik itu bekerja dalam shift atau paruh waktu. Waktu yang dihabiskan untuk melakukan aktivitas mencari nafkah mengalahkan waktu untuk memperkuat religius dan spiritualnya, bahkan terabaikan, ketergantungan terhadap Tuhan pun terlupakan, segala sesuatu dipikirkan berdasarkan keduniawian tanpa menghiraukan sandaran vertikal dengan Tuhan (Saktina & Satriyasa, 2017). Hal ini sejalan dengan tulisan (GJOREVSKA & TAKÁCS, 2016) bahwa situasi dan kondisi di tempat bekerja dapat mempengaruhi perilaku seseorang untuk melakukan atau tidak melakukan apapun. Pekerja harus merasa terlibat dalam tugas dan pekerja harus mempunyai keyakinan bahwa pekerjaan harus dipertanggung jawabkan bukan hanya kepada atasan saja tetapi kepada yang lebih tinggi lagi yaitu kepada Tuhan.

Mayoritas responden beragama Islam, hasil uji analisis statistik *chi square* menyimpulkan tidak ada hubungan antara agama dengan kemampuan menemukan makna spiritual pengalaman sakit. Tingginya responden yang memaknai pengalaman sakit positif menjadi modal dalam memberikan edukasi spiritual, karena banyak orang yang kehilangan religiusitas dan spiritualitas setelah terdiagnosa penyakit kronis yang mematikan terlebih pada orang yang terdiagnosa HIV karena tingginya stigma masyarakat terhadap penderita HIV (Amal & Khofsoh, 2018). Religiusitas memberikan pengaruh terhadap penerimaan diri ODHA atas penyakit yang diderita dan selalu mengambil hikmah dari setiap kejadian (Safrihsyah, Irmayani, & Nurafni, 2016). Andrianto¹, Mendrofa, & Muin (2019) dalam penelitiannya menjelaskan bahwa ketika seorang muslim menjalankan praktek keagamaan dengan baik, dapat membuat ODHA muslim menerima dirinya, pasrah dengan berusaha untuk tetap sehat, selalu berbaik sangka dan berpikir positif tentang penyakit yang dideritanya.

Sebagian besar responden mempunyai pendapatan di bawah Rp. 4 juta/bulan., hasil uji *statistic chi square* menyimpulkan tidak ada hubungan antara status ekonomi dengan kemampuan menemukan makna spiritual pengalaman sakit. Ada keterkaitan antara pendidikan terakhir dengan pekerjaan, antara pekerjaan dengan pendapatan. Pendidikan terakhir menentukan seseorang mendapatkan pekerjaan dan pekerjaan menentukan besar atau kecilnya pendapatan (Krause, Pargament, & Ironson, 2017). Pendapatan responden pada penelitian ini sebagian besar dibawah upah minimum kota (UMK) Jakarta yaitu sekitar Rp.4 juta (Jakarta, 2018).

Pendapatan merupakan salah satu indikator status ekonomi. Pendapatan yang tinggi membuat seseorang leluasa untuk melakukan apapun, termasuk menjadikan gaya hidup seseorang beresiko perilaku menyimpang. Pendapatan yang rendah pun menjadi pemicu terjadinya perilaku menyimpang, keadaan ekonomi yang berada di bawah rata-rata, akan menyebabkan seseorang mengerjakan apa saja yang mampu mendatangkan tambahan penghasilan. Orang sering lupa diri ketika dihadapkan pada persoalan ekonomi, petuah-petuah agama dan pesan-pesan *normative* tidak lagi diperdulikan, yang penting kebutuhan dapat terpenuhi tanpa memikirkan dari mana jalan mendapatkan materi (Mukti, A., Nasution, A.S. & Lubis, 2019).

Sebagian besar responden menikah, hasil analisis statistik *chi square* menunjukkan tidak ada hubungan antara status perkawinan dengan kemampuan menemukan makna spiritual pengalaman sakit, Banyaknya ODHA berstatus menikah dapat disebabkan menular dari pasangannya yang

Responden rata-rata sudah terdiagnosa HIV 4,49 tahun, hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan antara awal diagnosa dengan kemampuan menemukan makna spiritual pengalaman sakit. Semakin lama terinfeksi HIV, imunitas pun menurun secara progresif karena adanya kerusakan pada sel T CD4+, yang memicu invasi bakteri, jamur, dan virus dan dapat menyebabkan munculnya infeksi baru yang dapat memperburuk kondisi kesehatannya. Pada tahun-tahun pertama terdiagnosa HIV ODHA mengalami kecemasan yang tinggi terutama kecemasan terhadap kematian (Widianti, 2018), Perubahan religious pun terjadi setelah dinyatakan positif terinfeksi HIV, lebih mendekatkan diri kepada Tuhan, menghargai makna hidup dalam arti lebih melaksanakan ajaran agama sesuai dengan apa yang diperintahkan Tuhan, pasrah menerima keadaan dan menjadikan Tuhan sebagai tempat mengadu dikala merasa tidak berdaya (Prasojo, 2017). Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Jayani & Ruffaida, 2020), yang menyebutkan bahwa 45% responden mengalami peningkatan spiritual positif setelah

terdiagnosa HIV, aspek spiritual menjadi hal yang penting untuk diperhatikan karena dengan meningkatnya respon spiritual positif akan dapat beradaptasi dan menerima kondisi dirinya yang sudah terinfeksi HIV.

Mayoritas responden tidak mengalami kejadian *infeksi oportunistik*, hasil uji *statistic Chi square* menyimpulkan tidak ada hubungan antara kejadian infeksi oportunistik dengan kemampuan menemukan makna spiritual pengalaman sakit.

Mayoritas responden mempunyai tingkat kepatuhan minum obat tinggi, hasil uji *statistic regresi logistic* sederhana menunjukkan tidak ada hubungan antara kepatuhan minum obat dengan kemampuan menemukan makna spiritual pengalaman sakit. Kepatuhan minum obat pada penelitian ini belumlah optimal, karena masih ada celah untuk terjadinya resistensi ARV dan rentan terjadinya kondisi kesehatan yang memburuk, munculnya infeksi oportunistik bahkan kematian (Dalmida et al., 2017). Semua ODHA berniat untuk mengikuti program pengobatan dengan baik, tetapi diperjalanan tidak semudah itu untuk diikuti karena efek samping dari ARV membuat tidak nyaman bahkan banyak yang drop out, kondisi inilah yang terjadi dan menjadi fenomena hampir sebagian besar ODHA, untuk mempertahankan bahkan meningkatkan tingkat kepatuhan sangat dibutuhkan dukungan, baik itu dari keluarga (Beyene Gebreziabher et al., 2019), kelompok sebaya (Bitew et al., 2016), kelompok agama dan dari tim pelayanan kesehatan (Jones & Bartlet, 2003). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Dalmida et al., 2017), menyimpulkan ada hubungan antara dukungan sosial dengan kepatuhan minum ART.

Mayoritas responden mengalami cemas ringan, sedangkan hasil uji *statistic regresi logistic* menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara cemas dengan kemampuan menemukan makna spiritual pengalaman sakit, Sebagian besar responden mengalami depresi ringan, hasil uji *statistic regresi logistic* sederhana menyimpulkan tidak ada hubungan antara depresi dengan kemampuan menemukan makna spiritual pengalaman sakit,

Peneliti berasumsi semakin kecil tingkat cemas dan depresi akan semakin mampu menemukan makna spiritual pengalaman sakit positif, peran dukungan sosial terutama dukungan religiusitas sangat bermanfaat untuk menghilangkan atau mengurangi depresi. Depresi itu sendiri muncul karena berkembangnya stigma dan diskriminasi di masyarakat yang menilai bahwa seorang penderita HIV adalah manusia pendosa, manusia yang sedang dihukum karena perbuatannya sehingga harus dijauhi, hal ini akan sangat menyulitkan ODHA untuk melakukan aktivitas yang biasa dikerjakan sebelum terinfeksi HIV, hal ini sangat berdampak pada psikologi ODHA, yaitu merasakan penyesalan yang mendalam,

marah, kecewa, bingung, putus asa, dan tidak mempunyai harapan lagi untuk masa depan. Inilah yang memicu depresi pada ODHA. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Prasojo, 2017) pada penelitiannya dijelaskan bahwa religiusitas berperan dalam mengurangi depresi yaitu dengan cara lebih mendekatkan diri kepada Tuhan, lebih menghargai hidup setelah terdiagnosa HIV, membutuhkan berbagai dukungan untuk tetap bertahan hidup, dan masih mempunyai harapan untuk di masa depan. Hasil penelitian ini juga sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Amal & Khofsoh, 2018) penelitian ini memotret kebutuhan spiritual pada pasien HIV/AIDS dengan hasil didapatkan bahwa agama/religi merupakan kebutuhan yang paling dibutuhkan dan harus diperhatikan oleh seorang pemberi asuhan keperawatan karena spiritual telah terbukti dapat mengurangi depresi dan meningkatkan seseorang dalam memaknai hidup terlebih dalam kondisi imunitas yang menurun karena penyakit HIV/AIDS yang diderita.

Infeksi oportunistik merupakan faktor dominan berhubungan dengan kemampuan menemukan makna spiritual pengalaman sakit. Seiring dengan penurunan imunitas penyakit penyerta infeksi oportunistik biasanya muncul dalam beberapa tahun setelah penderita terinfeksi HIV, hal ini dapat membuat psikologis pasien semakin terganggu dan sakitpun semakin dalam dirasakan. Rasa sakit (illness) merupakan respon psikis yang dapat mengakibatkan melemahnya daya tahan tubuh sehingga mempersulit penyembuhan diri, pikiran dan emosi selalu terlibat dalam proses pemaknaan diri terhadap sakit yang berpengaruh terhadap kondisi fisik. Selain pengetahuan dan pengalaman, keimanan terhadap Allah SWT memberi keyakinan bahwa Allah lah yang dapat memberikan kesembuhan dan selalu ada hikmah di balik sakit . Dalam kondisi sakit terdapat pahala dan ampunan, jika seseorang dapat berperilaku sabar pasrah, semangat dan optimis maka Allah akan mengampuni dosa-dosanya. Kondisi sakit akibat suatu penyakit merupakan pemberian Allah yang mengingatkan betapa berharganya kondisi sehat (Rahmawati & Muljohardjono, 2016).

Kondisi sakit pada penderita HIV diperburuk dengan semakin menurunnya imunitas tubuh yang terjadi akibat destruksi sel T CD4+ yang memiliki afinitas tinggi terhadap HIV. Virus ini menempel pada sel limfosit T karena terdapat reseptor CD4+ terhadap gp 120 pada permukaan luar HIV. Hal ini menyebabkan penurunan sistem imunitas secara progresif sehingga infeksi oportunistik dapat muncul. Munculnya infeksi oportunistik mengindikasikan adanya efek pada imunitas yang dimediasi sel akibat imunodefisiensi dan berhubungan dengan jumlah sel T CD4+. Infeksi oportunistik muncul dalam bentuk infeksi baru oleh mikroorganisme lain (bakteri, fungi dan virus) atau reaktivasi infeksi laten yang

dalam kondisi normal dapat dikontrol oleh sistem imun sehingga tidak menimbulkan manifestasi, tetapi pada penderita HIV menjadi infeksi yang baru yang dapat membuat kondisi sakit lebih buruk lagi (Putri, Darwin, & Efrida, 2015).

Kejadian infeksi oportunistik inilah yang membuat penderita HIV menjadi cemas dan depresi, karena infeksi oportunistik sampai saat ini menjadi penyebab terbesar kematian pada penderita HIV (Yuliyanasari, 2017). Kepatuhan minum obat yang tinggi sangat diperlukan untuk membantu meminimalisir penurunan imunitas yang dapat memunculkan infeksi oportunistik, dukungan religiusitas dan spiritualitas yang tinggi sangat membantu dalam meningkatkan kepatuhan minum obat untuk mencegah terjadinya perburukan kondisi kesehatan ODHA (Badanta-Romero, de Diego-Cordero, & Rivilla-García, 2018)

Dalam kondisi kesehatan yang lebih buruk dari sebelumnya banyak orang yang beralih ke agama untuk mendapatkan dukungan spiritualitas, kebutuhan spiritualitas pada penderita HIV dapat mengembalikan keyakinan dan memenuhi kewajiban agama, serta kebutuhan untuk mendapatkan pengampunan. Agama bagi penderita HIV/AIDS dapat memberi keyakinan berkomunikasi dengan sang pencipta untuk memohon pengampunan dan pertolongan demi meredakan konflik batin serta mendapatkan kedamaian.

Dalam penelitian ini ditemukan sebagian besar responden beragama islam (92,4%) dengan rata-rata 34,84 tahun, yang dapat menemukan makna spiritual pengalaman sakit positif adalah rata-rata usia 35,52 tahu, artinya di atas rata-rata responden secara keseluruhan, pada usia tersebut mayoritas menyadari bahwa hidupnya harus banyak mendekatkan diri dengan Tuhan. spiritualitas bagi pasien dapat berarti penerimaan dan kepasrahan kepada Tuhan namun disertai dengan usaha dan ikhtiar untuk mendapatkan kesembuhan, salah satu caranya adalah dengan mendekatkan diri dan meningkatkan taqwa kepada Allah, koping religius inilah yang dilakukan penderita HIV/AIDS yaitu dengan mengembalikan hubungan dengan Alloh, melakukan perubahan besar pada diri sendiri setelah menderita penyakit terlebih setelah munculnya infeksi oportunistik (Andrianto1 et al., 2019). Peneliti berasumsi dengan koping religious yang baik akan memberikan dampak pemaknaan sakit positif.

KESIMPULAN

Penelitian ini terdiri dari tiga faktor yaitu faktor demografi yang meliputi; usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, agama, sttus ekonomi dan status perkawinan. Faktor penyakit meliputi awl diagnosa, infeksi oportunistik dan kepatuhan minum obat dn faktor psikologis yang terdiri dari cemas dan depresi. Makna spiritual yang ditemukan dalam

penelitian ini yaitu makna spiritual pengalaman sakit positif dan makna spiritual pengalaman sakit negatif.

Hubungan antara Faktor Demografi dengan Makna Spiritual Pengalaman Sakit: Ada hubungan antara usia dengan kemampuan menemukan makna spiritual pengalaman sakit. Tidak ada hubungan antara jenis kelamin, Pendidikan terakhir, pekerjaan, agama, status ekonomi dan status perkawinan dengan makna spiritual pengalaman sakit. Hubungan Faktor Penyakit dengan Makna Spiritual Pengalaman Sakit Tidak ada hubungan antara awal diagnose, infeksi oportunistik dan kepatuhan minum obat dengan makna spiritual pengalaman sakit. Hubungan Faktor Psikologi dengan Makna Spiritual Pengalaman Sakit, tidak ada hubungan antara cemas, depresi dengan makna spiritual pengalaman sakit. Analisis multivariate menyimpulkan Faktor dominan berhubungan dengan makna spiritual pengalaman sakit adalah infeksi oportunistik.

Saran

Perlu menerapkan asuhan keperawatan spiritual dalam pemberian pelayanan keperawatan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada pihak-pihak yang terlibat dalam penelitian ini

DAFTAR PUSTAKA

- Amal, A. I., & Khofsoh, E. (2018). Potret Kebutuhan Spiritual Pasien HIV / AIDS. *Unissula Press*, 70–74.
- Andrianto¹, M. B., Mendrofa, F. A. M., & Muin, M. (2019). *Hubungan Praktek Keagamaan Islam dengan Koping Religius pada Kelompok Penderita HIV/AIDS di Wilayah Kabupaten Temanggung*. 6(2), 129–133.
<https://doi.org/DOI:http://dx.doi.org/10.34310/jskp.v6i2.270>
- Anetor, G. (2019). Influence of Gender and Demographic Variables on Awareness of Secondary School Students on HIV/AIDS Infection in Abuja, Nigeria. *Journal of Applied Sciences and Environmental Management*, 23(1), 47.
<https://doi.org/10.4314/jasem.v23i1.8>
- Badanta-Romero, B., de Diego-Cordero, R., & Rivilla-García, E. (2018). Influence of Religious and Spiritual Elements on Adherence to Pharmacological Treatment. *Journal of Religion and Health*, 57(5), 1905–1917. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0606-2>
- Beck, Epstein, Brown, & Steer. (1988). *Behavioral Health Beck Anxiety Inventory (BAI) Beck Anxiety Inventory (BAI)*.
- Beyene Gebrezgiabher, B., Huluf Abraha, T., Hailu, E., Siyum, H., Mebrahtu, G., Gidey,

- B., ... Angesom, T. (2019). Depression among Adult HIV/AIDS Patients Attending ART Clinics at Aksum Town, Aksum, Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *Depression Research and Treatment*, 2019. <https://doi.org/10.1155/2019/3250431>
- Bitew, H., Andargie, G., Tadesse, A., Belete, A., Fekadu, W., & Mekonen, T. (2016). *Suicidal Ideation , Attempt , and Determining Factors among HIV / AIDS Patients , Ethiopia*. 2016. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1155/2016/8913160>
- Cuevas, C. De, & Pe, W. (2015). *Psychometric properties of the eight-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in a psychiatric outpatient setting*. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.11.003>
- Dalmida, S. G., McCoy, K., Koenig, H. G., Miller, A., Holstad, M. M. D., Thomas, T., ... Mugoya, G. (2017). Examination of the Role of Religious and Psychosocial Factors in HIV Medication Adherence Rates. *Journal of Religion and Health*, 56(6), 2144–2161. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0377-1>
- GJOREVSKA, N., & TAKÁCS, S. (2016). Making Organizations More Meaningful: Linking Spirituality, Leadership and Flow Theory in the Workplace. *Enterprise Odyssey. International Conference Proceedings*, (2), 113–121. Retrieved from <http://ra.ocls.ca/ra/login.aspx?inst=conestoga&url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ent&AN=118066056&site=eds-live&scope=site>
- Ilham, M., Triliana, R., & Tilaqza, A. (2020). the Role of Age , Gender , Job , and Health Financing To Hospitalization and Secondary Infection in Hiv Patients in Malang Hospital. *Jurnal Bio Komplementer Medicine*, 7(1), 1–9.
- Iswati, I. (2018). Karakteristik Ideal Sikap Religiusitas Pada Masa Dewasa. *At- Tajdid*, 02(01), 58–71.
- Jakarta, P. (2018). *Pergub_No._114_Tahun_2018.pdf* (pp. 1–3). pp. 1–3.
- Jayani, I., & Ruffaida, S. F. (2020). *Pengaruh Pendekatan Melalui Konseling Interpersonal Terhadap Respon Sosial, Emosional Dan Spiritual Pada Pasien Hiv/Aids*. 8(1), 62–73.
- Jones, & Bartlet. (2003). *4 A Middle-Range Theory of Spiritual Well-Being in Illness*.
- Kemenkes. (2019). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No : HK.01.107/MENKES/902019 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata :Laksana HIV*. Jakarta.
- Kemenkes RI. (2018). *InfoDatin-HIV-AIDS-2018.pdf* (p. 12). p. 12.
- Krause, N., Pargament, K. I., & Ironson, G. (2017). Spiritual Struggles and Health: Assessing the Influence of Socioeconomic Status. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 56(3), 620–636. <https://doi.org/10.1111/jssr.12364>
- Lin, Y. C., Dhaliwal, J. S., Kong, A. Z. H., Chan, L. G., & Tan, P. L. L. (2017). HIV-related stigma as perceived by HIV-positive individuals in Singapore. *HIV & AIDS Review*, 3(3), 176–182. <https://doi.org/10.5114/hivar.2017.70711>
- Maulani, & Fadilah, D. (2015). *Hubungan Persepsi ODHA Terhadap Stigma Masyarakat dengan Interaksi Sosial pada ODHA di Yayasan Lantera Minangkaba Support, Padang*. Retrieved from uri: <http://scholar.unand.ac.id/id/eprint/6497>

- Mukti, A., Nasution, A.S. & Lubis, S. . (2019). Peran Pendidikan Agama Islam Dalam Menghempang Perilaku Lesbian Gay Biseksual Transgender di Kota Medan. *Attazakki*, 3(1), 143–159. Retrieved from <http://www.jurnal.uinsu.ac.id/index.php/attazakki/article/view/4875>
- Pedersen, T. (2015). *Finding Spiritual Strength in Severe Illness Traci*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Prasojo, D. (2017). Peran Religiusitas Pada Penderita HIV dan AIDS Yang Mengalami Depresi. *Jurnal Studia Insania*, 5(1), 46–70. <https://doi.org/10.18592/jsi.v5i1.1270>
- Putri, A. J., Darwin, E., & Efrida, E. (2015). Pola Infeksi Oportunistik yang Menyebabkan Kematian pada Penyandang AIDS di RS Dr. M. Djamil Padang Tahun 2010-2012. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 4(1), 10–16. <https://doi.org/10.25077/jka.v4i1.174>
- Rahmawati, P., & Muljohardjono, H. (2016). *Meaning of Illness dalam Perspektif Komunikasi Kesehatan dan Islam*. 06, 319–331.
- Safrihsyah, Irmayani, R., & Nurafni. (2016). Makna Religiusitas pada Orang dengan HIV / AIDS di Banda Aceh. *Psikologi*, 21, 185–196.
- Saktina, P., & Satriyasa, B. (2017). Karakteristik Penderita Aids Dan Infeksi Oportunistik Di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar Periode Juli 2013 Sampai Juni 2014. *E-Jurnal Medika Udayana*, 6(3), 1–6.
- Sarkar, T., Karmakar, N., Dasgupta, A., & Saha, B. (2019). Stigmatization and discrimination towards people living with HIV/AIDS attending antiretroviral clinic in a centre of excellence in HIV care in India. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 6(3), 1241. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20190619>
- Sarvasti, D. (2020). *Pengaruh Gender dan Manifestasi kardiovaskuler pada Covid-19*. <https://doi.org/10.30701/ijc.1004>
- UNAIDS. (2019). *UNAIDS DATA 2019*.
- Widianti, E. (2018). Tingkat Kecemasan terhadap Kematian pada ODHA. *Jurnal Keperawatan Soedirman*, 12(3), 199. <https://doi.org/10.20884/1.jks.2017.12.3.758>
- Yuliyanasari, N. (2017). *Global Burden Disease – Human Immunodeficiency Virus – Acquired Immune Deficiency Syndrome (Hiv-Aids)*. (October 2016), 65–77.