

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil**

##### **1. Gambaran Lokasi Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Yayasan Victory Plus Yogyakarta yang beralamat di Jl. Tunggorono No. 5, Mrican, Caturtunggal, Depok, Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta. Yayasan Victory Plus Yogyakarta berdiri sejak tahun 2004 sebagai panti rehabilitasi rajawali. Pendiri dari panti rehabilitasi rajawali yaitu Samuel Rachmat Subekti, istri, dan Yan Michael. Awal mula tempat rehabilitasi ini diberi nama LSM Victory Plus, nama Victory Plus itu sendiri berarti orang-orang HIV positif yang mendapat kemenangan. Pada tahun 2016, LSM Victory Plus menjadi Yayasan Victory Plus Yogyakarta.

Yayasan Victory Plus Yogyakarta adalah salah satu yayasan yang bergerak dalam memberikan dukungan langsung kepada orang yang terdampak dengan HIV dan AIDS, seperti pendampingan pada ODHA. Sebagai wujud untuk meningkatkan kesejahteraan ODHA, Yayasan Victory Plus berupaya memberikan fasilitas sebaik mungkin bagi dampungannya yaitu membangun kepercayaan diri ODHA, ODHA memiliki pengetahuan tentang HIV/AIDS, memiliki akses dan layanan dukungan yang ada seperti pengobatan dan perawatan, HIV stop disini, melakukan kegiatan yang positif.

Program dan kegiatan di Yayasan Victory Plus Yogyakarta diantaranya pemberdayaan ODHA lewat dukungan sebaya, pendampingan ODHA dan OHIDHA dirumah maupun rumah sakit, pelatihan / *training* dan sosialisasi HIV/AIDS. Saat ini staff dan pendamping Yayasan berjumlah 22 orang yang terbagi menjadi 4 orang staff kantor, 17 orang pendamping, dan 1 orang staff *part time*.

## 2. Analisa univariat

## a. Karakteristik responden

Deskripsi hasil penelitian diperoleh karakteristik responden berdasarkan usia jenis kelamin, pekerjaan, status pernikahan, agama, pendidikan, tinggal dengan, dan terapi ARV disajikan dalam bentuk frekuensi (f) dan persentase (%) ditampilkan dalam table 4.1

**Tabel 4.1 Karakteristik Responden di Yayasan Victory Plus Yogyakarta**

Karakteristik Responden	Frekuensi (n)	Persentase (%)	Mean ± SD
Usia			34,30±5,335
Jenis Kelamin			
Laki-laki	47	63,5	
Perempuan	27	36,5	
Pekerjaan			
Tidak Bekerja	18	24,3	
Swasta	39	52,7	
Wiraswasta	10	13,5	
Buruh	7	9,5	
Status Perkawinan			
Menikah	35	47,3	
Tidak Menikah	33	44,6	
Janda/Duda	6	8,1	
Agama			
Islam	65	87,8	
Katolik	3	4,1	
Kristen	6	8,1	
Pendidikan			
Tidak Sekolah	1	1,4	
SD	7	9,5	
SMP	9	12,2	
SMA	42	56,8	
Perguruan Tinggi	15	20,3	
Tinggal Dengan			
Keluarga	48	64,9	
Sendiri	13	17,6	
Teman	13	17,6	
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100</b>	

Sumber: Data Primer, 2020

Tabel 4.1 dapat dilihat bahwa karakteristik berdasarkan usia, rata-rata usia responden yaitu 34,30±5,335, jenis kelamin laki-laki sebanyak 47 responden (63,5%), pekerjaan swasta 39 responden (52,7%), status

perkawinan menikah sebanyak 35 responden (47,3%), agama mayoritas menganut agama Islam dengan jumlah 65 responden (87,8%), pendidikan terakhir terbanyak SMA 45 responden (56,8%) dan lebih banyak tinggal bersama keluarga 48 responden (64,9%).

b. Mekanisme koping

Berdasarkan hasil penelitian diketahui distribusi frekuensi mekanisme koping pada ODHA di Yayasan Victory Plus Yogyakarta ditampilkan dalam tabel 4.2

**Tabel 4.2 Distribusi frekuensi Mekanisme Koping Status HIV pada ODHA di Yayasan Victory Plus Yogyakarta**

Mekanisme koping	Frekuensi	Persentase (%)
Adaptif	36	48,6
Maladaptif	38	51,4
Total	74	100

Sumber: Data Primer, 2020

Berdasarkan tabel 4.2 diketahui bahwa mekanisme koping yang digunakan ODHA sebagian besar maladaptif sebanyak 38 responden (51,4%).

c. Kualitas hidup

Berdasarkan hasil penelitian diketahui gambaran kualitas hidup penderita HIV disajikan berdasarkan domain yaitu domain fisik, psikologis, sosial, lingkungan dan kualitas hidup secara umum. Data tersebut disajikan dalam bentuk frekuensi (f) dan persentase (%). Gambaran kualitas hidup pasien HIV secara umum tercantum pada tabel 4.3.

**Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi kualitas hidup secara menyeluruh pada penderita HIV di Yayasan Victory Plus Yogyakarta**

Kualitas hidup secara menyeluruh	Frekuensi	Persentase (%)
Rendah	43	58,1
Tinggi	31	41,9
Total	74	100

Sumber: Data Primer, 2020

Berdasarkan table 4.3 diketahui hasil kualitas hidup secara menyeluruh penderita HIV pada ODHA sebagian besar dengan kategori rendah sebanyak 44 responden (58,1%).

Gambaran kualitas hidup ODHA berdasarkan masing-masing domain yaitu domain fisik, psikologis, sosial dan lingkungan tercantum pada tabel 4.4.

Tabel 4.4 Kualitas hidup berdasarkan Domain pada Penderita HIV di Yayasan Victory Plus Yogyakarta

<b>Domain fisik</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase (%)</b>
Rendah	41	55,4
Tinggi	33	44,6
<b>Domain Psikologis</b>		
Rendah	45	60,8
Tinggi	29	39,2
<b>Domain Sosial</b>		
Rendah	39	52,7
Tinggi	35	47,3
<b>Domain Lingkungan</b>		
Rendah	42	56,8
Tinggi	32	43,2
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100</b>

Sumber: Data Primer, 2020

Tabel 4.4 menunjukkan dilihat dari kualitas hidup berdasarkan domain fisik, psikologis, sosial dan lingkungan kualitas hidup ODHA di Yayasan Victory Plus Yogyakarta semuanya berada pada kategori rendah.

### 3. Analisis Bivariat

Hasil penelitian mekanisme koping dengan kualitas hidup secara umum dianalisis menggunakan *Somers' d* hasil tersebut tercantum pada tabel 4.5.

Tabel 4.5 Hubungan Mekanisme Koping dengan Kualitas Hidup Secara Umum Penderita HIV di Yayasan Victory Plus Yogyakarta

<b>Mekanisme koping</b>	<b>Kualitas Hidup</b>						<i>r</i>	<i>p-value</i>
	<b>Rendah</b>		<b>Tinggi</b>		<b>Total</b>			
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>		
Adaptif	6	8,1	30	40,5	36	48,6	0,817	0,000
Maladaptive	37	50	1	1,4	38	51,4		
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>58,1</b>	<b>31</b>	<b>41,9</b>	<b>74</b>	<b>100</b>		

Tabel 4.5 menunjukkan hasil uji *Somers'd* didapatkan hasil *p value* = 0,000 (<0,05). Artinya terdapat hubungan antara mekanisme koping dengan kualitas hidup *ODHA* di Yayasan Victory Plus Yogyakarta, dengan keeratan hubungan dalam kategori kuat (0,817).

**Tabel 4.6 Hubungan Mekanisme Koping dengan Domain Psikologis pada Kualitas Hidup Penderita HIV di Yayasan Victory Plus Yogyakarta**

Mekanisme koping	Domain Fisik						<i>r</i>	<i>p-value</i>
	Rendah		Tinggi		Total			
	N	%	N	%	N	%		
Adaptif	5	6,8	31	41,9	36	48,6	0,813	0,000
Maladaptif	36	48,6	2	2,7	38	51,4		
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>55,4</b>	<b>33</b>	<b>44,6</b>	<b>74</b>	<b>100</b>		

Tabel 4.6 menunjukkan hasil uji *Somers'd* didapatkan hasil *p value* = 0,000 (<0,05). Artinya terdapat hubungan antara mekanisme koping dengan domain fisik pada kualitas hidup *ODHA* di Yayasan Victory Plus Yogyakarta, dengan keeratan hubungan dalam kategori kuat (0,813).

**Tabel 4.7 Hubungan Mekanisme Koping dengan Domain Psikologis pada Kualitas Hidup Penderita HIV di Yayasan Victory Plus Yogyakarta**

Mekanisme koping	Domain Psikologis						<i>R</i>	<i>p-value</i>
	Rendah		Tinggi		Total			
	N	%	N	%	N	%		
Adaptif	11	14,9	25	33,8	36	48,6	0,603	0,000
Maladaptif	34	45,9	4	5,4	38	51,4		
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>60,8</b>	<b>29</b>	<b>39,2</b>	<b>74</b>	<b>100</b>		

Tabel 4.7 menunjukkan hasil uji *Somers'd* didapatkan hasil *p value* = 0,000 (<0,05). Artinya terdapat hubungan antara mekanisme koping dengan domain psikologis pada kualitas hidup *ODHA* di Yayasan Victory Plus Yogyakarta, dengan keeratan hubungan dalam kategori kuat (0,603).

**Tabel 4.8 Hubungan Mekanisme Koping dengan Domain Sosial pada Kualitas Hidup Penderita HIV di Yayasan Victory Plus Yogyakarta**

Mekanisme koping	Domain Sosial						<i>R</i>	<i>p-value</i>
	Rendah		Tinggi		Total			
	N	%	N	%	N	%		
Adaptif	4	5,4	32	43,2	36	48,6	0,811	0,000
Maladaptif	35	47,3	3	4,1	38	51,4		
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>52,7</b>	<b>35</b>	<b>47,3</b>	<b>74</b>	<b>100</b>		

Tabel 4.8 menunjukkan hasil uji *Somers'd* didapatkan hasil *p value* = 0,000 (<0,05). Artinya terdapat hubungan antara mekanisme koping dengan

domain sosial pada kualitas hidup *ODHA* di Yayasan Victory Plus Yogyakarta, dengan keeratan hubungan dalam kategori kuat (0,811).

**Tabel 4.9 Hubungan Mekanisme Koping dengan Domain Lingkungan pada Kualitas Hidup Penderita HIV di Yayasan Victory Plus Yogyakarta**

Mekanisme koping	Domain Lingkungan						<i>R</i>	<i>p-value</i>
	Rendah		Tinggi		Total			
	N	%	N	%	N	%		
Adaptif	7	9,5	29	39,2	36	48,6	0,733	0,000
Maladaptif	35	47,3	3	4,1	38	51,4		
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>56,8</b>	<b>32</b>	<b>43,2</b>	<b>74</b>	<b>100</b>		

Tabel 4.9 menunjukkan hasil uji *Somers' d* didapatkan hasil *p value* = 0,000 (<0,05). Artinya terdapat hubungan antara mekanisme koping dengan domain lingkungan pada kualitas hidup *ODHA* di Yayasan Victory Plus Yogyakarta, dengan keeratan hubungan dalam kategori kuat (0,733).

## B. Pembahasan

### 1. Karakteristik *ODHA* di Yayasan Victory Plus Yogyakarta

Hasil penelitian berdasarkan karakteristik usia rata-rata responden berusia 34 tahun. Hal ini mendukung penelitian yang dilakukan oleh Setyorini (2015) paling banyak responden berusia diantara 31 sampai 40 tahun. Usia merupakan variabel yang selalu diperhatikan didalam penyelidikan epidemiologi angka kesakitan maupun kematian hampir semua menunjukkan hubungan dengan usia (Novianti, 2015). Infeksi *HIV/AIDS* lebih banyak terjadi pada usia produktif, hal ini disebabkan karena pada usia tersebut memungkinkan lebih banyak melakukan perilaku seks bebas serta tidak aman yang berisiko terhadap penularan *HIV/AIDS* (Saktina dan Satriyasa, 2017). Penelitian yang dilakukan oleh Rukmi dan Darussalam (2018) menunjukkan bahwa *ODHA* yang memiliki usia lebih dari 25 tahun cenderung lebih terbuka dibandingkan usia kurang dari 25 tahun. Pada usia 25 tahun telah memasuki usia dewasa, karena pada usia tersebut sudah mantap dan stabil terhadap penerimaan coping, telah memahami arah dan tujuan hidupnya. Penelitian yang dilakukan oleh Tandik dkk (2018) *ODHA* yang sebagian besar adalah responden berusia

26-45 tahun. Studi oleh Desaalagen *et al*, (2019) juga menunjukkan responden dengan usia 30-39 tahun cenderung telah menggunakan koping yang maladaptif. Dilihat dari faktor usia, *ODHA* yang usianya lebih tua memiliki kualitas hidup lebih rendah dibandingkan dengan yang muda. Karena *ODHA* lebih tua terjadi penurunan fisik yang lebih besar dari waktu ke waktu karena terjadinya penuaan fisik, sedangkan yang muda untuk kesehatannya lebih baik (Degroote, Vogelaers, dan Vandijck, 2014).

Hasil penelitian pada karakteristik berdasarkan jenis kelamin lebih banyak laki-laki 47 responden (63,5%). Hal sama dengan temuan yang dilakukan oleh Irfantoro & Rukmi (2019) menunjukkan hasil penelitian lebih banyak laki-laki sebesar (72,15%). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Unzila, Nadhiroh dan Triyono (2014) paling banyak *ODHA* adalah pasien *HIV/AIDS* sebagian besar berjenis kelamin laki-laki. Faktor resiko yang dapat meningkatkan kejadian infeksi *HIV* yaitu hubungan laki-laki suka laki-laki (LSL) dan penasun meningkat menjadi 15% (Ditjen PP & PL Kemenkes, 2014). Hal ini menunjukkan bahwa trend jumlah penderita *HIV/AIDS* menurut jenis kelamin didominasi oleh laki-laki yang cenderung meningkat dari tahun ke tahun. Penelitian yang dilakukan Saktina dan Satriyasa (2017) menunjukkan bahwa distribusi proporsi penderita *AIDS* lebih banyak laki-laki dibandingkan perempuan. Tingginya proporsi laki-laki yang menderita *HIV/AIDS* diasumsikan karena banyaknya laki-laki yang melakukan hubungan seksual berisiko dan menggunakan napza suntik (penasun) dibandingkan perempuan yang lebih sering mendapatkannya dari pasangan seksual mereka.

Hasil penelitian karakteristik berdasarkan status pekerjaan lebih banyak bekerja dengan pekerjaan swasta sebesar (52,7%). Penelitian ini sejalan dengan penelitian Kambu dkk (2016) yang menjelaskan bahwa paling banyak *ODHA* bekerja sebagai pegawai swasta. Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang melaporkan bahwa angka kejadian *HIV/AIDS* cukup tinggi pada pekerja terutama karyawan swasta (Handajani dkk, 2012). Begitu juga penelitian Yuliandra dkk (2017)

diketahui pegawai swasta merupakan jenis pekerjaan dengan persentase tertinggi (19,1%). Tingginya kasus *HIV/AIDS* bila dikaitkan dengan pekerjaan nampaknya dapat diasumsikan bahwa orang yang bekerja dan mempunyai penghasilan sendiri (uang) cenderung dapat menjadi faktor pendorong untuk melakukan apa saja sesuai keinginannya dengan penghasilannya, termasuk membeli seks yang sebenarnya merupakan perilaku seks berisiko terhadap rentannya infeksi *HIV* (Saktina dan Satriyasa, 2017).

Hasil penelitian karakteristik berdasarkan status perkawinan lebih banyak sudah menikah sebesar (47,3%). Hal ini sejalan dengan penelitian Kambu dkk (2016) bahwa status perkawinan pada responden sebagian besar sudah menikah 61,3%. Tingginya angka kasus *ODHA* yang telah kawin dapat disebabkan karena penularan *HIV* melalui kontak seksual dari pasangannya (suami/istri). Penelitian ini sejalan dengan penelitian Rukmi dan Darussalam (2018) bahwa responden pada penelitian sebagian besar sudah menikah. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hardiansyah (2014) bahwa status perkawinan responden terbanyak yaitu belum kawin. Menurut Damalita (2014) seseorang yang sudah menikah maka ada kecenderungan untuk bebas melakukan perilaku berisiko yang mengakibatkan tertular *HIV* dan *AIDS*, terlebih mereka yang berada pada masa reproduksi pada fase tingginya gejala seksual. Sedangkan penelitian Ramjee *et al*, (2016) menunjukkan wanita yang belum menikah dan tidak tinggal bersama dengan pasangan yang stabil menghadapi lebih dari dua kali lipat risiko penularan *HIV* bila dibandingkan dengan wanita yang menikah atau tanpa pasangan seksual. Namun demikian, seseorang yang sudah menikah lebih mempunyai sumber koping yang adekuat, baik dari keluarga, pasangannya, dukungan sosial dan keluarga, dukungan dari konselor rumah sakit yang memiliki peran dalam meningkatkan kepercayaan diri seseorang sehingga dapat lebih mengembangkan koping yang adaptif terhadap stressor yang



berdampak pada kualitas hidup yang lebih baik Novianti, Parjo dan Dewi (2015).

Hasil penelitian karakteristik responden berdasarkan agama dalam penelitian ini menunjukkan paling banyak responden beragama Islam sebesar (87,8%). Hal ini sejalan dengan penelitian Damalita (2014) yang menunjukkan sebagian besar responden adalah agama islam (75,6%). Tingginya angka orang islam yang menderita *HIV/AIDS* menyiratkan bahwa hal lain yang berpengaruh adalah kualitas keimanan yang dimiliki oleh setiap orang Islam itu sendiri (Zainul, 2012). Studi oleh Zeth dkk (2010) mengungkapkan berdasarkan analisis epidemiologi menunjukkan bahwa perilaku nilai agama merosot pada masyarakat yang memiliki risiko terinfeksi *HIV/AIDS* 4 kali dibandingkan dengan masyarakat yang menjalankan nilai agama dengan baik. Nari dkk (2015) juga mengungkapkan bahwa ada keterkaitan tingkat religiusitas dengan perilaku seks berisiko. Pelanggaran nilai moral dan agama yang menyebabkan seseorang lebih bebas berbuat sesuatu termasuk hubungan seks diluar nikah yang dapat mengakibatkan berisiko terkena *HIV/AIDS*.

Berdasarkan hasil penelitian pada tingkat pendidikan paling banyak pendidikan SMA sebesar (56,8%). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hardiansyah (2014) bahwa pendidikan responden terbanyak adalah tamat SMA. Pendidikan merupakan upaya masyarakat untuk berperilaku atau mengadopsi perilaku dengan cara persuasi, bujukan, himbauan, ajakan, dan memberikan informasi dan memberikan kesadaran (Notoatmodjo, 2010). Pendidikan merupakan faktor eksternal yang dapat mempengaruhi seseorang, hal ini berkaitan semakin tinggi jenjang pendidikan seseorang, maka akan semakin mudah seseorang mendapatkan informasi (Sunaryo, 2007). Penelitian yang dilakukan oleh Tandi dkk (2018) juga menunjukkan ODHA yang sebagian besar berpendidikan SMA lebih banyak menggunakan mekanisme koping maladaptif. Studi lain oleh Handayani dan Dewi (2017) menyebutkan

bahwa *ODHA* berpendidikan tinggi berpeluang 4 kali lebih besar memiliki kualitas hidup yang baik dibandingkan *ODHA* berpendidikan rendah.

Hasil penelitian berdasarkan tempat tinggal paling banyak *ODHA* tinggal bersama keluarga sebesar (64,9%). Penelitian ini mendukung penelitian yang dilakukan Noviandra, Nurdin dan Ananda (2015) yang diperoleh data sekitar 77% dari 188 orang *ODHA* tinggal bersama keluarganya. *ODHA* yang tinggal dengan keluarga tentu akan lebih mendapatkan dukungan daripada *ODHA* yang tidak tinggal dengan keluarga. Dukungan keluarga yang diterima *ODHA* juga merupakan bentuk dukungan dari keluarga yang dapat mengurangi stress akibat berbagai masalah fisik, psikologis maupun sosial yang sering dihadapi *ODHA* (Noviandra, Nurdin dan Ananda, 2015). Salah satu tempat terbaik dalam merawat pasien dengan *HIV/AIDS* adalah rumah dan dikelilingi orang-orang tercinta. Pasien *HIV/AIDS* penting mengetahui bahwa ia bisa hidup dengan normal dan produktif. Demikian juga dengan keluarganya, keluarga harus bisa menerima *ODHA* dengan besar hati dan tidak melakukan diskriminasi terhadapnya, kadang tidak mudah membangkitkan semangat hidup *ODHA*. Dengan adanya diskriminasi terhadap *ODHA* juga akan cenderung menggunakan mekanisme koping yang maladaptif (Budiarti, 2016).

## 2. Mekanisme koping *ODHA* di Yayasan Victory Plus Yogyakarta

Hasil penelitian didapatkan bahwa mekanisme koping yang digunakan *ODHA* sebagian besar maladaptif sebanyak 38 responden (51,4%). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Suyoto dkk (2016) yang menunjukkan bahwa responden sebagian besar memiliki koping maladaptif sebesar 60%. Penelitian Sahara (2016) yang menilai gambaran mekanisme koping pada pasien *HIV*, didapatkan rata-rata mekanisme koping responden adalah maladaptif yaitu sebanyak 53,8%. Mekanisme koping maladaptif dapat berupa penyangkalan, kepasrahan, isolasi, menyembunyikan status, menganggap hal ini hukum karma dan lain sebagainya. *HIV/AIDS* merupakan masalah global dan terus menjadi

ancaman serius dibidang kesehatan. Secara fisiologis *HIV* menyerang sistem kekebalan tubuh penderitanya. Jika ditambah dengan stress psikososial-spiritual yang berkepanjangan pada pasien terinfeksi *HIV*, maka akan mempercepat terjadinya *AIDS*, bahkan meningkatkan angka kematian.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Kohli (2016) menyimpulkan bahwa 66,6 % pasien *HIV* memiliki koping yang maladaptif dan 33,3 % pasien *HIV* memiliki koping yang adaptif. Mekanisme koping mempengaruhi kualitas hidup secara signifikan pada pasien *HIV*. Menurut Vosvick, (2012) mekanisme koping yang maladaptif berpengaruh secara signifikan terhadap penurunan kualitas hidup pada domain psikologi. Dengan meningkatkan koping yang adaptif akan berpengaruh terhadap peningkatan kualitas hidup pada pasien *HIV/AIDS*.

Mekanisme koping merupakan distorsi kognitif yang digunakan oleh seseorang untuk mempertahankan rasa kendali terhadap situasi, mengurangi rasa tidak aman, dan menghadapi situasi yang menimbulkan stress (Videbeck, 2011). Roy mengemukakan bahwa manusia sebagai sebuah sistem yang dapat menyesuaikan diri (*adaptive system*). Sebagai sistem yang dapat menyesuaikan diri manusia dapat digambarkan secara holistik (*bio, psiko, sosial*) sebagai satu kesatuan yang mempunyai *Input* (masukan), *Control* dan *Feedback Processes* dan *Output* (keluaran atau hasil). Proses kontrol adalah mekanisme Koping yang dimanifestasikan dengan cara-cara penyesuaian diri. Lebih spesifik manusia didefinisikan sebagai sebuah sistem yang dapat menyesuaikan diri dengan proses mekanisme kognitor dan regulator untuk mempertahankan adaptasi dalam empat cara-cara penyesuaian yaitu seperti fungsi fisiologis, Konsep diri, Fungsi peran, dan Interdependensi (Roy, 2009).

Mekanisme koping sangat penting digunakan oleh individu untuk memecahkan masalah, koping yang efektif akan membantu individu terbebas dari stress yang berkepanjangan. Mekanisme koping yang adaptif sangat baik digunakan untuk mengatasi masalah bukan hanya pada

penderita kanker servik. Suatu studi tentang mekanisme coping pada penderita *HIV/AIDS* menunjukkan bahwa mekanisme coping memiliki keterkaitan dengan respon individu dalam menghadapi masalah, hasil studi mengungkapkan bahwa perempuan penderita infertilitas mengalami respon kesedihan, cemas, cemburu/iri, isolasi dan marah. Dalam mengatasi masalah berkaitan dengan infertilitas pasangan menggunakan mekanisme coping dengan cara melakukan pengobatan secara medis maupun non medis, mencari informasi, pasrah dan berdo'a, berusaha sabar, mengambil hikmah dari kondisi dan mencari dukungan keluarga teman, serta menceritakan masalah pada orang lain (Nurfita, 2010).

### 3. Kualitas hidup *ODHA* di Yayasan Victory Plus Yogyakarta

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas hidup secara umum mayoritas dalam kategori rendah yaitu sebesar 43 responden (58,1%). Artinya bahwa *ODHA* merasa kualitas hidup kurang baik dan tidak terlalu puas dengan kesehatan yang dimiliki. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Handayani & Dewi (2017) yang menunjukkan bahwa *ODHA* memiliki kualitas hidup yang buruk pada persepsi kualitas hidup secara umum. Terdapat cukup banyak pasien HIV yang memiliki kualitas hidup rendah pada masing-masing domain kualitas hidup (Unzila dkk, 2016).

#### a. Domain fisik

Kualitas hidup berdasarkan domain fisik lebih banyak dengan kategori tingkat rendah yaitu sebanyak 41 responden (55,4%). Penelitian ini mendukung penelitian yang dilakukan oleh Hardiansyah (2014) yang menunjukkan paling banyak untuk domain fisik memiliki kualitas hidup kurang baik (61,9%). Hal ini menunjukkan bahwa pasien merasakan rasa sakit secara fisik sehingga menghalangi dalam beraktivitas. Pada dasarnya *ODHA* mampu melakukan kegiatan sehari-hari dan beraktifitas fisik yang berhubungan dengan perawatan dan pengobatannya seperti dapat berolahraga, istirahat yang cukup, mengkonsumsi ARV secara rutin (Setiyorini, 2015). Oleh karena itu

untuk meningkatkan kondisi fisik *ODHA* perlu melakukan perawatan dan pengobatan dengan baik sehingga kualitas hidup dapat meningkat.

Hasil analisis kuesioner kualitas hidup pada domain fisik yang paling rendah yaitu didapatkan pada pertanyaan seberapa jauh rasa fisik anda dalam beraktivitas sesuai kebutuhan. Artinya bahwa *ODHA* dalam melakukan aktivitas fisik lebih sedikit dari kebutuhan yang seharusnya dilakukan dalam jumlah sedang. Naibaho dkk (2017) menjelaskan bahwa *ODHA* mengalami perubahan dari segi fisik seperti flu, batuk, kulit menghitam, kutil kelamin, tb paru, dan penurunan berat badan. Kesehatan fisik seperti nyeri, ketidaknyamanan, istirahat, tingkat energi, kelelahan, mobilitas, aktivitas sehari-hari, kapasitas dalam bekerja, ketergantungan pada obat, dan keperawatan medis, kesehatan fisik dapat mempengaruhi kemampuan individu untuk melakukan aktivitas (Nursalam, 2013). Hal ini juga terjadi pada penderita *HIV*, bahwa orang yang sudah terkena virus *HIV* akan menyebabkan sistem kekebalan menurun dan menyebabkan kondisi fisiknya menjadi lemah dan mudah sakit. Kondisi fisik yang lemah mengindikasikan bahwa kualitas hidup yang lemah karena tidak mampu beraktivitas sehari-hari dengan baik.

b. Domain psikologis

Domain psikologis pada kualitas hidup penderita *HIV* paling banyak adalah kategori rendah sebanyak 45 responden (60,8%). Penelitian ini mendukung dengan studi yang dilakukan Pardita dan Sudibia (2014) bahwa perbedaan kondisi psikologis responden yaitu stress, frustrasi, kecemasan, kemarahan, penyangkalan, berduka, dan rasa malu sebelum dan sesudah terkena penyakit *HIV/AIDS*. Hal tersebut menunjukkan kondisi psikologis pasien yang semakin menurun. Menurut Berman, Snyder, & Frandsen, (2015) bahwa stigma yang ada di masyarakat dapat menimbulkan diskriminasi terhadap orang dengan *HIV/AIDS*. Perlakuan deskriminatif dapat berasal dari keluarga sendiri, teman dan kerabat, masyarakat sekitar, ataupun dari

pemerintah. Stigma dan diskriminasi menimbulkan dampak psikologis yang berat *ODHA*. Kondisi ini dapat menyebabkan mendorong terjadinya depresi, kurang penghargaan diri, keputusasaan, bahkan keinginan untuk bunuh diri atau merusak dirinya. Kecenderungan masyarakat memberikan stigma terhadap penderita *HIV* Positif menimbulkan dampak psikologis yang cukup berat, sehingga para penderita cenderung malu, cenderung tertutup, cenderung mengisolasi diri dari lingkungan keluarga bahkan masyarakat. Sejalan dengan sebuah penelitian yang mengungkapkan bahwa tindakan koping avoidance seperti *social isolation* dapat memperparah kondisi kesehatan mental penderita *HIV* (McIntosh, 2012).

Hasil analisis kuesioner kualitas hidup pada domain psikologis yang paling rendah yaitu pada butir penerimaan dari penampilan tubuh. Hal ini menunjukkan bahwa *ODHA* memiliki penerimaan diri yang kurang baik terkait dengan kondisi tubuh yang sekarang. Studi yang dilakukan oleh Katodhia dan Dwi, (2017) menunjukkan bahwa salah satu subyek penelitian merasa kurang puas pada domain psikologis yaitu pada penampilan tubuh namun mengaku menerima kondisinya sekarang. Yayasan Spritia (2014) menjelaskan dampak bagi pasien perempuan *HIV* yaitu perubahan pada berat badan dan bentuk badan, mudah lelah, hormon menjadi tidak stabil dan juga gangguan reproduksi. Hal ini menunjukkan bahwa penderita *HIV* akan mengalami perubahan berat badan dan juga bentuk badan sehingga dapat mempengaruhi kondisi psikologis *ODHA* terkait dengan citra tubuh yang semakin buruk.

c. Domain sosial

Hasil penelitian kualitas hidup penderita *HIV* pada domain sosial didapatkan hasil paling banyak pada tingkat rendah yaitu sebanyak 39 responden (52,7 %). Penelitian ini sejalan dengan studi yang dilakukan Hardiansyah (2014) yang menunjukkan paling banyak hasil dari domain interaksi sosial memiliki kategori kurang baik (61,9%).

Responden yang mengalami hal tersebut adalah responden yang sudah merasa minder untuk bergaul dengan orang lain, dia merasa kehilangan kemampuan untuk bergaul setelah menderita *HIV* dan selalu menutup diri hal ini disebabkan karena takut di kucilkan oleh orang-orang yang mengetahui status *HIV* yang dideritanya (Hardiansyah, 2014). Pertanyaan kuesioner dengan skor yang paling rendah pada domain sosial yaitu pada butir pertanyaan terkait dengan kehidupan seksual anda yang dirasakan biasa-biasa saja (47,05%). Artinya bahwa dalam kehidupan seksual *ODHA* kurang puas. Penelitian lain oleh Swastika dan Masykur (2017) terkait dengan domain social yang menunjukkan bahwa *ODHA* menyatakan kehilangan hasrat untuk berhubungan seksual. Sedangkan studi penelitian oleh Astuti dan Rayasari (2017) juga menjelaskan bahwa sejak pasangan terdiagnosa *HIV*, tidak pernah lagi melakukan hubungan seksual dengan alasan bahwa pasangan tidak mau menularkan penyakit ini kepada istrinya.

d. Domain lingkungan

Hasil penelitian kualitas hidup pada domain lingkungan kualitas hidup penderita *HIV* hasil paling banyak adalah rendah yaitu sebesar 55 responden (80,9 %). Penelitian ini sejalan dengan studi yang dilakukan Hardiansyah (2014) yang diketahui domain lingkungan sebagian besar dalam kategori kurang baik (61,9%). Skor yang paling rendah pada pertanyaan domain lingkungan yaitu pada butir pertanyaan apakah memiliki cukup uang untuk memenuhi kebutuhan. Artinya bahwa dalam kehidupan sosial, responden sering kali tidak memiliki cukup uang untuk dapat memenuhi kebutuhan hidupnya. Studi yang dilakukan Swastika dan Masykur (2017) juga menunjukkan bahwa ada dampak yang dialami setelah terkena virus *HIV* seperti kondisi ekonomi. Dampak ekonomi berupa kebutuhan biaya pengobatan yang tinggi ditambah kondisi kesehatan *ODHA* yang menurun menyebabkan tidak seproduktif ketika sebelum terinfeksi *HIV*. Selain itu, keinginan untuk kembali bekerja sulit untuk terealisasikan karena kondisi

kesehatan yang menurun sehingga akan mempengaruhi kativitas sehari-hari.

4. Hubungan mekanisme koping dengan kualitas hidup *ODHA* di Yayasan Victory Plus Yogyakarta

Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara mekanisme koping dengan kualitas hidup secara umum pada penderita HIV di Yayasan Victory Plus Yogyakarta dengan keeratan hubungan dalam kategori kuat. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Negi *et al*, (2019) menunjukkan bahwa koping yang positif menunjukkan kualitas hidup yang tinggi sedangkan koping yang negatif menunjukkan kualitas hidup yang rendah. Hasil analisis menunjukkan ada hubungan antara mekanisme koping dengan kualitas hidup *ODHA* *p value* 0,001 ( $<0,05$ ). Didukung oleh penelitian Resti (2016) bahwa sebanyak 38 orang (56,7%) responden memiliki mekanisme koping adaptif dan 36 orang (53,7%) responden memiliki kualitas hidup yang baik. terdapat hubungan antara mekanisme koping dengan kualitas hidup *ODHA*, ( $p=0,000$ ).

Basavaraj (2010) menjelaskan bahwa kualitas hidup merupakan tolak ukur yang penting untuk mengukur keberhasilan tujuan pengobatan medis pada pasien HIV. WHO mendefinisikan kualitas hidup adalah persepsi individu dalam hidup, ditinjau dari konteks budaya dan system nilai dimana mereka tinggal, dan berhubungan dengan standar hidup, harapan, kesenangan, dan perhatian mereka. Hal ini merupakan konsep tingkatan, terangkum secara kompleks mencakup kesehatan fisik, status psikologis, tingkat kebebasan, hubungan sosial dan hubungan kepada karakteristik lingkungan mereka.

Banyak faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pada pasien *HIV/AIDS* salah satunya mekanisme koping. Mekanisme koping mempengaruhi kualitas hidup secara signifikan. Mekanisme koping sebagai upaya kognitif dan perilaku yang dibuat untuk mentolerir dan mengurangi stressor. Individu yang mampu mengontrol stres dengan pemecahan masalah dan pendekatan perilaku secara signifikan memiliki



kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan individu yang tidak menggunakan keterampilan tersebut dalam mengatasi masalahnya (Basavaraj, 2010).

Kemampuan beradaptasi tiap individu akan berespon terhadap kebutuhan fisiologis, konsep diri yang positif, mampu memelihara integritas diri, selalu berada pada rentang sehat sakit untuk memelihara proses adaptasi. Demikian besar dampak mekanisme koping adaptif untuk kualitas hidup pada pasien *HIV* reaktif maka diperlukan pertukaran informasi secara mendetail dan menyeluruh antar sesama pasien *HIV*. Mekanisme koping menunjukkan pada berbagai upaya, baik mental maupun perilaku, untuk menguasai, mentoleransi, mengurangi atau meminimalisir suatu situasi atau kejadian yang penuh tekanan. Hidup seorang *HIV/AIDS* sangat tertekan, karena hidupnya sudah divonis tidak akan lepas dari virus yang akan bersarang dalam tubuhnya, trauma yang diperoleh dari masyarakat. Orang dengan *HIV/AIDS* akan merasa hidupnya tidak berarti. Pandangan dan harapan masa depan menjadi suram dan gelap, dimana hasil dari segala sesuatunya sangat buruk yang dapat memicu usaha untuk bunuh diri. Dengan mencermati adanya keterkaitan antara kondisi stres dengan progresivitas penyakit, maka perlunya menciptakan lingkungan yang kondusif selama proses pengobatan yaitu dengan cara meningkatkan dukungan sosial pada pasien *HIV/AIDS* (Bagus, Saparwati & Rosyidi 2019).

Hubungan mekanisme koping dalam penelitian ini juga dikaitkan dengan domain kualitas hidup terdiri dari domain fisik, domain psikologis, domain sosial dan domain lingkungan. Hasil penelitian ini menunjukkan *ODHA* yang menggunakan mekanisme koping adaptif sebagian besar memiliki kualitas hidup tinggi dibandingkan *ODHA* yang menggunakan mekanisme koping maladaptif sebagian besar kualitas hidupnya rendah. Hal tersebut disebabkan karena pasien lebih berfokus pada emosi seperti menangis, merasa gagal dalam hidup serta tidak mau menceritakan masalahnya kepada orang lain. Berdasarkan domain fisik hasil penelitian

menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara mekanisme koping dengan domain fisik pada penderita *HIV* dengan keeratan hubungan dalam kategori kuat. Hasil penelitian bahwa responden yang memiliki mekanisme koping adaptif cenderung memiliki kualitas hidup yang tinggi dibandingkan yang menggunakan mekanisme koping maladaptif. Namun terdapat *ODHA* yang memiliki mekanisme koping maladaptif tetapi kualitas hidupnya tinggi sebesar 2,7%. *ODHA* yang memiliki mekanisme koping maladaptif tetapi kualitas hidupnya tinggi karena dipengaruhi oleh faktor lain seperti banyak yang didapatkan dukungan dari luar baik itu keluarga maupun lingkungan masyarakat. Sedangkan *ODHA* yang memiliki mekanisme koping adaptif seperti mengungkapkan diri yang baik akan mendapat dukungan yang positif dari orang lain sehingga walaupun mengalami perubahan kondisi fisik tidak berpengaruh terhadap produktivitas dalam bekerja. Sedangkan *ODHA* yang memiliki mekanisme koping maladaptif sebagian besar memiliki kualitas hidup rendah pada domain fisik karena penyakit *HIV/AIDS* menimbulkan masalah yang cukup luas pada individu yang terinfeksi salah satunya meliputi masalah fisik. Masalah secara fisik terjadi akibat penurunan daya tahan tubuh progresif yang mengakibatkan *ODHA* rentan terhadap berbagai penyakit terutama penyakit infeksi dan keganasan. Bahkan, pada tahap lanjut serangan penyakit yang biasanya tidak berbahaya pun lama-kelamaan akan menyebabkan pasien sakit parah bahkan meninggal. *ODHA* yang mengerti terkait dengan dampak tersebut maka seiring berjalannya waktu akan berpikir yang negatif dan mempengaruhi mekanisme koping menjadi kearah negatif, sehingga akan mempengaruhi kualitas hidup pada domain fisik (Bare & Smeltzer, 2010).

Selain domain fisik kualitas hidup juga dilihat berdasarkan domain psikologis. Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara mekanisme koping dengan domain psikologis pada penderita *HIV* dengan keeratan hubungan dalam kategori kuat. Penelitian menunjukkan bahwa hubungan mekanisme koping dengan domain

psikologis. Artinya bahwa mekanisme koping adaptif maka dapat menekan atau mengurangi rasa kesepian, putus asa, cemas dan juga depresi. Hal tersebut dikarenakan *ODHA* yang menggunakan mekanisme koping adaptif seperti mengungkapkan diri dengan baik maka akan memberikan rasa lega dan melepas rasa khawatir terkait dengan penerimaan oleh orang lain. Berbeda dengan *ODHA* yang menutupi statusnya yaitu cenderung untuk murung diri sehingga akan membuat dirinya depresi. Keadaan depresi membuat *ODHA* pesimis terhadap masa depan, memandang dirinya tidak berharga lagi, dan tidak ingin bergaul dengan orang lain, serta menganggap dirinya sebagai orang yang dikutuk oleh Tuhan. Sehingga hal ini akan mempengaruhi keseluruhan pada aspek-aspek dalam kualitas hidup *ODHA* (Cichocki, 2010).

Domain sosial juga menjadi salah satu domain dari kualitas hidup. Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara mekanisme koping dengan domain sosial pada penderita *HIV* di Yayasan Victory Plus Yogyakarta dengan keeratan hubungan dalam kategori kuat. Artinya bahwa *ODHA* yang memiliki mekanisme koping adaptif dapat meningkatkan domain sosial. Artinya bahwa mekanisme koping adaptif *ODHA* terhadap status *HIV* maka dapat memberikan dampak yang baik terkait dengan hubungan personal maupun sosial *ODHA*. Hal tersebut dikarenakan *ODHA* yang memiliki mekanisme koping positif serta memberikan informasi yang detail terhadap orang lain maka akan membuat orang lain memahami kondisi *ODHA* dan memberikan dukungan. Dukungan yang diberikan dari orang lain sehingga *ODHA* akan semakin percaya diri untuk bisa bergaul dengan masyarakat lain. Sedangkan *ODHA* yang memiliki mekanisme koping maladaptif sebagian besar memiliki kualitas hidup rendah pada domain sosial. Hal ini disebabkan oleh karena penyakit ini identik dengan akibat dari perilaku-perilaku tidak bermoral seperti seks bebas, penyalahgunaan narkoba, dan seks sesama jenis (homoseksual), sehingga pasien dianggap pantas untuk mendapat hukuman akibat perbuatannya tersebut. Selain itu, stigma juga muncul karena

pemahaman masyarakat yang kurang tentang penyakit ini. *HIV/AIDS* dianggap sebagai penyakit mematikan yang mudah sekali menular melalui kontak sosial biasa. Hal tersebut menyebabkan pasien seringkali dikucilkan dan mendapatkan perilaku diskriminatif dari masyarakat (Purnama & Haryanti, 2010)

Kualitas hidup berdasarkan domain menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara mekanisme koping dengan domain lingkungan pada penderita *HIV* di Yayasan Victory Plus Yogyakarta dengan keeratatan hubungan dalam kategori kuat. Artinya bahwa mekanisme koping yang adaptif maka dapat memberikan dampak yang baik dengan kondisi lingkungan salah satunya terkait dengan kepuasan dengan akses pada pelayanan kesehatan. Mekanisme koping yang adaptif seperti *ODHA* memiliki kejujuran yang tinggi terkait dengan *HIV* dengan memberikan informasi-informasi seperti gejala dan kondisi yang dialami maka akan memudahkan dalam memberikan pelayanan oleh layanan kesehatan. Layanan kesehatan akan memberikan pelayanan yang maksimal terhadap *ODHA* sehingga memunculkan rasa puas pasien dan berdampak pada kualitas hidup *ODHA*. Sedangkan *ODHA* yang memiliki mekanisme koping maladaptif sebagian besar memiliki kualitas hidup rendah pada domain lingkungan. Dimana *ODHA* yang memiliki lingkungan keluarga maupun masyarakat yang mengetahui ada yang terinfeksi *HIV* justru memilih koping menghindar atau mengisolasinya karena merasa malu ada yang terinfeksi terinfeksi *HIV*. Bahkan, ada juga yang justru menelantarkan pasien ini karena dianggap telah melanggar norma-norma yang ada, sehingga penderita *HIV/AIDS* cenderung menggunakan mekanisme koping maladaptif. Akibatnya, keluarga tidak memberikan dukungan yang efektif terhadap penderita *HIV/AIDS* akan mempengaruhi kualitas hidupnya (Oluwagbemiga, 2017).

### C. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan pembatasan-pembatasan dengan tujuan agar penelitian yang dilakukan menjadi lebih fokus. Namun demikian dalam pelaksanaannya masih ada kekurangan atau keterbatasan penelitian meliputi:

1. Dalam penelitian ini, peneliti mengalami kesulitan dalam pengambilan data dikarenakan dilakukan saat pandemi COVID-19, sehingga peneliti diharuskan *social distancing* terlebih dahulu yang meliputi: harus menggunakan masker sesuai dengan protocol kesehatan. Peneliti juga tidak bisa bertemu dengan responden secara langsung karena tidak diperbolehkan oleh petugas di Yayasan Victory Plus Yogyakarta dengan alasan mencegah risiko terjadinya penyebaran COVID-19, sehingga saat pengambilan data, peneliti menitipkan kuesioner kepada petugas Yayasan Victory Plus Yogyakarta dan kemudian peneliti menunggu penegmbalian kuesioner yang sudah diisi dalam waktu yang cukup lama yaitu selama dua minggu.
2. Peneliti tidak melakukan penelitian tentang faktor lain yang dapat mempengaruhi kualitas hidup *ODHA*, sehingga memungkinkan hasil penelitian pada kualitas hidup *ODHA* tidak hanya dipengaruhi oleh mekanisme koping saja melainkan dipengaruhi oleh faktor lain sehingga tidak mengherankan jika hasil penelitian ini menemukan ada beberapa *ODHA* yang menggunakan mekanisme koping adaptif tetapi kualitas hidupnya rendah dan terdapat *ODHA* yang menggunakan mekanisme koping malaadaptif tetapi kualitas hidupnya tinggi.