

**SKRIPSI**  
**HUBUNGAN DUKUNGAN SEBAYA DENGAN KUALITAS**  
**HIDUP ORANG DENGAN HIV/AIDS (ODHA)**  
**DI PROVINSI MALUKU**



**KAROLINA SAMLOY**  
**C12112626**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**  
**FAKULTAS KEDOKTERAN**  
**UNIVERSITAS HASANUDDIN**  
**MAKASSAR**  
**2013**

LEMBAR PERSETUJUAN

HUBUNGAN DUKUNGAN SEBAYA DENGAN KUALITAS  
HIDUP ORANG DENGAN HIV/AIDS (ODHA)  
DI PROVINSI MALUKU TAHUN 2013

Oleh :

KAROLINA SAMLOY  
NIM. C12112626

Disetujui untuk diseminarkan

Tim Pembimbing

Pembimbing I



DR. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M. Kes

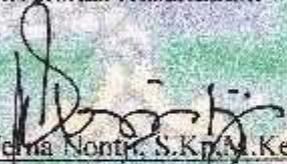
Pembimbing II



Andriani, S.Kep.Ns.,M.Kes

Mengetahui:

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Kedokteran  
Universitas Hasanuddin



Dr. Wenna Nontji, S.Kp.,M. Kep  
NIP. 19500114 197207 2 001

HALAMAN PENGESAHAN

HUBUNGAN DUKUNGAN SEBAYA DENGAN KUALITAS HIDUP  
ORANG DENGAN HIV/AIDS (ODHA) DI PROVINSI MALUKU  
TAHUN 2013

Telah dipertahankan dihadapan sidang Tim Penguji Akhir

Pada

Hari/Tanggal : Kamis 9 Januari 2014

Pukul : 08.00-10.00 WITA

Oleh :

KAROLINA SAMLOY

012112626

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Tim Penguji

Penguji I : Dr. Werna Nonji, S.Kp.,M.Kep

Penguji II : Hapsah, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Penguji III : Dr Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Kes

Penguji IV : Andriani, S.Kcp.,Ns.,M.Kes

(.....  
(.....  
(.....  
(.....)

Mengetahui :



A.n. Dekan  
Wakil Dekan Bidang Akademik  
Fakultas Kedokteran  
Universitas Hasanuddin

Prof. dr. Budu, Ph.D., SpM(K), M.MedED  
NIP : 19661231 199503 1 009



Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Kedokteran  
Universitas Hasanuddin

Dr. Werna Nonji, S.Kp.,M.Kep  
NIP : 19580114 197207 2 001

## **PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI**

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Karolina Samloy

NIM : C 12112626

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan yang tidak terpuji tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan sama sekali.

Makassar, Januari 2014

Yang Membuat Pernyataan

(Karolina Samloy)

## **KATA PENGANTAR**

Puja dan puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat, kasih dan penyertaan yang diberikan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi ini. Skripsi ini berjudul “Hubungan dukungan sebaya dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di provinsi Maluku tahun 2013”.

Adapun tujuan penulisan skripsi ini dimaksudkan sebagai pengaplikasian konsep-konsep manajemen keperawatan serta untuk memenuhi salah satu syarat dalam menempuh ujian sarjana program strata satu (S1) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyajian skripsi ini masih banyak terdapat kesalahan, baik dalam struktur dan sistematika penulisan, EYD, materi yang dipaparkan penulis dan sebagainya. Hal tersebut terjadi akibat keterbatasan waktu, kemampuan serta sumber-sumber yang menjadi pedoman penulis dalam mencermati setiap kejadian dan perubahan yang terjadi selama penyusunan skripsi ini. Oleh karena itu, masukan atau kritik dan saran yang membangun senantiasa penulis harapkan dari semua pihak yang terkait demi penyempurnaan skripsi ini.

Dalam proses penyusunan skripsi ini, dimulai pada tahap persiapan, pengajuan judul sampai tahap persiapan ujian skripsi, penulis memperoleh banyak bantuan dan kerjasama berupa sumbangsih pemikiran dan saran, begitu pula dorongan semangat yang luar biasa, serta bimbingan dari berbagai pihak. Untuk

itu, dalam kesempatan berbahagia ini penulis ingin menyampaikan rasa hormat, simpati serta terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada :

1. Prof. dr. Irawan Yusuf, Ph.D, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
2. Dr. Werna Nontji, S.Kp.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
3. Dr Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Kes dan Andriani, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku dosen pembimbing yang telah banyak meluangkan waktu dan perhatiannya dalam membimbing dan mengarahkan penulis dalam penyusunan skripsi ini. Ucapan beribu-ribu terima kasih atas semua bantuan, masukan, dan kerjasama yang baik selama penulis menjadi anak bimbingan dari Bapak dan Ibu.
4. Dr. Werna Nontji, S.Kp.,M.Kep dan Hapsah, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen penguji yang telah memberikan sumbangan saran dan arahan yang membangun untuk perampungan penyusunan skripsi ini.
5. Direktur RSUD. Dr. M. Haulussy ambon beserta para medis pada RSUD, Dr. M. Haulusy Ambon.
6. Dokter Enseline Nikijuluw selaku koordinator klinik VCT/CST dan suster Nurhaya Lessy selaku staf, serta kelompok dukungan sebaya pada klik VCT/CST RSUD. DR. M. Haulussy Ambon yang telah banyak membantu peneliti dalam pengumpulan data.
7. Mama dan papa tercinta, om Dantje dan tante Lis tercinta, kakak-kakak dan adik-adik tercinta Helmi, Ongen, Meri serta semua keluargaku yang tidak

sempat saya sebutkan satu persatu yang telah memberikan dukungan doa dan dorongan semangat sehingga penyusunan skripsi ini dapat selesai.

8. Seluruh staf dan karyawan di lingkungan Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran yang telah membantu penulis selama ini serta teman-teman PSIK UNHAS angkatan 2012 yang telah membantu memberikan masukan kepada penulis dalam penyusunan skripsi ini.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa selalu mencurahkan segala karunia-Nya kepada kita semua. Dan semoga pada kesempatan mendatang kita bisa dipertemukan kembali dalam situasi yang berbeda.

Akhirnya, semoga skripsi ini dapat diterima dan memenuhi syarat dalam melanjutkan penelitian selanjutnya serta dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan terutama di bidang Keperawatan.

Makassar, Januari 2014

**Penulis**

## ABSTRAK

Karolina Samloy, **HUBUNGAN DUKUNGAN SEBAYA DENGAN KUALITAS HIDUP ORANG DENGAN HIV/AIDS (ODHA) DI PROPINSI MALUKU TAHUN 2013**, dibimbing oleh Ariyanti Saleh dan Andriani

**Latar belakang.** Human immunodeficiency virus atau HIV ialah virus yang menyerang system kekebalan tubuh. Di Indonesia tidak ada provinsi yang bebas dari HIV dan AIDS. Kasus HIV di Maluku tahun 1994 sampai desember 2012 berjumlah 2127 kasus, meninggal 332 kasus. Tujuan penelitian mengetahui hubungan dukungan sebaya dengan kualitas hidup ODHA.

**Metode :** Rancangan *Cross sectional survey*. Jumlah sampel 64 orang, pengambilan sampel dengan cara *accidental sampling*. Variabel bebas penelitian dukungan sebaya, variabel terikat yaitu kualitas hidup, variabel perancu jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, lama terinfeksi. Instrument penelitian menggunakan WHOQoL –HIV –BREF kuesioner.

**Hasil :** Dari hasil penelitian didapatkan ODHA yang tidak mendapat dukungan sebaya 54,7% memiliki kualitas hidup yang kurang baik dibandingkan dengan ODHA yang mendapat dukungan sebaya. Analisis bivariat menunjukkan ada hubungan dukungan sebaya dengan kualitas hidup ( $p=0,000$ ).

**Kesimpulan :** Semakin tinggi dukungan dari teman sebaya maka semakin tinggi pula kualitas hidup yang dirasakan ODHA.

**Kata Kunci :** Dukungan Sebaya, Kualitas Hidup dan ODHA

## ABSTRACT

Karolina Samloy, **RELATIONSHIP AMONG PEER SUPPORTING WITH QUALITY OF LIFE OF HIV/AIDS PEOPLE IN MOLLUCAS PROVINCE** guided by Ariyanti Saleh dan Andriani.

**Background :** Human immunodeficiency virus or HIV is a virus that attacks the immune system. In Indonesia there is no province that is free of HIV and AIDS. HIV cases in Maluku Province in 1994 to December 2012 amounted to 2127 cases and 332 cases died . This study aimed to peer support related to the quality of life of people living with HIV.

**Methods :** Cross-sectional survey. Number of samples 64 people, sampling by means of accidental sampling. The independent variables of peer support, gender, education, occupation, income, long-term infection. The dependent variable is the quality of life. Research instrument using the WHOQOL-HIV-BREF questionnaire.

**Results :** From the results, people living with HIV who do not receive peer support 54.7% have a poor quality of life compared with people living with HIV who received peer support. Bivariate analysis, there is a peer support relationship with quality of life ( $p = 0.000$ ).

**Conclusion :** The higher the support of peers, the higher the perceived quality of life of people living with HIV

**Keywords :** Peer Support , Quality of Life and PLWHA



## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN .....	ii
LEMBARAN PENGESAHAN.....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK.....	viii
ABSTRACT.....	ix
DAFTAR ISI .....	x
DAFTAR BAGAN DAN TABEL .....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
<b>BAB I. PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	6
C. Tujuan Penelitian .....	7
D. Manfaat Penelitian .....	7
<b>BAB II. TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>10</b>
A. Tinjauan umum tentang HIV/AIDS .....	10
B. Tinjauan tentang kualitas hidup .....	20

C. Tinjauan tentang kelompok dukungan sebaya dan dukungan sebaya.....	28
D. Tinjauan tentang kelompok soaial/ dukungan sosial.....	32
<b>BAB III. KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESA PENELITIAN .....</b>	<b>34</b>
A. Kerangka Konsep Penelitian .....	34
B. Hipotesa Penelitian .....	35
<b>BAB IV. METODE PENELITIAN .....</b>	<b>36</b>
A. Rancangan Penelitian .....	36
B. Tempat dan Waktu Penelitian .....	36
C. Populasi dan Sampel .....	37
D. Alur Penelitian .....	38
E. Identifikasi variabel dan Definisi Operasional .....	41
F. Pengumpulan Data .....	43
G. Pengolahan dan Analisa Data .....	48
H. Etika Penelitian .....	49
<b>BAB V. HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>51</b>
A. Hasil Penelitian .....	51
1. Analisis Univariat .....	52
2. Analisis Bivariat .....	54
B. Pembahasan .....	55
C. Kerbatasan penelitian .....	66

<b>BAB VI. KESIMPULAN DAN SARAN</b> .....	68
A. Kesimpulan .....	68
B. Saran .....	68

**DAFTAR PUSTAKA** .....

**LAMPIRAN**

## DAFTAR BAGAN DAN TABEL

	<b>HALAMAN</b>
Bagan	Alur Penelitian ..... 39
Tabel 1	Skor skala likert ..... 43
Tabel 2	Distribusi Karakteristik responden..... 54
Tabel 3	Distribusi variabel penelitian..... 55
Tabel 5	Distribusi dukungan sebaya dengan kualitas hidup.....56

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 : Surat Ijin Penelitian Dari Program Studi

Lampiran 2 : Surat Rekomendasi Penelitian Dari Pemerintah Provinsi Maluku

Lampiran 3 : Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian Dari RSUD. DR. M.  
Hauluusy Ambon

Lampiran 4 : Lembar Penjelasan Penelitian

Lampiran 5 : Lembar Persetujuan Manjadi Responden

Lampiran 6 : Kuesioner

Lampiran 7 : Master Tabel

Lampiran 8 : Hasil Uji Statistik

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Masalah**

AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrom*) merupakan sindrom penyakit defisiensi imunitas yang dapat disebabkan oleh HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) yang merusak sel yang berfungsi untuk sistem kekebalan tubuh yaitu CD4 (*lymphocyte T-helper*). Epidemi HIV/AIDS terus menyebar cepat dengan infeksi baru sebesar 15.000 setiap hari. Pada tahun 2011, 34 juta orang diperkirakan hidup dengan HIV/ AIDS, dengan 2,7 juta kejadian infeksi baru dan 1,8 juta kematian terkait AIDS (*World Health Organization, 2011*). Meskipun beban epidemik sangat bervariasi antar Negara dan wilayah. Afrika merupakan Negara yang paling banyak terkena dampak HIV, hampir 1 dari 20 orang dewasa (4,9%) yang hidup dengan HIV, dan tahun 2010 1,2 juta orang Afrika yang meninggal karena penyakit terkait HIV/AIDS (WHO, 2011).

Indonesia tidak ada provinsi yang dinyatakan bebas dari HIV-AIDS, bahkan diperkirakan saat ini HIV/ AIDS terdapat lebih dari separuh Kabupaten Kota di seluruh Indonesia. Data Departemen Kesehatan RI sampai Juni 2012 kasus HIV/AIDS tersebar (76% ) dari 498 Kabupaten/Kota di 33 provinsi di Indonesia (Dinas kesehatan, 2012). Jumlah kasus HIV/AIDS terbanyak dilaporkan dari DKI Jakarta, Papua, Jawa Timur, Jawa Barat, Bali, Jawa Tengah, Kalimantan Barat, Sulawesi Selatan, Riau, dan Daerah Istimewa Yogyakarta.

Kasus HIV/AIDS pertama kali di temukan di Bali (1987) sedangkan yang terakhir melaporkan adanya kasus HIV/AIDS (2011) adalah provinsi Sulawesi Barat (kes RI, 2012). Jumlah kasus AIDS di Indonesia sampai Juni 2012 telah mencapai 42.887 kasus, sedangkan kasus HIV hingga Juni 2012 telah mencapai 98.390 kasus. Jumlah ODHA yang sedang mendapatkan pengobatan Antiretroviral (ARV) sampai bulan Juni 2012 sebanyak 27.175 orang, dimana 96% (26,004 dewasa), dan 4% (1,171 orang anak), kematian terkait AIDS dilaporkan sampai juni 2012 8.235 Orang (Dinkes, 2012).

Provinsi Maluku kasus HIV/AIDS pertama kali ditemukan pada tahun 1994 di Kabupaten Maluku Tenggara. Kumulatif kasus HIV/AIDS dari tahun 1994 sampai September 2012 berjumlah 2127 kasus, meninggal 332 kasus, tersebar di 10 Kabupaten/Kota di Maluku. Pada tahun 2010-2012 terdapat tiga Kabupaten/Kota di Maluku yang memiliki jumlah penderita HIV/AIDS tertinggi yaitu Kotamadya Ambon (2010).171 kasus, (2011). 236 kasus, (2012).177 kasus, jumlah 584, kasus. Kabupaten Maluku tenggara (2010). 71 kasus, (2011). 89 kasus, (2012). 57 kasus, jumlah 217 kasus. Kabupaten ARU (2010). 44 kasus, (2011). 33 kasus, (2012). 32 kasus, jumlah 109 Kasus. Jumlah penderita merupakan kasus baru tiap tahun ( Dinkes Provinsi, 2012).

Wilayah Kota Ambon adalah Ibukota Provinsi Maluku, yang merupakan tempat rujukan Antiretroviral (ARV) bagi penderita HIV/AIDS yaitu di Rumah Sakit DR. M. Haulussy Ambon, selain RSUD Tulehu Kabupaten Maluku tengah, RSUD Karel Sad Suitubun Kabupaten Maluku Tenggara dan Kabupaten ARU.

Menurut data RSUD RD.M. Haulussy, ODHA yang sementara menjalani Therapi ARV, 75% dari Wilayah Kota Ambon ( Dinkes Kota Ambon, 2012).

Kumulatif penderita HIV/AIDS yang menjalani rawat jalan di RSUD Dr.M Haulussy Ambon tahun (2010) hingga Desember (2012) sebanyak 387 kasus tersebar di 7 (tujuh) kabupaten kota yang ada di Maluku. Dari komulatif 387 kasus HIV/AIDS di klinik rawat jalan Rumah Sakit DR M. Haulussy, jumlah ODHA yang mengikuti terapi ARV hingga Desember 2012 sebanyak 188 orang, dan kasus terbesar terdapat di kota Ambon sebanyak 110 orang dan 78 orang lainnya tersebar di enam kabupaten, yang meninggal 109 orang, 90 orang menghentikan ARV dan tidak diketahui keberadaannya. Menurut petugas VCT/CST RSUD DR.M Haulussy, alasan ODHA yang menghentikan ARV karena malu atau takut dilihat orang jika mengunjungi klinik CST. Hal ini dinilai dapat mempengaruhi peningkatan kualitas hidup ODHA. Maka perlu adanya dukungan sebaya untuk mendampingi atau membantu ODHA dalam mengakses layanan kesehatan yang tersedia (Profil RSUD RD.M. Haulussy Ambon, 2012).

Dukungan sebaya adalah dukungan mental yang diberikan oleh ODHA kepada ODHA lainnya. Terutama ODHA yang baru mengetahui status HIV. Di Maluku, dukungan sebaya terbanyak dikoordinasi oleh Yayasan Pelangi Maluku yang dibentuk November 2011 dengan cara mengelola kelompok dukungan yang bekerja di tingkat provinsi, dan Kabupaten/Kota. Sistem dukungan sebaya tersebut mencakup penjangkauan, pendataan, dan pendampingan ODHA. Dengan mekanisme pengembangan yang dilakukan Kelompok Dukungan Sebaya (KDS)

sejak November 2011 sampai Desember 2012, lebih dari 150 ODHA mendapat dukungan sebaya, dan 107 orang berasal dari wilayah kota Ambon. (Yayasan Pelangi Maluku, 2012).

Kualitas hidup merupakan kualitas hidup terkait kesehatan yang mengacu pada fisik, psikologis, sosial, dan spiritual dipandang berbeda dan dipengaruhi oleh pengalaman seseorang, keyakinan, harapan dan persepsi tentang kesehatan (Testa & Simonson, 1996). Kualitas hidup merupakan istilah untuk menyampaikan rasa kesejahteraan, termasuk aspek kebahagiaan dan kepuasan hidup secara keseluruhan. Meskipun kesehatan merupakan domain penting dari kualitas hidup secara keseluruhan, ada domain lain seperti, pekerjaan, perumahan, sekolah dan lingkungan. Aspek budaya, nilai, dan spiritualitas juga merupakan aspek penting dari kualitas hidup yang menambah kompleksitas dari pengukurannya. Pengukuran kualitas hidup mencakup enam domain kualitas hidup (fisik, psikologis, kemandirian, sosial, lingkungan dan spiritual). Skor domain yang menunjukkan arah positif (skor yang lebih tinggi menandakan suatu kualitas hidup yang lebih tinggi) (WHO, 2005; dalam Oktavia. N, 2012).

Menurut petugas *Voluntary Counseling and Testing* (VCT), klinik RSUD. DR. M. Haulussy tahun 2013 di Ambon mengatakan bahwa ODHA yang baru terdiagnosa HIV/AIDS mengalami kondisi yang tidak menyenangkan. Secara fisik kesehatan terganggu karena adanya infeksi *opportunistic* (demam, pucat, diare, kurang nafsu makan) dan secara psikis. ODHA mempunyai perasaan hampa, inisiatifnya kurang, merasa tidak berarti, kehilangan semangat hidup,

muncul pikiran bunuh diri, di satu pihak ODHA merasa takut dan tidak siap mati, disisi lain ODHA beranggapan bahwa bunuh diri adalah jalan yang terbaik untuk lepas dari kehidupan yang tidak berarti. Hal tersebut sangat mempengaruhi kualitas hidup dari ODHA tersebut.

Menurut hasil penelitian Koeswara, 1992 (dalam Astuti A, 2011) bahwa proses penyakit seperti munculnya infeksi *opportunistic* dapat mengakibatkan penurunan kualitas fisik, apabila kondisi tersebut berlangsung dalam jangka waktu yang lama, maka dapat menimbulkan depresi yang mengarah pada kehampaan hidup, merasa tidak memiliki tujuan hidup, merasa tidak berarti, serba bosan, apatis sehingga muncul pikiran bunuh diri. Berdasarkan hal tersebut maka dapat dikatakan bahwa ODHA mempunyai kualitas hidup yang rendah.

Adanya dukungan dari teman sesama orang dengan HIV/AIDS berupa dukungan emosional yaitu mencakup ungkapan empati, kepedulian, dan perhatian terhadap orang bersangkutan, dukungan informasi yakni memberikan nasehat, petunjuk-petunjuk, saran-saran, dukungan jaringan sosial yakni mengajak ODHA bergabung dalam organisasi masyarakat maupun LSM biasanya melakukan berbagai kegiatan seperti melakukan ceramah, penyuluhan tentang hal-hal terkait HIV/AIDS, menjadi relawan mendampingi ODHA yang lain. Hal ini dapat mengembalikan kepercayaan diri ODHA. Pengalaman tersebut dapat menyadarkan ODHA bahwa dirinya masih pantas untuk hidup meskipun menderita HIV/AIDS sehingga pikiran untuk bunuh diri tidak ada dalam benak ODHA (Koeswara, 1992; dalam Astuti A, 2011).

Menurut hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Kusuma H, 2011, ODHA yang mendapat dukungan sebaya mengatakan bahwa manfaat kelompok dukungan sebaya terhadap kualitas hidup ODHA antara lain sebagai wadah untuk berbagi perasaan, sebagai wadah untuk mendapatkan pengetahuan HIV/AIDS, sebagai wadah untuk menjaga kerahasiaan, memberikan motivasi, sebagai layanan perubahan perilaku, membantu ketersediaan layanan pengobatan, sebagai keluarga kedua yang aman dan nyaman. (Mardhiati & Handayani, 2011). Selain itu karakteristik responden seperti jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, dan lama terinfeksi penyakit, dapat mempengaruhi kualitas hidup ODHA (Kusuma, H, 2011).

Berdasarkan pada latar belakang diatas, maka peneliti ingin melakukan penelitian mengenai hubungan dukungan sebaya dengan kualitas hidup ODHA di provinsi Maluku tahun 2013.

## **B. Rumusan Masalah**

Kelompok Dukungan sebaya memiliki peran yang penting dalam meningkatkan kualitas hidup ODHA, dengan cara melakukan penjangkauan (kunjungan rumah dan rumah sakit) dan pendampingan untuk memberikan dukungan kepada ODHA yang baru mengetahui statusnya. Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan, maka peneliti dapat merumuskan pertanyaan penelitian sebagai berikut : “Bagaimana hubungan dukungan sebaya dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di provinsi Maluku tahun 2013.

### **C. Tujuan Penelitian**

#### 1. Tujuan Umum

Diketuinya hubungan antara dukungan sebaya dengan kualitas hidup ODHA di provinsi Maluku tahun 2013.

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Diketuinya gambaran karakteristik (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, lama terinfeksi) ODHA di provinsi Maluku tahun 2013.
- b. Diketuinya gambaran dukungan sebaya terhadap kualitas hidup ODHA di provinsi Maluku tahun 2013.
- c. Diketuinya hubungan dukungan sebaya dengan kualitas hidup ODHA di provinsi Maluku tahun 2013.

### **D. Manfaat Penelitian**

Hasil penelitian ini diharapkan sebagai bahan informasi bagi Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi (KPAP), dan Komisi Penanggulangan AIDS Kota (KPAK), sebagai bahan evaluasi program kerja yang telah dilaksanakan, juga memberikan informasi tentang hubungan antara dukungan sebaya dengan kualitas hidup ODHA di Maluku. Adapun manfaat penelitian ini antara lain :

#### 1. Bagi Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian ini merupakan suatu masukan bagi Rumah Sakit Rujukan ARV agar memberikan pelayanan secara holistik bio, psiko, sosial dan

spiritual sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup ODHA secara menyeluruh..

## 2. Bagi KDS

Memberikan informasi tentang hubungan antara dukungan sebaya dengan kualitas hidup dan dampak sosial yang diterima ODHA. Dari penelitian ini dapat diperoleh informasi kelebihan dan kekurangan dalam melaksanakan program kerja sehingga dapat dicari alternatif pemecahan dan sebagai bahan tanggapan tentang berkelanjutan peran KDS dalam sistem penanggulangan HIV/AIDS di Maluku.

## 3. Bagi Akademik

Hasil penelitian ini dapat memberikan sumbangan bagi pengembangan pengetahuan dan dapat menjadi referensi bagi peneliti selanjutnya.

## 4. Bagi Peneliti

Merupakan pengalaman berharga bagi penulis dalam penulisan ilmiah di bidang kesehatan, menambah pengetahuan, wawasan peneliti khususnya mengenai masalah kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS (ODHA) dan menjadi data dasar dalam melaksanakan penelitian lanjut berkaitan dengan topik yang sama.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Umum Tentang HIV/AIDS**

##### **1. Pengertian HIV/AIDS**

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) merupakan virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh dan melemahkan sistem pertahanan tubuh terhadap infeksi. HIV menghancurkan dan merusak fungsi sel-sel kekebalan tubuh sehingga orang yang terinfeksi secara bertahap menjadi lemah sistem kekebalan tubuhnya. Dengan melemahnya sistem kekebalan tubuh maka akan meningkatkan kerentangan terhadap berbagai infeksi dan penyakit yang menyerang, walaupun infeksi tersebut dapat diatasi jika menyerang pada orang dengan sistem kekebalan tubuh yang sehat. Tahap selanjutnya dari infeksi HIV adalah *Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)* yaitu pada 10-15 tahun kemudian akan berkembang dengan manifestasi klinis yang parah (WHO, 2011; dalam Oktavia N, 2012).

AIDS (*acquired immunodeficiency syndrome*) dapat diartikan sebagai kumpulan gejala atau penyakit yang disebabkan oleh menurunnya kekebalan tubuh akibat infeksi virus HIV yang merusak family retroviridae. AIDS merupakan tahap akhir dari infeksi HIV (Djoeban, & Djauzi, 2009).

## 2. Epidemiologi

AIDS pertamakali ditemukan di Amerika Serikat pada tahun 1981 ketika CDC (*the U.S. Centers for Disease Control and Prevention*) mengumumkan penemuan aneh dari *Pneumocystis carini pneumonia* pada lima laki-laki homoseksual yang di Los Angles dan *kaposi's sarcoma* pada 26 laki-laki homoseksual yang sehat di New York dan Los Angles. Pada tahun 1983 HIV diisolasi dari seorang penderita Limfadenopati dan pada tahun 1984, HIV didemonstrasikan sebagai penyebab dari penyakit AIDS (Fauci dan Lane, 2005). Djoerban Z (1999) dalam Zein (2006) dalam catatan literature Indonesia, kasus infeksi HIV pertama kali ditemukan pada tahun 1985 di Jakarta pada seorang wanita yang menderita anemia hemolitik autoimun yang kerap mendapat transfuse darah. Diduga kuat transmisi virus HIV melalui transfuse. Kasus AIDS pertamakali di Indonesia ditemukan pada bulan April 1987 di Bali (Muninjaya, 1999). Sedangkan HIV positif pertama kali ditemukan di Medan pada tahun 1992, ketika dilakukan serosurvei (Zein, 2006). Sejak ditemukan jumlah penderita AIDS secara kumulatif hingga juni 2012 mencapai 32.103 kasus dan penderita yang terinfeksi HIV sebanyak 8.6762 kasus (Depkes RI, 2012).

## 3. Etiologi AIDS

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) dianggap sebagai virus penyebab AIDS. Ciri khas morfologi yang unik dari HIV adalah adanya nukleoid yang berbentuk silindris dalam varion matur, limfosit

CD4 merupakan target utama virus HIV karena virus mempunyai afinitas terhadap molekul permukaan CD4 berfungsi mengkoordinasikan sejumlah fungsi imunologis yang penting (Djoerban & Djauzi, 2009).

#### **4. Cara penularan HIV/AIDS**

Transmisi HIV kedalam tubuh manusia melalui tiga cara yaitu:

- a. Secara vertical dari ibu yang terinfeksi HIV ke anak (selama mengandung, persalinan, menyusui).
- b. Secara transseksual (*homoseksual maupun heteroseksual*).
- c. Secara horizontal yaitu kontak antar darah atau produk darah yang terinfeksi (asas sterilisasi kurang diperhatikan terutama pada pemakaian jarum suntik secara bersama-sama secara bergantian, tato, transfuse darah, perawatan gigi). HIV dapat diisolasi dari darah, semen, cairan serviks, cairan vagina, ASI, air liur, serum, urine, air mata, cairan alvioler, cairan cerebrospinal. Sejauh ini transmisi secara efisien terjadi melalui darah, cairan semen, cairan vagina dan serviks dan ASI (Nasronudin, 2012).

#### **5. Perjalanan penyakit**

Dalam tubuh penderita HIV/AIDS, partikel virus bergabung dengan DNA sel penderita, sehingga satu kali penderita terinfeksi HIV seumur hidup tetap terinfeksi. Dari semua orang yang terinfeksi HIV, mula-mula sedikit saja yang menjadi penderita AIDS pada 3 tahun pertama, 50% berkembang menjadi penderita AIDS sesudah 10 tahun, dan sesudah 13 tahun hampir semua orang yang terinfeksi

HIV/AIDS menunjukkan gejala AIDS. Dan kemudian meninggal (Sudoyo, et al, 2007; dalam Kusuma, H.,2011).

Sel tubuh manusia yang sering diserang oleh HIV adalah CD4 yaitu limfosit dalam tubuh manusia yang berfungsi sebagai pertahanan tubuh terhadap kuman penyakit. Bila jumlah dari CD4 berkurang maka, sistem kekebalan orang yang terinfeksi akan rusak, sehingga mudah diserang oleh berbagai jenis penyakit. Segera setelah terinfeksi HIV, jumlah limfosit CD4 berkurang sedikit demi sedikit (Djoerban, 2001;dalam Kusuma, H., 2011).

Dengan menurunnya CD4 maka system imun seluler akan semakin lemah secara progresif. Ddiikuti berkurangnya fungsi sel B dan makrofag dan menurunnya fungsi sel T penolong. Seseorang yang terinfeksi HIV tidak memperhatikan gejala selama bertahun-tahun. Selama waktu ini jumlah CD4 dapat berkurang sekitar 1000 sel per ml darah sebelum infeksi sampai mencapai sekitar 200-300 sel per ml darah. Dalam waktu ini gejala-gejala infeksi (Herpes soster dan jamur opportunistik) muncul ( Zein, 2006;dalam Kusuma H, 2011).

Hitungan CD4 dalam waktu beberapa tahun akan menurun, dengan laju penurunan yang lebih cepat pada 1,5 – 2,5 tahun sebelum pasien jatuh dalam keadaan AIDS. Dengan berlanjutnya stadium akhir penyakit akan ditemukan hitung sel CD4  $<200/\text{mm}^3$  yang biasanya terjadi infeksi opportunistic yang parah, kanker seperti sarcoma

kaposi, limfoma dan karsinoma serviks dan dimensia AIDS (Zein, 2006;dalam Kusuma, H, 2011).

## **6. Manifestasi Klinis**

Menurut Nasronudin (2012) manifestasi gejala dan tanda dari HIV/AIDS melalui 4 tahap atau stadium yaitu:

### **a. Stadium I: periode jendela**

HIV masuk kedalam tubuh sampai terbentuknya antibody terhadap HIV dalam darah (4-8 minggu setelah terinfeksi). Fase infeksi akut, sering timbul gejala seperti flu, demam, sakit kepala, nyeri otot, mual, keringat dimalam hari, yang terjadi pada 2-4 minggu setelah infeksi. Kemudian hilang atau menurun setelah beberapa hari. Tes HIV belum dapat dideteksi keberadaan virus.

### **b. Stadium II: HIV positif ( tanpa gejala) 5-10 tahun.**

HIV berkembang biak dalam darah, tidak ada tanda-tanda khusus, penderita HIV tampak sehat dan merasa sehat, serta dapat menularkan virus kepada orang lain. Tes HIV sudah dapat terdeteksi status HIV seseorang karena telah terbentuk antibody terhadap HIV. Umumnya tetap tampak sehat selama 5-10 tahun tergantung daya tahan tubuhnya.

### **c. Stadium III : HIV positif (muncul gejala)**

Sistim kekebalan tubuh semakin menurun, mulai muncul gejala misalnya pembengkakan kelenjar limpa lebih dari satu tempat pada area tubuh, diare terus menerus, demam, dan gejala-gejala

minor. Umumnya berlangsung lebih dari satu bulan tergantung daya tahan tubuhnya.

d. Stadium IV: AIDS

Kondisi sistem kekebalan tubuh sangat lemah, keadaan ini disertai berbagai penyakit antara lain : infeksi oportunistik, penyakit saraf, dan keganasan.

## 7. Pemeriksaan penunjang

Terdapat beberapa jenis pemeriksaan laboratorium untuk memastikan diagnosis terinfeksi HIV. Secara garis besar dapat dibagi menjadi pemeriksaan serologik untuk mendeteksi adanya antibody HIV dan pemeriksaan untuk mendeteksi keberadaan virus HIV. Deteksi adanya virus HIV dalam tubuh dapat dilakukan dengan isolasi dan biakan virus, deteksi antigen dalam darah pasien (Sudoyo, et al, 2009).

Pemeriksaan yang lebih mudah adalah pemeriksaan terhadap antibody HIV. Sebagai penyaring biasanya dilakukan teknik *Enzyme-Linked Immuno Sorbent Assay* (ELISA) adalah metode yang digunakan menegakkan diagnosis HIV dengan sensitivitasnya yang tinggi yaitu sebesar 98,1-100%. Biasanya tes ini memberikan hasil positif 2-3 bulan setelah infeksi. Metode yang sering digunakan di Indonesia adalah dengan ELISA. Jika pemeriksaan penyaring menyatakan hasil yang reaktif, pemeriksaan akan dilanjutkan dengan pemeriksaan konfirmasi untuk memastikan adanya infeksi HIV, yang paling sering

dipakai saat ini adalah western blot (WB) adalah metode yang digunakan menegakkan diagnosis HIV dengan sensitivitasnya yang tinggi yaitu sebesar 99,6-100%. Pemeriksaanya cukup sulit, mahal, dan membutuhkan waktu sekitar 24 jam (Sudoyo, et al, 2009).

Pemeriksaan selanjutnya PCR (*polymerase Chain Reaction*), digunakan untuk DNA dan RNA virus HIV sangat sensitive dan spesifik untuk infeksi HIV. Tes ini sering digunakan bila tes yang lain tidak jelas (Nasronudin, 2012).

Hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan tes terhadap antibodi HIV yaitu adanya masa jendela. Masa jendela adalah waktu sejak tubuh terinfeksi HIV sampai mulai timbulnya antibody yang dapat dideteksi dengan pemeriksaan. Antibody mulai terbentuk pada 4-8 bulan setelah terinfeksi. Jika pada masa ini hasil tes HIV pada seseorang yang sebenarnya sudah terinfeksi HIV dapat memberikan hasil yang negate. Untuk itu jika ada kecurigaan adanya resiko terinfeksi cukup tinggi, perlu dilakukan pemeriksaan ulang 3 bulan kemudian ( Sudoyo, et al, 2009).

## **8. Penatalaksanaan HIV/AIDS**

AIDS adalah penyakit infeksi menahun yang ditantai dengan infeksi oportunistik. Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa HIV terus menerus berkembang biak dalam tubuh ODHA dan replikasi HIV tersebut mempunyai dampak buruk terhadap sistim kekebalan tubuh dan kesehatan yang mempengaruhi keseluruhan dimensi kehidupan ODHA.

Oleh karena itu tujuan penetalaksanaan tidak hanya berfokus pada penurunan angka kesakitan namun juga peningkatan kualitas hidup (Fredikson & Kanabas, 2005;dalam kusuma, H, 2011).

Menurut Khairurahmi, ( 2009;dalam kusuma, H, 2011), ada empat strategi yang memungkinkan dalam perawatan penyakit HIV, yakni :

- a. Melawan virus HIV untuk memperlambat replikasi virus sehingga dapat menekan peningkatan jumlah virus semaksimal mungkin
- b. Perawatan atau pencegahan infeksi oportunistik yang dapat menyebabkan kerusakan pada sistim-sistim kekebalan tubuh.
- c. Memperkuat sistim kekebalan tubuh.
- d. Menangani atau mencegah masalah psikososial dan penguatan sumber pendukung.

Apabila terinfeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) maka penetalaksanaan yang dapat dilakukan pada ODHA (*Family Healt International*, 2007), yaitu:

- a. Pengendalian infeksi oportunistic

Bertujuan menghilangkan, mengendalikan, dan memulihkan infeksi oportunistik, nosokomial atau sepsis. Tindakan pengendalian infeksi yang aman untuk mencegah kontaminasi bakteri dan komplikasi penyebab sepsis harus tetap dipertahankan bagi pasien di lingkungan perawatan kritis. Pengobatan segera dibutuhkan segera untuk masalah kesehatan

yang umum seperti demam, batuk dan deare, dengan pengobatan infeksi opportunistik lanjut seperti TB paru.

- b. Pemberian obat-obatan anti retro viral HIV dan meningkatkan kepatuhan. Pemberian ARV telah menyebabkan kondisi kesehatan ODHA jauh lebih baik. Infeksi opportunistic lain yang berat seperti *Peumonia Pneomocystic Carrini* pada ODHA yang hilang timbul, biasanya mengharuskan ODHA minum obat infeksi agar tidak kambuh. Namun sekarang dengan minum obat ARV teratur banyak ODHA yang tidak minum obat profilaksis terhadap pneumonia. Selain itu terdapat pula penurunan kasus kanker yang terkait dengan HIV seperti sarcoma Kaposi dan limpoma dikarenakan pemberian obat-obat ARV tersebut (Sudoyo, dkk, 2009 ).

Waktu memulai ARV harus dipertimbangkan dengan seksama karena obat ARV akan diberikan dalam jangka waktu yang panjang. Obat ARV direkomendasikn bagi semua pasien yang menunjukkan gejala yang termasuk dalam criteria diagnosis AIDS atau menunjukkan gejala yang sngat berat tanpa melihat jumlah limfosit CD4. Obat ini juga direkomendasikan pada pasien dengan jumlah limposit CD4 kurang dari  $200 \text{ sel/mm}^3$  dapat ditawarkan untuk memulai terapi. Pada pasien asimtomatik dengan jumlah CD4 lebih dari  $350 \text{ sel/mm}^3$  dan viral load lebih dari 100.000 kopi/ml terapi ARV dapat dimulai namun dapat pula ditunda. Terapi ARV tidak dianjurkan dimulai pada pasien yang memiliki CD4 diatas  $350 \text{ sel/}$

mm<sup>3</sup> dan viral load kurang dari 100.000 kopi/ml (Sodoyo, dkk, 2009).

c. Perawatan palliative dan terminal.

Diberikan pada pasien yang berada pada tahap akhir stadium penyakit dengan komplikasi yang berat atau menggunakan alat bantu kesehatan untuk mempertahankan hidupnya. Pada tahap ini keluarga juga disiapkan untuk menerima kematian pasien dengan kondisi yang baik.

d. Pendidikan kesehatan untuk istirahat adekuat, menghindari merokok, alcohol, dan obat terlarang, olah raga, makan makanan sehat ( gisi yang kurang akan mengganggu fungsi imun), dan menghindari sters.

e. Menghindari infeksi lain, karena infeksi itu mempercepat replikasi Human Immunodeficiency Virus (HIV).

f. Mencegah penularan virus HIV ke orang lain.

g. Mencegah dan menangani masalah psikososial yang dapat memperburuk kondisi kesehatan.

h. Menyiapkan keluarga, teman sebaya dan masyarakat untuk dapat terlibat dalam pemberian dukungan dan perawatan bagi ODHA dirumah.

Berbagai faktor ikut berperan dalam peningkatan angka kesakitan dan kematian HIV/AIDS, dan juga akibat penatalaksanaan penderita yang belum optimal. Selama ini penatalaksanaan hanya

dikonsentrasikan pada terapi umum dan terapi khusus dengan mengandalkan antiretroviral (ART), dukungan nutrisi berlandaskan konsep *imunonutrien* perlu diperhatikan dalam penatalaksanaan penderita HIV/AIDS (Nasronudin, 2012)

## **B. Tinjauan Umum Tentang Kulitias hidup**

### **1. Pengertian Kualitas Hidup**

Kualitas didasarkan pada definisi sehat WHO yang berisi dimensi sehat fisik, jiwa, dan sosial yang pada setiap orang berbeda-beda, karna dipengaruhi oleh pengalaman, kepercayaan dan keinginan seseorang. Kualitas merupakan penilaian individu terhadap porsi mereka dalam kehidupan pada konteks budaya dan system nilai dimana mereka tinggal dan hidup dalam hubungannya dengan tujuan hidup, harapan standard dan fokus hidup mereka (WHO, 2010 ;dalam Rahmawati S, 2012).

Pengertian kualitas hidup masih menjadi suatu permasalahan, sampai saat ini belum ada suatu pengertian yang dapat diterima secara universal untuk menilai kualitas hidup seseorang. Kualitas hidup merupakan suatu ide yang abstrak yang tidak terkait oleh tempat dan waktu, bersifat situasional (Kinghorn & Gamling, 2004; dalam Kusuma H, 2011).

Kualitas hidup seseorang tidak dapat didefinisikan dengan pasti hanya orang tersebut yang dapat mendefinisikannya karna kualitas hidup merupakan suatu yang bersifat subjektifitas dan multidimensi.

Supjektifitas yang mengandung arti bahwa kualitas hidup hanya ditentukan dari sudut pandang orang itu sendiri. Sedangkan multidimensi bermakna bahwa kualitas hidup dipandang dari seluruh aspek kehidupan seseorang secara holistic meliputi bio, psiko, sosial dan spiritual dan lingkungan (Cella, 1998:dalam Kusuma H, 2011).

## 2. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup

Berdasarkan survey kualitas hidup terkait kesehatan di amerika serikat tahun 2002 didapatkan beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup adalah umur jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan dan faktor kesehatan (Kinghorn & Gamling, 2004). Faktor tersebut dapat dibedakan menjadi faktor internal dan eksternal.

- a. Faktor internal yang berpengaruh terhadap kualitas hidup antara lain jenis kelamin, wanita mempunyai kualitas hidup lebih rendah dibanding laki-laki. Umur, individu dengan usia > 75 tahun mempunyai kualitas hidup lebih buruk dibandingkan dengan usia 18-24 tahun. Faktor kesehatan yaitu adanya penyakit kronis yang dialami seseorang akan menurunkan kualitas hidup.
- b. Faktor eksterna yang berhubungan dengan kualitas hidup yaitu pendidikan, individu berpendidikan tinggi memiliki kualitas hidup lebih baik dari sekolah menengah kebawah. Penghasilan individu yang tidak mencukupi kebutuhan hidup sehari-hari mempunyai kualitas hidup yang lebih rendah. Status pekerjaan, individu yang

sudah pensiun dan orang yang tidak bekerja, kualitas hidup lebih buruk dibandingkan orang yang bekerja (Nasir, 2006; dalam Kusuma H, 2011)

### 3. Kualitas Hidup Penderita HIV/AIDS

Loren at al ( 2001); dalam Kusuma H, 2011) membandingkan kualitas hidup penderita HIV/AIDS dengan populasi umum pada 154 HIV pada salah satu rumah sakit yang ada di London menyimpulkan bahwa kualitas hidup pasien HIV/AIDS 62,6 % lebih rendah dibandingkan populasi umum. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Kusuma H, (2011) menyatakan bahwa jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan dan lama terinfeksi merupakan hal yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien HIV/AIDS. Perempuan dalam menghadapi masalah lebih menggunakan perasaan dibanding laki-laki, sehingga pada saat pasien wanita didiagnosa HIV, menjalani pengobatan dalam jangka waktu yang lama. Sedangkan pria lebih menggunakan logika. Selain itu wanita seringkali mendapat tekanan dari keluarga seperti ketakutan menularkan virus kepada anaknya, yang menyebabkan dirinya kehilangan hak asuh anak (Paminto, 2007;dalam Kusuma, 2011).

Pasien HIV/AIDS dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan mempunyai kemampuan kognitif yang baik untuk mencari dan memahami informasi mengenai perawatan penyakitnya, dan mengembangkan mekanisme koping dalam menghadapi stressor. Oleh

karna itu kualitas hidup pasien dengan pendidikan tinggi lebih baik. Selain itu pasien yang bekerja akan mempunyai harga diri yang lebih tinggi karena sumber koping dari komunitas ditempatnya bekerja sehingga dukungan yang didapatkan tidak hanya dari keluarga. Pasien yang masih bekerja dapat menjalankan perannya sebagai kepala keluarga (bagi yang sudah menikah) untuk mencari nafkah sehingga merasa masih dapat diandalkan oleh keluarga (Kusuma H, 20011).

Pada penelitian yang dilakukan oleh Nazir, (2006) mengatakan bahwa penduduk dengan penghasilan yang yang tidak mencukupi kebutuhan sehari-hari mempunyai kualitas hidup lebih buruk dibandingkan dengan penduduk dengan penghasilan yang mencukupi. Pasien yang mempunyai pendapatan keluarga yang cukup dapat menunjang kebutuhan setiap hari dalam hal ini bukn hanya untuk kebutuhan hidup tetapi juga pengobatan terkait penyakit, sehingga dapat menjaga derajat kesehatannya. Oleh karna itu hal ini dapat mempengaruhi kualitas hidupnya (Nazir, 2006;dalam Kusuma, H, 2011).

Berdasarkan teori dilihat dari perjalanan penyakit, semakin lama pasien menderita penyakit semakin menurun derajat kesehatannya. Hal ini terkait dengan jumlah CD4 yang ada dalam tubuh (Sudoyo, et al, 2009). Semakin lama waktu sakit akan semakin rentang pula pasien terkena berbagai komplikasi penyakit dari yang ringan hingga yang berat. Menurut hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Greff et al, (2009) dimana lama menderita penyakit merupakan faktor yang paling

signifikan mempengaruhi kualitas hidup (Djoerban, 2001; dalam Kusuma, H, 2011).

4. Dimensi dalam kualitas hidup pasien HIV/AIDS

*World Health Organization* (2002, dalam Kusuma, H, 2011) terdapat enam dimensi yang dapat dijadikan landasan untuk menilai kualitas hidup ODHA antara lain :

- a. Kesehatan atau kesejahteraan fisik yaitu kemampuan organ tubuh untuk berfungsi secara optimal sehingga dapat melakukan aktifitas sehari-hari secara mandiri untuk memenuhi kebutuhan hidupnya.
- b. Kesejahteraan psikologis yaitu kemampuan untuk menciptakan perasaan senang dan puas terhadap suatu peristiwa atau kejadian yang dialami sehingga terhindar dari masalah-masalah psikologis. Kondisi emosional ODHA yang tidak stabil membuat ODHA merasa kecewa, harga diri rendah, ketidakmampuan berkonsentrasi. Masalah psikologis ini akan mempengaruhi kemampuan ODHA untuk berpartisipasi dalam pengobatan dan perawatan dirinya sehingga akan berdampak pada kualitas hidup ODHA (Stuart & Laria, 2001: dalam Kusuma, H, 2011).
- c. Kesejahteraan sosial yaitu kemampuan seseorang membina hubungan interpersonal dengan orang lain. Bagi ODHA salah satu masalah sosial terbesar yang dialaminya adalah isolasi sosial dari keluarga maupun masyarakat. Kondisi ini akan membuat ODHA

semakin menutup dirinya dari kehidupan sosialnya sehingga semakin memperburuk kondisi ODHA, terutama ODHA yang dikeluarkan dari pekerjaan setelah diketahui terinfeksi virus HIV, akan mengalami masalah sosial yang cukup serius dan dapat mempengaruhi kualitas hidupnya(Wig et.al.,2006: dalam Kusuma H, 2011).

- d. Kesejahteraan fungsional yaitu kemampuan seseorang berfungsi secara optimal dan mandiri dalam kehidupan sehari-hari meliputi bekerja, berolahraga, belajar, belanja, merawat diri. Orang dengan HIV/AIDS mempunyai berbagai keterbatasan fungsi sehingga membutuhkan dukungan sosial dari berbagai pihak khususnya orang-orang yang berada disekitarnya seperti pasangan, keluarga, dan teman sebaya.(Nien dan mc Ewen, 2007 ;dalam Kusuma. H, 2011).
- e. Kepuasan terhadap lingkungan yaitu kepuasan terhadap keamanan fisik, lingkungan rumah, sumber financial, pelayanan kesehatan akses informasi, kesempatan untuk ikut dalam aktifitas rekreasai.
- f. Kesejahteraan spiritual yaitu meliputi kemampuan dalam menemukan arti kehidupan dan menjalankan ibadah sesuai dengan agama yang dianutnya secara bebas. ODHA yang menyadari penyakit yang dideritanya adalah merupakan cobaan dari Tuhan untuk menguji umatnya, maka akan lebih meningkatkan keimanannya

sehingga memperbaiki dirinya dengan lebih mendekatkan diri pada Tuhan-Nya. Hal ini akan berdampak pada kualitas hidup ODHA.

Studi lain mengatakan kualitas hidup berhubungan dengan status sosial ekonomi. Ichikawa dan Narpartau (2006) didapatkan bahwa penerimaan sosial adalah faktor yang paling berhubungan signifikan dengan kualitas hidup yang lebih baik, dukungan sosial menghiraukan dampak penyakit dan aspek psikososial dalam kehidupan pasien dengan HIV/AIDS. Orang yang hidup dengan HIV/AIDS sangat membutuhkan bantuan dari keluarga dan teman sebaya karena penyakit ini bersifat kronis sehingga memerlukan perawatan yang berkesinambungan dan mengharuskan menjalani perawatan khusus di rumah sakit yang menyebabkan mereka kehilangan kontak sosial yang biasa mereka temui sehari-hari, selain itu ODHA juga merasa bahwa hidupnya tinggal sebentar lagi sehingga apapun yang dilakukan sia-sia. Hal ini berdampak pada kualitas hidupnya. Olehnya itu dibutuhkan teman sebaya untuk memberikan pendampingan dan informasi dalam menjalankan pengobatan terhadap dirinya (Li at al, 2008; dalam Kusuma H, 2011).

##### 5. Peran Perawat

Merujuk pada definisi sehat yang dikeluarkan oleh WHO, maka dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan bagi pasien HIV/AIDS, pelayanan kesehatan dituntut dapat memfasilitasi pasien agar mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas atau sejahtera.

Perawat sebagai bagian integral dari tim pelayanan kesehatan dapat berperan aktif dalam pengupayakan terwujudnya kehidupan yang berkualitas bagi pasien HIV/AIDS dengan cara memberikan asuhan keperawatan yang bersifat komprehensif dan holistik yang meliputi bio, psiko, sosial, dan spiritual (Potter & Perry, 1997). Artinya, dalam upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan pasien, perawat tidak hanya berfokus pada penanganan masalah fisik saja, juga berperan dalam mencegah dan menangani masalah psikososial pada pasien HIV/AIDS yang dapat menurunkan kualitas hidup (Kusuma H, 2011).

Peran seorang perawat dalam mengurangi beban psikis seorang pasien HIV/AIDS sangat besar. Diantaranya dengan mengkaji adanya tanda dan gejala psikis, mengkaji dan mengaktifkan sumber-sumber pendukung, melakukan pendampingan dan mempertahankan hubungan yang sering dengan pasien sehingga pasien tidak merasa sendiri dan ditinggalkan, menunjukkan rasa menghargai dan menerima pasien tersebut, memberikan pujian pada setiap hal positif yang dilakukan pasien dalam menjalani perawatan, melakukan tindakan kolaborasi dengan memberikan rujukan untuk konseling psikiatri (Doenges, Townsend, & Moorhouse, 2006: dalam Kusuma H, 2011)

Selain itu perawat dapat melakukan intervensi dengan cara memberdayakan orang-orang terdekat dalam hal ini keluarga untuk menjadi *support system* yang dapat memberikan dukungan yang dibutuhkan oleh pasien agar dapat meningkatkan kualitas hidupnya.

Ketika pasien masih di lingkungan rumah sakit, perawat dapat melakukan konseling kesehatan mengenai dukungan keluarga yang dibutuhkan pasien serta hal-hal yang perlu diketahui keluarga terkait penyakit yang diderita pasien seperti cara penularan, perjalanan penyakit dan perawatan/pengobatan. Selain itu perawat di rumah sakit dapat bekerjasama dengan dukungan sebaya dalam memberikan intervensi lanjut dalam usaha pemberdayaan keluarga (Kusuma H, 2011).

### **C. Tinjauan Tentang Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) dan Dukungan Sebaya.**

#### **1. Pengertian Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) dan Dukungan Sebaya.**

Menurut March (2012), Kelompok Dukungan Sebaya dikenal dengan *peer support group* adalah sebuah kelompok yang mempunyai prinsip bahwa tujuan kelompok adalah mensupport setiap anggota kelompok dalam kehidupan keseharian mereka. Kelompok dukungan sebaya (KDS) adalah wadah untuk berbagi perasaan, sebagai wadah yang dapat menjaga kerahasiaan, dan menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman bagi orang yang terinfeksi HIV (Spiritia, 2002; Dalam Mardhiati & Handayani, 2011).

Dukungan sebaya adalah dukungan mental yang diberikan oleh ODHA kepada ODHA lainnya, terutama ODHA yang baru mengetahui status HIV (pedoman yayasan spiritia). Dukungan sebaya merupakan kegiatan saling memberikan dukungan untuk dan oleh orang dalam

situasi yang sama. Situasi ini dapat berupa keadaan menghadapi permasalahan penyakit yang sama untuk pertama kali dengan seseorang yang telah mampu mengelolanya (March, 2012: dalam buku saku KDS, 2011)

Dukungan ataupun pengetahuan yang diperoleh dari kelompok sebaya dirasakan lebih efektif karna hambatan-hambatan komunikasi yang terjadi lebih kecil dibandingkan dari bukan kelompok sebaya. Dukungan kelompok sebaya dikalangan orang dengan HIV/AIDS meningkatkan hubungan antara lembaga-lembaga suadaya masyarakat untuk ikut berpartisipasi dalam memberikan pelayanan kesehatan (Depkes, 2008 ; dalam Dinkes, 2012)

## 2. Peran Kelompok Dukungan Sebaya (KDS).

Peran dari kelompok dukungan sebaya adalah untuk mencapai mutu hidup yang lebih baik bagi ODHA. Adapun peran Kelompok dukungan sebaya tersebut antara lain:

- a. Membantu ODHA agar tidak merasa sendiri dalam menghadapi masalah.
- b. Menyediakan kesempatan untuk bertemu orang lain dan berteman.
- c. Menolong menjadi lebih percaya diri dan merasa kuat.
- d. Membantu membuka status HIV kepada keluarga atau pasangan.
- e. Menyebarkan informasi tentang pengobatan yang tersedia dan bagaimana pengobatan itu dapat diperoleh.

- f. Mendukung kepatuhan terapi antiretroviral (ARV) dan pengobatan lainnya
- g. Mendukung ODHA untuk melakukan kegiatan- kegiatan positif seperti bekerja, melanjutkan pendidikan, melanjutkan hobi, mengikuti aktifitas sosial (Spiritia, 2002; dalam Mardhiati, R & Handayani, S., 2011).

### 3. Kegiatan yang dilakukan dalam KDS

Pelaksanaan kegiatan kelompok dukungan sebaya melalui beberapa jenis kegiatan diantaranya :

#### a. Pertemuan Rutin

Untuk membagi pengalaman, kekuatan dan harapan (*close meeting*).

Untuk pemberian informasi dan belajar bersama (*study club*) dan konseling keluarga.

- #### b. Penjangkauan dan pendampingan bagi ODHA yang baru saja menerima hasil tes HIV maupun kepada ODHA yang sedang sakit atau sedang mendapat perawatan.

### 4. Bentuk dukungan sebaya

Ada tiga jenis dukungan yang diberikan teman sebaya antara lain:

#### a. Dukungan emosional (*emotional support*)

Dukungan emosional merupakan suatu bentuk dukungan yang diberikan berupa empati, perhatian dan dorongan atau keprihatinan terhadap seseorang. Dukungan emosi adalah dukungan yang dapat membantu seseorang merasa nyaman tenang

dan rasa memiliki saat stress (Sarafino, 2004). Pendapat lain yaitu Koentjor (2002), dukungan emosional merupakan bentuk dukungan yang dapat memberikan rasa nyaman, membangkitkan semangat mengurangi putus asa, rasa rendah diri, rasa keterbatasan sebagai akibat dari ketidak mampuan fisik dan kelainan yang dialaminya (Kusuma, H, 2011).

b. Dukungan informasi (*information support*)

Dukungan informasi merupakan suatu dukungan dan bantuan yang diberikan dalam bentuk saran, nasehat dan memberikan informasi penting yang dibutuhkan pasien dalam upaya meningkatkan status kesehatannya. Samet, (2004) dukungan informasi ini berarti memberi informasi atau mengajarkan sesuatu keahlian yang dapat memberikan solusi terhadap suatu masalah dan memberikan informasi tentang suatu penyakit pada pasien yang membutuhkan informasi (Sarafino, 2004;dalam Kusuma, H, 2011).

c. Dukungan jaringan sosial (*network support*)

Dukungan jaringan sosial merupakan bentuk dukungan yang diberikan dalam kondisi dimana seseorang menjadi bagian dari suatu kelompok yang dipercaya memiliki kesamaan dalam bentuk minat, perhatian, kepentingan dan kegiatan yang disukai. Oxfort, 1992;dalam Kusuma, H, 2011) bahwa dukungan ini dapat berupa menghabiskan waktu bersama dengan orang lain, dalam aktifitas rekreasional. Dukungan ini dapat mengurangi stress dengan

memenuhi kebutuhan kontak dengan orang lain, dan membantu mengalihkan perhatian seseorang dari kecemasan terhadap masalah yang dihadapi termasuk membuat lelucon, membicarakan minat, berorganisasi dan melakukan aktifitas yang menggambarkan perasaan senang (Oxford, 1992;dalam Kusuma, H, 2011).

#### **D. Tinjauan Tentang Kelompok Sosial/Dukungan Sosial**

##### **1. Pengertian Kelompok Sosial**

Kelompok sosial adalah kelompok dengan relasi sosial antara individu yang mempunyai kepercayaan dan nilai-nilai yang sama serta yang membedakan mereka dari orang lain yang tidak termasuk kelompok itu. Kelompok sosial misalnya keluarga, kelompok-kelompok persahabatan, serikat buruh dan para karyawan rumah sakit. Kelompok sosial merupakan himpunan atau kesatuan manusia yang hidup bersama karena adanya hubungan antara mereka secara timbal balik dan saling mempengaruhi yang memiliki kesadaran akan keanggotaannya dan saling berinteraksi. Dapat disimpulkan bahwa kelompok sosial adalah sekumpulan manusia yang memiliki persamaan ciri dan memiliki pola interaksi yang terorganisir secara berulang-ulang, serta memiliki kesadaran bersama akan keanggotaannya (Sarafino, 2006;dalam Myazinda, 2008)

Dukungan sosial didefinisikan sebagai suatu peran yang dimainkan oleh teman-teman relatif dalam memberikan bantuan untuk menceritakan perasaan pribadi (Lahey, 2007). Dukungan sosial

berasal dari berbagai sumber seperti pasangan hidup, keluarga, pacar, teman, rekan kerja dan organisasi komunitas (Sarafino, 2006; dalam Myazinda, 2008).

2. Bentuk dukungan sosial menurut Sarafino, (2006) antara lain yaitu:

a. Dukungan emosional dan penghargaan

Dukungan emosional yang dapat berupa ungkapan empati, perhatian maupun kepedulian terhadap individu yang bersangkutan.

b. Dukungan informasi

Dukungan berupa nasihat, pengarahan dan memberikan informasi mengenai apa yang dilakukan individu yang bersangkutan.

c. Dukungan persahabatan

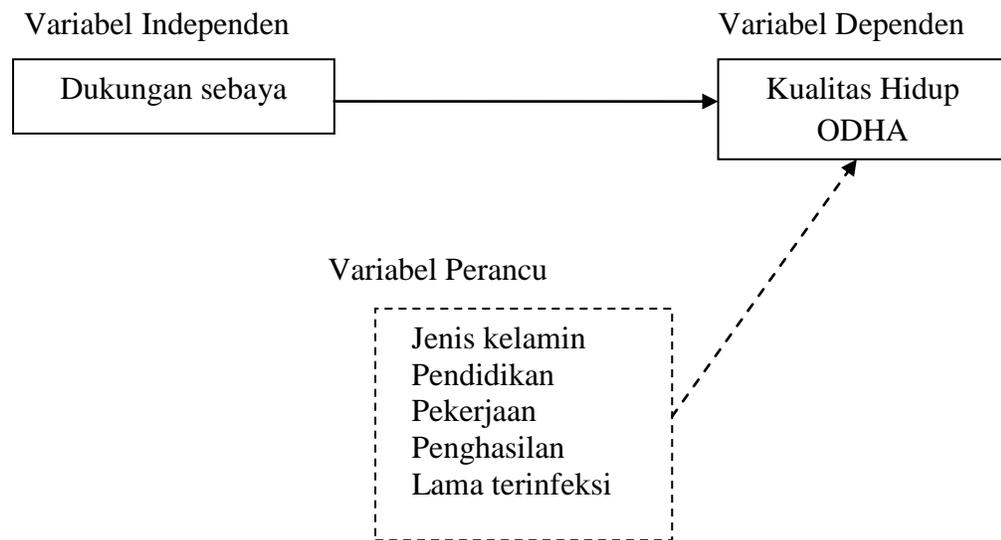
Dukungan yang berupa adanya kebersamaan kesediaan dan aktifitas sosial yang sama.

## BAB III

### KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESA

#### A. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep hubungan dukungan sebaya dengan kualitas hidup ODHA di provinsi Maluku dapat dilihat sebagai berikut :



Bagan 3.1. Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan :



= Variabel yang diteliti



= Variabel yang tidak diteliti

## **B. Hipotesa Penelitian**

Berdasarkan permasalahan pada latar belakang dan kerangka konsep yang di kemukakan sebelumnya maka, hipotesis yang di ajukan dalam penelitian ini adalah Ada hubungan antara dukungan sebaya dengan kualitas hidup ODHA di provinsi Maluku tahun 2013

## **BAB IV**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Rancangan Penelitian**

Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif korelasional yaitu penelitian yang bertujuan untuk mengkaji, menjelaskan, memperkirakan dan menguji suatu hubungan antara variable berdasarkan teori yang ada tanpa adanya suatu intervensi dari peneliti. Dengan studi ini akan diperoleh prevalensi suatu fenomena (variable dependen) dihubungkan dengan penyebab (variable independen). Dalam penelitian ini peneliti menggunakan pendekatan *cross sectional* yang menekankan pada proses pengambilan data variabel independen dan dependen yang hanya satu kali pada waktu yang sama.

#### **B. Tempat dan Waktu penelitian**

##### 1. Tempat penelitian

Penelitian ini dilakukan di Provinsi Maluku karena belum pernah dilakukan penelitian sebelumnya tentang hubungan dukungan sebaya dengan kualitas hidup ODHA di provinsi Maluku

##### 2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Juli - Agustus 2013.

## C. Populasi dan Sampel

### 1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian yang diteliti (Notoatmodjo, 2012). Populasi pada penelitian ini adalah orang dengan HIV/AIDS yang berdomisili di provinsi Maluku

### 2. Sampel

Pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah ODHA yang berdomisili di Provinsi Maluku yang berjumlah 188 orang yang di ambil dengan metode *accidental sampling* yaitu dilakukan dengan pengambilan responden yang kebetulan ada atau tersedia disuatu tempat sesuai dengan konteks penelitian (Notoatmodjo, 2010).

Dengan kriteria inklusif dan eksklusif

#### a. Kriteria Inklusi :

- 1) ODHA yang berdomisili di Provinsi Maluku
- 2) ODHA yang berusia > 18 tahun (kelompok usia dewasa)
- 3) Bersedia menjadi responden

#### b. Kriteria Eksklusi

- 1) ODHA yang mengalami ketidaknyamanan fisik (seperti nyeri, pusing dan lainnya)
- 2) Memutuskan untuk tidak melanjutkan pengisian kuesioner atau tidak mengisi secara lengkap kuesioner

- 3) Tidak dapat membaca dan menulis
- 4) Sakit/meninggal pada saat penelitian.

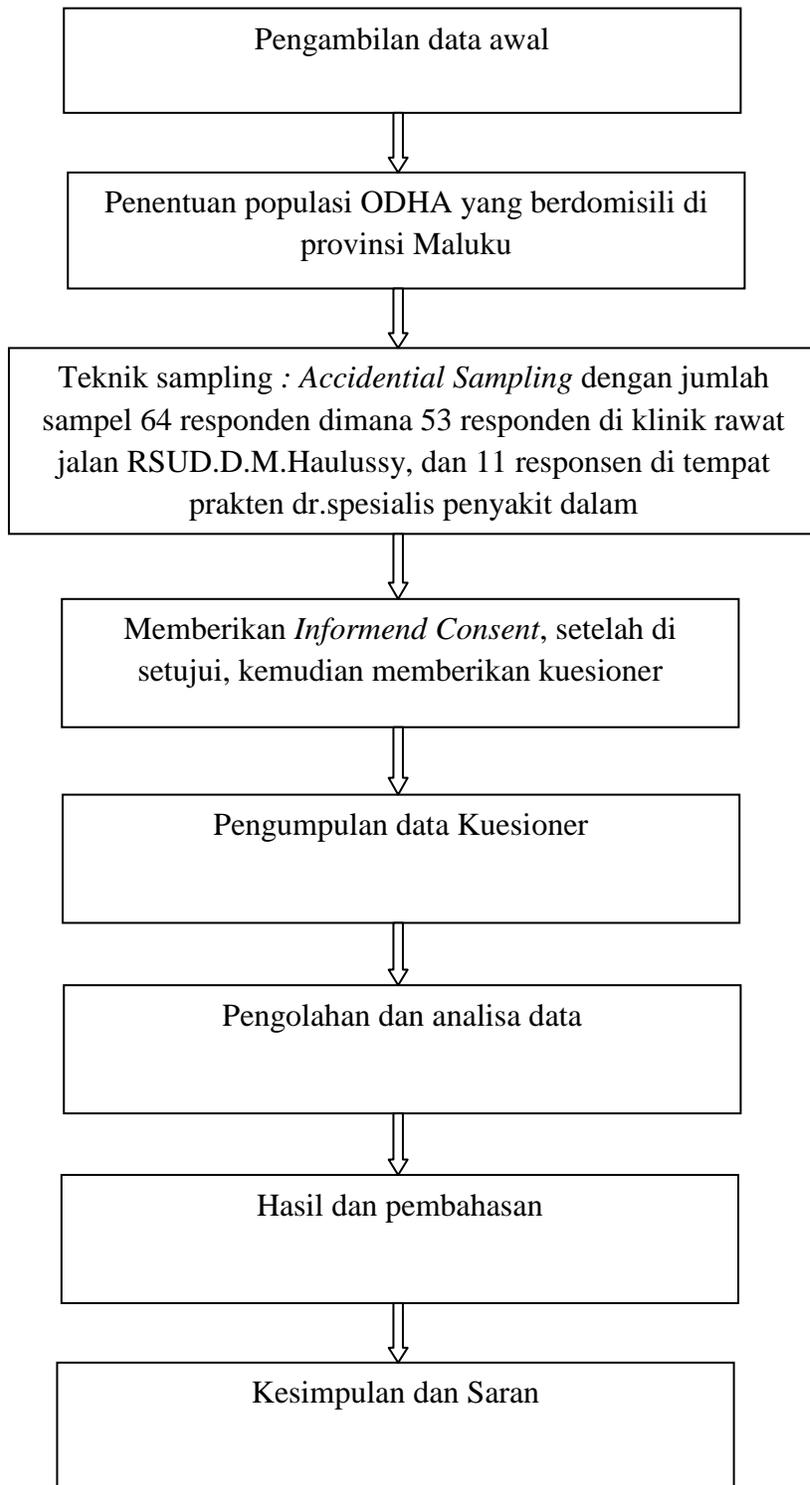
#### **D. Alur Penelitian**

Penelitian dimulai dengan penelusuran kepustakaan dan pengambilan data awal, menentukan judul dan masalah penelitian berdasarkan fenomena yang terjadi di lahan penelitian, konsultasi judul proposal, konsultasi proposal, dan seminar proposal. Proses pengambilan dan pengumpulan data dilakukan setelah mendapat izin dari pihak terkait dalam hal ini pemerintah Provinsi Maluku

Sebagai langkah awal penelitian, peneliti akan menentukan populasi dan jumlah sampel dengan berpedoman pada kriteria inklusi yang telah ditentukan, kemudian meminta persetujuan dari responden (*informed consent*). Setelah mendapatkan persetujuan dari responden, peneliti memberikan koersioner kepada responden, terlebih dahulu peneliti menjelaskan cara pengisiannya.

Dalam pengambilan data, peneliti melakukan pengumpulan data dengan teknik *accidental sampling* diklinik RSUD. DR. M. Haulussy Ambon dengan mendapatkan 32 responden yang mendapat dukungan sebaya dan 21 responden yang tidak mendapat dukungan sebaya. Sedangkan 11 responden lainnya, peneliti mendatangi tiga (3) tempat praktek dokter spesialis penyakit dalam di lokasi penelitian yang telah di tentukan, karena responden menolak untuk berkunjung ke klinik rumah sakit karena menolak statusnya diketahui oleh tim penanggulangan HIV/AIDS di rumah sakit.

Kemudian melakukan pengumpulan data dengan cara peneliti di bantu oleh seorang asisten dr spesialis penyakit dalam yang sebelumnya peneliti sudah menjelaskan prosedur pengumpulan data dan maksud dari pertanyaan-pertanyaan pada kuesioner. Langkah selanjutnya asisten meminta persetujuan dari responden ( *informed cosent*). Setelah mendapatkan persetujuan dari responden, asisten memberikan kuesioner kepada responden, terlebih dahulu asisten menjelaskan cara pengisiannya. Setelah data terkumpul asisten menyerahkan data tersebut kepada peneliti tanpa diketahui oleh responden. Secara sederhana dapat digambarkan pada skema berikut ini :



Bagan 4.1. Alur Penelitian

## **E. Identifikasi Variabel dan Definisi Operasional**

### 1. Identifikasi variabel

Variabel Penelitian adalah segala sesuatu yang berbentuk apa saja yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari sehingga diperoleh informasi tentang hal tersebut kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiono, 2011) adapun variabel pada penelitian ini adalah :

#### a. Variabel bebas (independen)

Variabel independen atau disebut juga variabel bebas merupakan variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab timbulnya variabel dependen (sugiono, 2011). Adapun variabel independen pada penelitian ini adalah dukungan sebaya.

#### b. Variabel dependen

Variabel dependen atau disebut juga variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas (Sugiyono, 2011). Adapun variabel dependen pada penelitian ini adalah kualitas hidup ODHA.

#### c. Variabel Perancu

Merupakan jenis variabel yang berhubungan dengan variabel bebas maupun nvariabel terikat tetapi bukan merupakan variabel antara (Nursalam,2008). Adapun variabel perancu dalam penelitian ini adalah jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan dan lama terinfeksi.

## 2. Definisi Operasional dan kriteria objektif

### a. Dukungan sebaya

Dukungan sebaya adalah dukungan atau dorongan yang diberikan oleh teman sesama orang dengan HIV/AIDS yang sering bersama dengan responden yang memberikan dukungan emosional, dukungan informasi, dan dukungan jaringan sosial dengan menggunakan kuesioner yang terdiri dari 18 pertanyaan setiap pertanyaan disediakan empat pilihan jawaban yaitu tidak pernah, kadang-kadang, sering dan selalu. Setiap jawaban akan diberi skor dengan menggunakan skala liker 0-3.

#### Kriteria Objektif

Skor  $\geq 40,5$  tidak mendapat dukungan

Skor  $< 40,5$  mendapat dukungan.

### b. Kualitas hidup

Kualitas hidup adalah pemahaman responden terhadap kualitas hidup yaitu kesejahteraan fisik, psikologi, hubungan sosial, lingkungan, tingkat kemandirian dan spiritual, dengan menggunakan kuesioner terdiri dari 20 pertanyaan, dan terdapat lima pilihan jawaban tidak pernah, jarang, kadang-kadang, sering, dan selalu. Setiap jawaban akan diberi skor dengan menggunakan skala liker 1-5 untuk item yang menggambarkan kualitas baik dan 5-1 untuk item yang menggambarkan kualitas hidup kurang baik.

Kriteria Objektif

Baik : jika skor  $\geq 75$

Kurang baik : jika skor  $< 75$

## **F. Pengumpulan Data**

### **1. Instrumen Penelitian**

Variabel dukungan sebaya, kualitas hidup dan data demografi peneliti menggunakan instrument pengumpulan data dalam bentuk kuesioner yang diambil dari penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Kusuma H, 2011 tentang hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup ODHA. Kuesioner yaitu jumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden tentang hal-hal yang ingin diketahui (Arikunto, 2002; dalam Kusuma H, 2011).

Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari 3 bagian yaitu kuesioner karakteristik (bagian A) untuk mengetahui karakteristik responden meliputi, jenis kelamin, 1 perempuan, 2 laki-laki, pendidikan dikatakan tinggi (SMU & PT), rendah (SD & SMP), pekerjaan, 1 tidak bekerja, 2 bekerja, penghasilan, tinggi  $\geq 1.000.000$ , rendah  $< 1.000.000$ , lama terinfeksi.

Kuesioner dukungan sebaya (bagian B) Untuk kuesioner dukungan sebaya, dibuat sendiri oleh peneliti berdasarkan teori, dengan menggunakan skala liker, terdiri dari 20 pertanyaan bersifat favourable, meliputi dukungan emosional 8 pertanyaan (1-8), dukungan informasi 8 pertanyaan (9-16) dan

dukungan jaringan sosial 4 pertanyaan (17-20). Dari setiap pertanyaan terdapat empat pilihan jawaban yaitu tidak pernah, kadang-kadang, sering, selalu setiap jawaban akan diberi skor 0, 1, 2, 3 untuk tiap pertanyaan. Skor total antara yang dikategorikan berdasarkan rumus Arikunto, (2002) yaitu cut of point 75% dari total skor (54) dengan hasil  $\geq 40,5$  mendapat dukungan dan  $< 40,5$  tidak mendapat dukungan.

Kuesioner (bagian C) yang digunakan untuk mengkaji kualitas hidup ODHA diambil dgari kuesioner penelitian sebelumnya Kusuma. H (2011) dengan 20 pertanyaan, dari setiap pertanyaan terdapat 5 pilihan jawaban yaitu tidak pernah (0x/minggu) jarang (1-2x/ minggu) kadang-kadang (3-4x/minggu) sering (5-6x/minggu) selalu ( $> 6x/minggu$ ) . untuk pertanyaan bersifat favourable 18 pertanyaan dan 2 pertanyaan unfavourable dan didasarkan pada skor likert. Untuk skor skala likert dapat dilihat pada table 1 di bawah ini.

Tabel 4.2 Skor skala likert

Jawaban	Skor Favourable	Skor Unfavourable
Selalu ( SL)	5	1
Sering (SR)	4	2
Kadang-kadang (KD)	3	3
Jarang (JR)	2	4
Tidak pernah (TR)	1	5

disetiap jawaban akan diberi skor 1,2,3,4, dan 5 untuk jawaban yang menggambarkan kualitas hidup baik dan 5,4 ,3,2, dan 1 untuk jawaban yang menggambarkan kualitas hidup yang kurang baik. Skor total antara 20 -100 yang dikategorikan berdasarkan rumus Arikunto 2002, yakni *cut of point* 75% dari total skor (100) menjadi  $\geq 75$ = baik dan  $<75$  = kurang baik

## 2. Uji Validitas dan Reliabilita

### a. Uji Validitas

Uji validitas yang dilakukan yakni validitas korelasi item total (*corrected item-total correlation validity*). Metode uji validitas ini bertujuan untuk mengukur kemampuan setiap item pertanyaan kuesioner dalam mengukur variable yang akan diukur. Untuk melihat apakah kuesioner yang disusun mampu mengukur apa yang hendak diukur maka perlu diukur dengan uji korelasi antara skor (nilai) tiap-tiap item pertanyaan dengan nilai total kuesioner tersebut. Teknik korelasi yang digunakan dalam uji validitas ini adalah teknik korelasi item total *Person Product moment* yang rumusnya sebagai berikut:

$$r = \frac{N(\sum XY) - (\sum X \sum Y)}{\sqrt{[N\sum X^2 - (\sum X^2)][N\sum Y^2 - (\sum Y^2)]}}$$

Keterangan

r = Koefisien korelasi

N= Jumlah item

X= Skor suatu item

Y= skor total

(Notoatmojo 2002 ; dalam Kusuma H, 2011)

Skor setiap item diuji korelasikan dengan skor total item. Jika koefisien korelasi setiap item dengan skor total bernilai  $\geq 0,3$  maka item tersebut dinyatakan valid (Sugiono, 2004 ; dalam Kusuma H, 2011).

b. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas yang digunakan adalah metode satu kali pengujian dengan menggunakan rumus *Cronbach Alpha* sebagai berikut :

$$r_a = \left[ \frac{k}{(k-1)} \right] \left[ 1 - \frac{\sum \sigma_b^2}{\sigma_r^2} \right]$$

Keterangan

$r_a$  =Koefisien alpha

k =Banyaknya butir item

$\sum \sigma_b$ = Jumlah varian butir

$\sigma_r$  = Varian total

Apabila koefisien alpha bernilai  $\geq 0,7$  maka mengindikasikan instrument instrument itu reliable (Sugiono, 2004: dalam Kusuma H, 2011)

c. Uji Coba Instrumen

Sebelum digunakan kuesioner kualitas hidup, diuji ketepatannya sebagai alat ukur dengan uji validitas dan reliabilitas. Uji instrumen dilakukan pada 30 pasien diunit layanan rawat jalan Podiksus HIV/AIDS

RS.Cipto mangunkusumo. Hasil uji validitas dan reliabilitas dijabarkan sebagai berikut :

1) Kualitas hidup

Pada awalnya kuesioner ini berjumlah 22 item, namun dari hasil uji validitas terdapat 2 item yang tidak valid dengan dilai koefisien korelasi validitas  $<0,3$  sehingga kedua item tersebut dibuang. Dari keseluruhan item 20 item yang dinyatakan valid dengan nilai koefisien faliditas  $\geq 0,3$  ( $r = 0,302 - 0,811$ ) dan instrument reliable dengan nilai koefisien reliabilitas alpha cronbach  $0,893 (\geq 0,7)$ .

2) Dukungan sebaya

Uji instrumen dilakukan di wilayah kota ambon. Uji instrumen dilakukan di tempat tersebut karena responden pada saat uji instrumen memiliki karakteristik yang sama dengan responden yang akan diteliti. Model pengujian menggunakan pendekatan korelasi item-total dikoreksi untuk menguji validitas internal setiap item pertanyaan kuesioner yang disusun dalam bentuk skala. Teknik korelasi yang digunaka dalam uji validitas adalah teknik korelasi item total *Person Product Moment*. Untuk menentukan apakah item tersebut valid, nilai koofisien korelasi validitas  $\geq 0,3$  ( $r = 0,375-0,720$ ), dan nilai koofisien reliabilitasi *alpha cronbach*  $0,883 (\geq 0,7)$ . Hasil ini menunjukkan instrument valid dan reliable untuk digunakan.

## **G. Pengolahan dan Analisa data**

### 1. Pengolahan data

#### a. Editing

Setelah kuesioner diisi oleh responden, kemudian dikumpulkan dalam bentuk data, data tersebut dilakukan pengecekan dan memeriksa kelengkapan data, kesinambungan, dan memeriksa keseragaman data.

#### b. Coding

Untuk memudahkan pengolahan data, semua data atau jawaban disederhanakan dengan memberikan simbol untuk setiap jawaban.

Untuk pertanyaan yang positif nilai jawaban selalu = 5, sering = 4, kadang-kadang = 3, jarang = 2, tidak pernah = 1. Sedangkan untuk pertanyaan negative, nilai jawaban selalu = 1, sering = 2, kadang-kadang = 3, jarang = 4, tidak pernah = 5.

#### c. Tabulasi

Data dikelompokkan ke dalam satu tabel, diberi kode kategorik menurut sifat- sifat yang dimiliki, sesuai ketegori variabel.

### 2. Analisa Data

Data yang telah diolah kemudian dilakukan analisis. Analisa data dilakukan untuk mengetahui hubungan dukungan sebaya dengan kualitas hidup ODHA.

- a. Analisis Univariat dilakukan pada setiap variabel dari hasil penelitian berupa data demografi, analisis ini menghasilkan distribusi dan persentase dari setiap variabel yang diteliti.
- b. Analisa Bivariat dilakukan untuk melihat hubungan variabel independen terhadap variabel dependen yang di uji menggunakan uji *chi square tes* dengan menggunakan program computer SPSS dengan tingkat kemaknaan  $\alpha = 0,05$

#### **H. Etika Penelitian**

Etika dalam penelitian ini awalnya peneliti mendapat rekomendasi dari PSIK Fakultas Kedokteran Universitas Hasanudin Makasar. Kemudian peneliti mengajukan ijin kepada Wali Kota Ambon. Setelah mendapatkan ijin tembusan kepada Dinas Kesehatan Kota Ambon, barulah peneliti melakukan penelitian dengan mempertimbangkan masalah etika penelitian sesuai Komisi Etika Penelitian Kesehatan tahun 2007 yang meliputi :

- a. *Informed consent* (lembar persetujuan)

Lembar persetujuan diberikan kepada responden sebelum penelitian dilaksanakan. Peneliti menjelaskan tentang kegiatan, maksud dan tujuan penelitian dilakukan. Bila responden setuju dan bersedia diteliti maka lembar persetujuan ditanda tangani, dan bila responden menolak untuk diteliti maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati haknya.

- b. *Anonmity* (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan responden peneliti mencantumkan nama responden pada lembar koesioner tetapi hanya memberi kode-kode tertentu sebagai identifikasi subjek.

c. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Informasi yang diberikan responden akan terjamin kerahasiaannya karena peneliti hanya akan menggunakan kelompok data sesuai dengan kebutuhan dalam penelitian.

d. *Benefiensi* (prinsip berbuat baik)

Kewajiban peneliti untuk mengupayakan manfaat maksimal dengan meminimalkan kerugian yang ditimbulkan. Ini berarti bahwa resiko penelitian dapat diterima karena manfaat penelitian yang akan diterima lebih besar.

e. *Self determination* (menentukan sendiri)

Menghormati otonomi responden artinya bahwa calon responden diberikan kebebasan untuk menentukan pilihan pribadinya dalam keterlibatan sebagai subjek penelitian dan sewaktu-waktu dapat mengundurkan diri dari kegiatan penelitian bila subjek penelitian menghendaki.

f. *Justice* (berbuat adil)

Semua tindakan yang dilakukan akan diberikan dan diterima sama oleh semua responden. Peneliti juga akan menghindari semaksimal mungkin perlakuan yang terkesan memberikan perhatian atau beban tertentu terhadap subjek penelitian tertentu.



## **BAB V**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Penelitian**

Pengumpulan data dilaksanakan selama 4 minggu terhitung tanggal 23 Juli - 23 Agustus 2013, di Klinik RSUD Dr. M. Haulussy Ambon dan tempat praktek dr spesialis penyakit dalam . Data yang berhasil dikumpulkan sebanyak 64 responden. Pemilihan RSUD Dr. M. Haulussy Ambon sebagai lokasi penelitian karena merupakan rumah sakit rujukan ARV dan salah satu pelayanan kesehatan yang memiliki jumlah ODHA yang banyak di Provinsi Maluku.

Sampel yang di dapat sebanyak 64 responden, 32 responden yang mendapat dukungan sebaya dan 32 responden tidak mendapat dukungan sebaya. Pengambilan sampel dilakukan dengan cara *accidental sampling* terhadap pasien HIV dan AIDS yang setiap bulan datang di poliklinik rawat jalan RSUD Dr. M. Haulussy, untuk mengkonsultasi dan mendapatkan obat ARV. Metode pengambilan data dengan menggunakan kuesioner. Setelah dilakukan pengolahan data, maka hasil penelitian kemudian disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi, analisa univariat dan analisis bivariat yang disertai dengan narasi sebagai berikut:

## I. Analisis Univariat

### a. Distribusi karakteristik responden

Karakteristik responden dalam penelitian ini adalah karakteristik ODHA di provinsi Maluku yang terdiri dari umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, lama terinfeksi. Hasil penelitian dapat dilihat pada tabel

Tabel 5.1  
Distribusi Hasil Uji Univariat Berdasarkan Karakteristik Responden  
di Provinsi Maluku Tahun 2013 (n= 64)

Variabel	F	(%)
<b>Umur</b>		
< 20 tahun	1	1,6
20-30 tahun	31	48,4
31-40 tahun	20	31,2
41-50 tahun	10	15,6
>50 tahun	2	3,6
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	33	51,6
Perempuan	31	48,4
<b>Pendidikan</b>		
Tinggi	22	34,4
Rendah	42	65,6
<b>Pekerjaan</b>		
Bekerja	45	70,3
Tidak Bekerja	19	29,7
<b>Penghasilan</b>		
Tinggi	29	45,3
Rendah	35	54,7
<b>Lama Terinfeksi</b>		
Lama	43	67,2
Baru	21	32,8
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa dari 64 responden sebagian besar responden berumur 20-30 tahun (31,2%). Lebih dari setengah responden yaitu 33 orang (51,6%) berjenis kelamin laki-laki. Dari tingkat pendidikan menunjukkan lebih dari setengah responden yaitu 42 orang memiliki tingkat pendidikan yang rendah dengan presentase 65,6%. Berdasarkan status pekerjaan lebih dari setengah responden 45 orang (70,3%) bekerja dengan penghasilan rendah yaitu 35 orang (54,7%). Dari data lama terinfeksi penyakit diperoleh hasil sebagian besar responden memiliki riwayat terinfeksi yang lama sebanyak 43 orang (67,2 %).

**b. Distribusi variabel penelitian**

Variabel dalam penelitian ini adalah dukungan sebaya dan kualitas hidup ODHA. Hasil penelitian dapat dilihat pada table 5.2

Tabel 5.2  
Distribusi Hasil Uji Univariat Berdasarkan Variabel Penelitian  
di Provinsi Maluku Tahun 2013 (n= 64)

Variabel	F	(%)
<b>Dukungan Sebaya</b>		
Mendapat Dukungan	32	50
Tidak Mendapat Dukungan	32	50
<b>Kualitas Hidup</b>		
Baik	29	45,3
Kurang Baik	35	54,7
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa responden yang mendapat dukungan sebaya dan yang tidak mendapat dukungan sebaya memiliki frekuensi yang seimbang yaitu 32 orang (50%). Dari data kualitas hidup diperoleh lebih

dari setengah responden 35 orang (54,7%) memiliki kualitas hidup kurang baik.

## 2. Analisis Bivariat

### a. Dukungan sebaya dan kualitas hidup

Variabel dalam penelitian ini adalah dukungan sebaya dan kualitas hidup yang menggunakan uji statistic *Chi-Square* bertujuan untuk melihat hubungan antar variabel independen dukungan sebaya dengan variabel dependen kualitas hidup. Hasil analisis bivariat dapat dilihat pada tabel di bawah :

Tabel 5.3  
Hubungan Dkungan Sebaya Dengan Kualitas Hidup ODHA  
di Provinsi Maluku Tahun 2013 (n= 64)

Dukungan Sebaya	Kualitas hidup				Total		P value	OR
	Baik		Kurang baik		f	%		
	F	%	F	%				
Mendapat dukungan	28	87,5	4	12,5	32	100	0,000	217
Tidak mendapat dukungan	1	3,1	31	96,9	32	100		

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa dari 32 responden yang mendapat dukungan sebaya, 28 responden memiliki kualitas hidup baik dan 4 responden memiliki kualitas hidup yang kurang baik. Sedangkan dari 32 responden yang tidak mendapat dukungan, 1 responden memiliki kualitas hidup yang baik dan 31 responden memiliki kualitas hidup yang kurang baik. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p= 0,000$  maka  $p<0,05$  yang berarti ada hubungan bermakna antara dukungan sebaya dengan kualitas hidup

ODHA. Adapun nilai *Odds Ratio* (OR)= 219 yang berarti ODHA yang tidak mendapat dukungan berpeluang memiliki kualitas hidup yang kurang baik di bandingkan dengan ODHA yang mendapat dukungan sebaya.

## **B. Pembahasan**

### 1. Umur

Umur merupakan salah satu karakteristik yang dipakai dalam studi epidemiologi, merupakan variabel yang sangat penting karena memberikan gambaran tentang karakteristik penyebab penyakit tersebut. Rata-rata usia responden dalam penelitian ini 79,6% dengan rentang umur 20- 40 tahun, dan usian minimum 19 tahun, maksimum 52 tahun. Usia rata-rata tersebut sesuai dengan hasil survey yang dilakukan oleh UNAIDS (2009) pada penderita HIV/AIDS di dunia dimana kelompok HIV yang paling banyak terinfeksi berada pada kelompok usia produktif 20-40 tahun. Sejalan juga dengan hasil survey yang dilakukan oleh Depkes RI, (2009) pada penderita HIV/AIDS dimana jumlah kelompok umur yang paling banyak terinfeksi HIV 20-29 tahun dan 30-49 tahun.

Secara umum, bertambahnya usia seseorang dapat mempengaruhi kualitas hidupnya. Hal ini terjadi karena perubahan fisik, sosial dan psikologis (Nazir, 2006). Namun pada kasus HIV/AIDS, kualitas hidup tidak dipengaruhi oleh usia, karena diagnosa HIV itu sendiri sudah menjadi stressor yang mempengaruhi seluruh aspek dalam kehidupan

penderita HIV, sehingga kualitas hidup yang kurang baik tidak terbatas pada usia yang lebih tua namun juga pada usia yang lebih muda.

## 2. Jenis Kelamin

Jenis kelamin merupakan salah satu variabel yang dapat memberikan perbedaan angka kejadian pada laki-laki dan perempuan. Perbedaan ini dapat terjadi akibat perbedaan anatomi, fisiologi, dan berbagai fungsi tubuh lainnya. Karena itu, apabila terdapat perbedaan akibat jenis kelamin perlu dipertimbangkan apakah perbedaan tersebut timbul akibat jenis kelamin atau akibat faktor biologis maupun genetik.

Hasil penelitian menunjukkan distribusi responden berdasarkan jenis kelamin, dimana lebih dari setengah responden berjenis kelamin laki-laki yaitu 51,6% dan perempuan 48,4%. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Salitonga R, (2007) mendapatkan tidak ada perbedaan kualitas hidup antara laki-laki dan perempuan, namun kecenderungan perempuan rata-rata skor lebih besar dibanding laki-laki.

Menurut Nazro, (2007) perbedaan *gender* dalam persepsi sejahtera dapat terjadi walaupun tidak pada semua dimensi pengukuran kualitas hidup. Hal ini diakibatkan karena perbedaan *gender* pada kejadian depresi dapat terjadi karena pada perempuan lebih sensitif pada kondisi yang menimbulkan tekanan, terutama yang berhubungan dengan anak, rumah, dan status perkawinan. Perempuan dalam menghadapi *stressor* lebih menggunakan perasaan dibanding laki-laki (Salitonga R, 2007).

### 3. Pendidikan

Pendidikan pada umumnya berguna dalam merubah pola pikir, pola bertingkah laku dan pola pengambilan keputusan. Pendidikan merupakan proses pengembangan kepribadian dan intelektual seseorang yang dilakukan secara sadar. Semakin tinggi pendidikan seseorang biasanya tingkat pengetahuannya relatif baik sehingga gaya hidup dan perlakunya cenderung lebih positif. Pendidikan merupakan proses perubahan sikap dan tatalaku seseorang atau kelompok dalam usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan dengan cara mendidik (Notoatmojo, 2010).

Hasil penelitian ini menunjukkan tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas. Pada penelitian yang dilakukan oleh Kusuma H, (2011) memperlihatkan hasil bahwa responden yang berpendidikan tinggi memiliki kualitas hidup baik dibandingkan dengan responden yang berpendidikan rendah

Menurut teori Monk (dikutip dalam saleh, (2012) mengungkapkan bahwa tingkat pendidikan seseorang mempengaruhi kepercayaan diri dalam menghadapi setiap masalah. Semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin tinggi pula tingkat pengetahuannya sehingga dapat mengenal diri dengan baik, kekur angan maupun kelebihanannya dalam menentukan sendiri standar keberhasilannya. Teori ini juga sejalan dengan penelitian yang yang dilakukan oleh Piwoz (dikutip dalam saleh,

2012) bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang akan berdampak pada perkembangan seseorang ke arah yang lebih baik.

Undang-Undang No 20 tahun 2003 tentang jenjang pendidikan di Indonesia, pendidikan dasar merupakan jenjang pendidikan awal selama 9 (Sembilan) tahun pertama. Pendidikan menengah merupakan jenjang pendidikan lanjutan pendidikan dasar. Sedangkan pendidikan tinggi adalah pendidikan setelah pendidikan menengah yang mencakup program pendidikan diploma, sarjana, magister, doctor, dan spesialis yang diselenggarakan oleh perguruan tinggi.

Teori dan hasil penelitian yang dipaparkan dapat disimpulkan bahwa tingkat pendidikan secara tidak langsung mempengaruhi kualitas hidup ODHA. Individu dengan tingkat pendidikan yang tinggi akan mempunyai tingkat kognitif yang baik untuk mencari dan memahami informasi mengenai penyakitnya.

#### 4. Pekerjaan

Pekerjaan merupakan suatu kegiatan yang dilakukan untuk mendapatkan upah. Kepuasan kerja dapat menggambarkan perasaan, sikap seseorang dalam bekerja. Motivasi kerja merupakan dorongan yang menggambarkan manusia kearah suatu tujuan tertentu, dari segi psikologis menunjukkan bahwa bergairah atau semangat dan sebaliknya seseorang bekerja dalam melaksanakan pekerjaan, sangat dipengaruhi oleh motivasi kerja yang mendorongnya (Notoatmodjo, 2010)

Hasil analisis penelitian menunjukkan bahwa 70,3% responden bekerja, sedangkan 29,75% responden tidak bekerja. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Gref et,al. (2009) mendapatkan sebagian besar responden tidak bekerja. Begitu juga Douaihy, (2001) yang mendapat 65,4% tidak bekerja dan sisanya bekerja (dikutip dalam Kusuma H, 2011). Perbedaan ini terjadi karena dalam penelitian ini peneliti tidak membagi klasifikasi responden dalam melakukan pekerjaan. Sedangkan untuk penelitian lainnya membatasi klasifikasi hanya pada pekerjaan tetap dengan tidak bekerja.

Menurut pendapat responden pekerjaan yang dilakukan hanya untuk mengalihkan perhatiannya, bukan merupakan kewajibannya atau kodratnya dalam mencari nafkah untuk kelangsungan keluarganya. Salah satu referensi yang dikemukakan oleh tim peneliti yayasan spiritia, (2011) menyatakan bahwa kualitas hidup tidak hanya terkait dengan pekerjaan dan pendapatan, namun juga lingkungan, kesehatan fisik, mental, rekreasi dan waktu luang serta kehidupan sosial. Kualitas hidup mengacu pada tingkat keunggulan dari kehidupan seseorang di setiap periode waktu tertentu yang memberikan kontribusi terhadap kepuasan dan kebahagiaan dari individu dan memberikan manfaat kepada masyarakat.

Berdasarkan apa yang telah dipaparkan diatas, dapat ditarik kesimpulan bahwa kualitas hidup tidak hanya terkait dengan pendapatan. Pekerjaan tidak selalu dihubungkan dengan pendapatan seseorang, bagi ODHA pekerjaan adalah sesuatu kegiatan yang dilakukan untuk mengalihkan perhatian terhadap penyakitnya.

#### 5. Penghasilan

Penghasilan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup ODHA. Responden yang mempunyai pendapatan yang cukup dapat memenuhi kebutuhan hidupnya. Sehingga dalam hal ini bukan hanya mencukupi kebutuhan sehari-hari, tetapi juga biaya pengobatan yang diperlukan terkait penyakit untuk meningkatkan kesehatannya (Oluwagbemiga, 2007). Oleh karena itu penghasilan dapat berpengaruh terhadap kualitas hidup.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 43,7% responden yang berpenghasilan tinggi memiliki kualitas hidup baik, sedangkan 56,3% responden yang berpenghasilan rendah memiliki kualitas hidup yang kurang baik.

#### 6. Lama terinfeksi

Seseorang yang baru saja terdiagnosa HIV menjadi lebih tertutup sehingga hubungan interpersonal menjadi terganggu, dan dapat menimbulkan stres berat dan kecemasan bagi orang tersebut. Dukungan untuk ODHA yang tertutup dari statusnya dapat mengurangi efek depresi

dan stres yang dapat mempengaruhi sistem imun untuk melawan infeksi. Lama terinfeksi merupakan suatu hal yang penting dari berbagai penelitian di bidang kesehatan, karena untuk mengetahui kondisi seorang yang terinfeksi HIV yang menjalani terapi Anti Retroviral (ARV) dalam hubungannya dengan kualitas hidup, serta komplikasi-komplikasi yang muncul selama mengkonsumsi obat ARV (Kusuma H, 2011).

Hasil penelitian ini menunjukkan sebagian besar responden yang sudah lama terinfeksi yaitu sebanyak 43 responden dan responden yang baru terinfeksi 21 responden. Rata-rata responden yang lama terinfeksi adalah 2-3 tahun. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Greef et,al. yang mendapat rata-rata lama terinfeksi 3,2 tahun, selain itu penelitian yang dilakukan oleh Kusuma, H. yang mendapat hasil yang tidak jauh berbeda yaitu rata-rata lama terinfeksi 3,6 tahun.

Secara teori adanya penyakit kronis seperti HIV/AIDS akan menurunkan kualitas hidup penderita (Nasir, 2006). Selain itu masalah pada penderita HIV/AIDS tidak hanya terbatas pada masalah fisik, namun juga masalah psikologis, ekonomi dan masalah sosial (Douaihy, 2001) sehingga masalah tersebut akan memperburuk kualitas hidupnya. Dilihat dari perjalanan penyakit, semakin lama pasien menderita penyakit maka akan semakin menurun derajat kesehatannya. Hal ini terkait dengan penurunan jumlah CD4 yang ada dalam tubuh seiring perjalanan penyakit (Sudoya,dkk, 2007) maka semakin lama waktu sakit akan semakin

rentang pula pasien terkena berbagai komplikasi dari yang ringan sampai berat. Selain itu sejauh ini pengobatan yang ada untuk penyakit ini hanya bersifat menekan replikasi virus namun tidak untuk menyembuhkan sehingga menuntut ODHA untuk mengkonsumsi ARV seumur hidup guna mempertahankan stabilitas penyakitnya. Efeknya selain ada kejenuhan, juga muncul efek samping obat seperti gangguan pencernaan, pusing, dan keluhan lainnya yang akan mempengaruhi derajat kesehatannya. Sehingga dapat mempengaruhi secara keseluruhan aspek-aspek dalam kualitas hidup penderita HIV/AIDS (Djoerban, 2006)

#### 7. Hubungan Dukungan Sebaya Dengan Kualitas Hidup Orang Dengan HIV/AIDS

Kelompok dukungan sebaya merupakan kumpulan beberapa orang atau kelompok beranggotakan orang-orang yang memiliki persamaan tertentu, yang kegiatannya adalah saling memberikan dukungan secara rutin dan berkisenambungan antar anggota dan berpusat pada kebutuhan anggotanya. Berbagi masalah dan berpikir serta mencari jalan keluar bersama, dapat membuat orang tertolong secara emosional secara praktis (ODHA Indonesia, (2011).

Hasil penelitian mengenai analisis hubungan dukungan sebaya dengan kualitas hidup ODHA menunjukkan bahwa kualitas hidup yang kurang baik 35 (54,7%) responden, dan 29 (45,3%) responden memiliki kualitas hidup baik. Diperoleh dari hasil uji statistic dengan menggunakan

uji *chi-square* ada hubungan antara dukungan sebaya dengan kualitas hidup ODHA karena nilai  $p=0,000$  ( $p<0,05$ ). Hasil ini sesuai dengan penelitian yg dilakukan oleh Najomy, Anbary, dan Ranjbar, (2008) dimana mayoritas responden memiliki kualitas hidup yang kurang baik. Selain itu dari penelitian Agustin (2006) juga mendapatkan hasil tidak jauh berbeda dimana 62,6% pasien HIV memiliki kualitas hidup yang kurang baik.

Menurut Marc, (2012) bahwa kelompok dukungan sebaya merupakan wadah untuk berbagi perasaan, wadah yang dapat menjaga kerahasiaan, menyediakan lingkungan yang aman, dan memberi support bagi anggota-anggotanya. Dukungan sebaya adalah dukungan mental yang diberikan oleh ODHA kepada ODHA lainnya, terutama ODHA yang baru mengetahui status HIVnya. Dukungan atau pengetahuan yang diperoleh dari kelompok sebaya lebih efektif karena hambatan-hambatan komunikasi yang terjadi lebih kecil dibandingkan dengan bukan kelompok sebaya. Kelompok dukungan sebaya dikalangan orang dengan HIV/AIDS meningkatkan hubungan antara lembaga-lembaga swadaya masyarakat untuk ikut berpartisipasi dalam memberikan pelayanan kesehatan (Buku saku KDS, 2011).

Hasil ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh tim yayasan spiritia, (2011) didapatkan bahwa dukungan sebaya mempunyai

peranan penting dalam meningkatkan kualitas hidup ODHA. Semua ODHA yang mendapat dukungan sebaya mengaku memiliki kepercayaan diri, memiliki pengetahuan mengenai HIV, mudah mengakses layanan pengobatan dan perawatan, tidak menularkan virus kepada orang lain, dan melakukan kegiatan yang positif, dan dapat menjalani kehidupannya tanpa terganggu dengan statusnya.

Program penjangkauan dan pendampingan merupakan kegiatan yang aktif dilakukan oleh kelompok dukungan sebaya untuk menjangkau dan mendampingi ODHA secara langsung. Dalam temuan hasil penelitian tim yayasan spiritia bahwa pada program penjangkauan dan dukungan, umumnya kelompok dukungan sebaya membangun sistim rujukan dengan rumah sakit rujukan atau penyedia layanan pengobatan Anti Retroviral (ARV). Hal ini memudahkan ODHA bergabung dengan kelompok dukungan sebaya, sehingga ODHA memiliki rasa percaya diri dalam mengakses layanan kesehatan yang tersedia.

Berdasarkan hasil temuan dari penelitian ini, bahwa kelompok dukungan sebaya mempunyai peranan penting dalam meningkatkan kualitas hidup orang dengan HIV. Dukungan sebaya menjadi contoh atau panutan bagi ODHA yang baru dalam menerima status HIV, membantu ODHA mengakses layanan pengobatan dan perawatan, mengembalikan kepercayaan diri, dan membantu mengurangi

kemungkinan terjadinya stigma diri sendiri maupun keluarga, dengan cara memberikan informasi kepada keluarga.

Secara konsep keluarga merupakan unit terkecil yang berhubungan paling dekat dengan pasien. Keluarga menjadi unsur penting dalam kehidupan seseorang karena keluarga merupakan sistem yang didalamnya terdapat anggota-anggota keluarga yang saling berhubungan dan saling ketergantungan dalam memberikan dukungan, kasih sayang, rasa aman, dan perhatian secara harmonis menjalankan perannya masing-masing untuk mencapai tujuan bersama (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Oleh karena itu dukungan keluarga sangat dibutuhkan oleh pasien HIV/AIDS sebagai support sistem atau sistem pendukung utama sehingga ia dapat mengembangkan respon atau coping yang efektif untuk beradaptasi dengan baik dalam menangani stressor yang dihadapi terkait penyakitnya baik fisik, psikologis, maupun sosial (Kusuma H, 2011).

Kualitas hidup setiap orang berbeda-beda karena dipengaruhi oleh pengalaman, kepercayaan, dan keinginan terhadap kualitas hidupnya. Saat individu diberitahu mengenai suatu diagnosis penyakit, maka dampak dari penyakit yang dirasakan bervariasi tergantung dari persepsi terhadap penyakit tersebut. Berdasarkan definisi sehat WHO, (2010), yang berisi dimensi sehat fisik, jiwa, dan sosial yang pada setiap orang berbeda-beda, karena dipengaruhi oleh pengalaman, kepercayaan, dan keinginan seseorang. Kualitas hidup merupakan penilaian individu terhadap porsi

mereka dalam kehidupan pada konteks budaya dan sistim nilai dimana mereka tinggal.

Menurut Cella,(1998) dikutip dalam Kusuma H, (2011) kualitas seseorang tidak dapat didefinisikan dengan pasti, hanya orang tersebut yang dapat mendefinisikannya karena kualitas hidup merupakan suatu yang bersifat subjektifitas dan multidimensi. Subjektifitas yang mengandung arti bahwa kualitas hidup hanya ditentukan dari sudut pandang orang itu sendiri. Sedangkan multidimensi bermakna bahwa kualitas hidup dipandang dari seluruh aspek kehidupan seseorang secara holistik meliputi bio, psiko, sosial, spiritual dan lingkungan.

Berdasarkan apa yang telah dipaparkan diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa kualiatas hidup individu dapat diukur dari berbagai aspek kehidupan, yaitu kesehatan fisik, kesejahteraan psikologi, sosial, kepuasan terhadap lingkungan baik lingkungan keluarga maupun masyarakat, dan kesejahteraan spiritual.

### **C. Keterbatasan Penelitian**

Hal-hal yang mungkin menjadi kelemahan dan keterbatasan dalam penelitian ini adalah responden yang sering menolak untuk ditemui karena alasan tertentu yang menyebabkan peneliti sulit dalam mendapatkan data. Jumlah sampel yang direncanakan pada awal penelitian ini adalah semua ODHA pada poliklinik rawat jalan RSUD. Dr. M. Haulussy, dimana

setiap bulannya 188 orang, baik yang mendapat dukungan sebaya maupun yang tidak mendapat dukungan sebaya dengan menggunakan metode *accidental sampling*. Namun pada saat pengumpulan data jumlah sampel yang didapat hanya 64 responden. Hal ini dikarenakan sebagian besar responden menolak mengisi kuesioner dengan alasan tidak bersedia membuka status kepada orang lain.

## **BAB VI**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Dari pengolahan data penelitian yang telah dilakukan diperoleh kesimpulan bahwa

1. Ada perbedaan kualitas hidup antara ODHA yang berjenis kelamin laki-laki dan perempuan, ODHA yang berpendidikan tinggi dan rendah, ODHA yang penghasilan tinggi dan rendah, ODHA yang lama terinfeksi dan baru terinfeksi.
2. Ada perbedaan kualitas hidup antara ODHA yang mendapat dukungan dengan ODHA yang tidak mendapat dukungan
3. Ada hubungan antara dukungan sebaya dengan kualitas hidup ODHA di provinsi Maluku dengan nilai  $p=0,000$ .

#### **B. Saran**

Berdasarkan kesimpulan penelitian, untuk lebih mengoptimalkan kualitas hidup pada Odha, maka dirumuskan beberapa saran kepada pihak yang terkait :

1. Saran untuk pelayanan kesehatan khususnya rumah sakit, agar perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan secara kontinu bagi pasien HIV/AIDS, perawat dapat bekerja sama dengan kelompok dukungan sebaya, dalam memberikan pelayanan kesehatan secara holistik bio,

psiko,sosio, spiritual sehingga akan meningkatkan kualitas hidup pasien HIV/AIDS secara menyeluruh

2. Untuk KDS diharapkan KDS sebagai wadah yang memberikan rasa nyaman bagi ODHA untuk saling bertukar pikiran, dan memberi dukungan penuh pada ODHA dalam meningkatkan kualitas hidup dari berbagai segi.
3. Untuk pengembangan keilmuan, perlu penelitian lebih lanjut tentang hubungan dukungan sebaya dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS dengan menggunakan sampel yang lebih banyak, metode penelitian yang bervariasi dan instrument yang dapat menggali setiap komponen dalam konsep keperawatan sehingga memberikan kekuatan bagi pengembangan ilmu keperawatan.
4. Peneliti menyarankan untuk penelitian selanjutnya agar menggunakan metode penelitian *Case control* agar peran dukungan sebaya dapat diketahui hubungannya dengan kualitas hidup secara signifikan lagi.

## Daftar Pustaka

- Astuti, A. & Budiyani, K. (2010). *Hubungan antara Dukungan Sosial Yang Diterima Dengan Kebermaknaan Hidup Pada ODHA.*, Diakses tanggal 4 mei 2013. [http://fpsi.mercubuanayogya.ac.id/wpcontent/uploads/2012/06/Agustus\\_2010\\_Kondang-Budiyani.pdf](http://fpsi.mercubuanayogya.ac.id/wpcontent/uploads/2012/06/Agustus_2010_Kondang-Budiyani.pdf)
- Direktorat Jenderal Pemasyarakatan (2011). *Buku Saku Dukungan Sebaya di Lapas dan Rutan 2011*, Kementerian Hukum dan Ham Republik Indonesia, Jakarta
- Dinas Kesehatan provinsi, (2012). *Data statistik HIV/AIDS 2010-2012*, Dinas Kesehatan Provinsi, Maluku
- Dinas Kesehatan, (2012), data statistik HIV/AIDS 2010-2012, Dinas kesehatan Kota Ambon, Maluku
- Djauzi, S. & Djoerban, Z. (2009). *HIV/AIDS Indonesia*. Dalam: Sodoyo, A. W., dkk., ed. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Ed V Jilid III. Interna Publising: Jakarta
- Hidayat, A, (2009). *Metode Penelitian Perawatan Teknik Analisa Data*. Salemba Medika : Jakarta
- Komisi Nasional Etik Penelitian Kesehatan. (2007), *Pedoman Nasional Etik Penelitian kesehatan*, edisi IV, Depkes, Jakarta
- Kusuma, H. (2012). *Hubungan Antara Depresi dan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS Yang Mengalami Perawatan Di RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta*. Diakses tanggal 7 Juni 2013. Depok : Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah UI Depok, 2011. [http://Lontar.ui.ac.id.=digital/20282772-T-Henni\\_Kusuma.pdf](http://Lontar.ui.ac.id.=digital/20282772-T-Henni_Kusuma.pdf).
- Mardhiati, R. & Handayani, S. (2011) *Peran Dukungan Sebaya Terhadap Mutu Hidup ODHA di Indonesia*. Diakses tanggal 4 Mei 2013. [http://spiritia.or.id/Dok/Laporan\\_Penelitian\\_Peran\\_Dukungan\\_Sebaya.pdf](http://spiritia.or.id/Dok/Laporan_Penelitian_Peran_Dukungan_Sebaya.pdf)
- Myazinda, (2011). *Kelompok Sosial Dalam Kehidupan Masyarakat*. Diakses tanggal 6 Mei 2013. <http://Indososiologi.blogspot.com/2011/03/kelompok-sosial-dan-kehidupan.html>.

- Nasronudin, (2012). *Pendekatan Biologis Molekular, Klinis, dan Sosial*. Airlangga : Surabaya
- Notoatmodjo, S. (2005). *Metodologi Penelitian dan Kesehatan*. PT Rineka Cipta : Jakarta
- Notoatmodjo, S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. PT Rineka Cipta : Jakarta
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmukeperawatan Pedoman Skripsi, Tesis, dan instrumen penelitian keperawatan*. Ed 2. Selemba Medika : Jakarta
- Oktovia, N. (2012). *Faktor-fakto Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Penderita HIV/AIDS di Kabupaten Boyolali & Kota Surakarta (Solo) Provinsi Jawa Tengah Tahun 2012*. Diakses tanggal 4 Mei 2013. Yogyakarta : Program Pasca Sarjana FK UGM Yogyakarta. <http://etd.ugm.ac.id/index.php?mod=dowlead&hub=DounloadFile&act=view&typ=html&file=3631-H-2012.pdf&ftyp=4&id=58935>
- Rachmawati, S. (2013). *Kualitas Hidup Orang Dengan HIV/AIDS yang Mengikuti Terapi Antiretroviral.*, *Jurnal Sains dan Praktek Psikologi*, volume 1 (1), 48-62., ISSN: 2303-2936. Diakses tanggal 3 Mei 2013. <http://ejournal.umm.ac.id/index.php/jspp/article/view/1348>
- Saleh, A., Nurahman, E., Suryani, A., Hadju, V. (2012). *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Dengan Pendidikan Modeling Terhadap pengetahuan Kemampuan Praktek dan Percaya Diri Ibu Dalam Menstimulasi Tumbuh Kembang Bayi 0-6bulan di Kabupaten Maros.* [hptt://pasca.unhas.ac.id/jurnal/files/4df694e7da095c426fa76ffbfd2b3ea.pdf](http://pasca.unhas.ac.id/jurnal/files/4df694e7da095c426fa76ffbfd2b3ea.pdf). Diakses tanggal 24 nofember 2013.
- Salitonga, R. (2007) *faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup penderita penyakit parkinson di poliklinik saraf RS Dr Karyadi*. Semarang : Program Pascasarjana Magister Ilmu Biomedik Semarang [http://eprints.undip.ac.id/19152/1/ROBERT\\_SILITONGA.pdf](http://eprints.undip.ac.id/19152/1/ROBERT_SILITONGA.pdf). Diakses tanggal 24 nofember 2013.
- Sopiyudin, D. (2011). *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan Diskriptif, Bivariat, dan Multivariat dilengkapi Aplikasi dengan Menggunakan SPSS, Seri Evidence Based Medicine*. Ed 5. Salemba Medika : Jakarta
- Suriabrata, S. (2008). *Metodologi Penelitian*. Rajawali Pers: Jakarta

Sugiyono. (2011). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D*. Alfabeta : Bandung

Sugiyono. (2011). *Statistika untuk penelitian*. Alfabeta : Bandung

Undang- Undang Republik Indonesia No 20 tahun 2003, tentang pendidikan di Indonesia. <https://www.google.com/search?q=Tingkat+pendidikan+menurut+departemen+pendidikan+Republik+Indonesia>. Diakses 24 nofember 2013.

Website Dasar AIDS. <http://Spiritia.or.id/art/bacaart.php?artno=1001>. Diakses tanggal 5 Mei 2013

World Health Organization , 2011, *Global Health Observatory*, Diakses tanggal 15 Mei 2013, <http://www.who.int/gho/hiv/en/>

Yayasan Pelangi Maluku (2012). *Data statistik Kelompok Dukungan Sebaya HIV/AIDS 2011-2012*, Yayasan Pelangi Maluku

## LEMBARAN KOESIONER

Instrumen ODHA :

1. Yang mendapat dukungan
2. Yang tidak mendapat dukungan  
(lingkari salah satu)

### JUDUL : HUBUNGAN DUKUNGAN SEBAYA DENGAN KUALITAS HIDUP ORANG DENGAN HIV/AIDS (ODHA) DI PROPINSI MALUKU TAHUN 2013

No Responden (diisi oleh Peneliti) :

#### A. Karakteristik Responden

Petunjuk pengisian :

Isilah pertanyaan berikut pada tempat yang disediakan. Untuk pertanyaan pilihan silahkan lingkari satu jawaban yang sesuai dengan Anda.

1. Nama/Inisial :.....(diisi oleh peneliti)
2. Umur :.... Tahun
3. Jenis Kelamin : 1. Laki-laki  
2. Perempuan
4. Pendidikan : 1. Tidak tamat SD  
2. SMP sederajat  
3. SMA sederajat  
4. Akademi/Universitas
5. Pekerjaan : 1. Tidak bekerja/pensiun/ibu rumah tangga  
2. Bekerja
6. Penghasilan keluarga per-bulan (Rupiah).....
7. Lama sejak dinyatakan terinfeksi HIV oleh dokter.....tahun.....bulan.....

## B. Koessioner Dukungan Sebaya

Petunjuk pengisian

Bacalah beberapa pernyataan dibawah ini, lalu pilihlah satu pilihan yang tersedia disampingnya dengan memberikan tanda ceklis (√) pada kolom yang tersedia dengan keterangan sebagai berikut:

- Tidak Pernah (TR)
- Kadang-kadang (KD)
- Jarang (JR)
- Sering (SR)
- Selalu (SL)

NO	Dukungan	TP	JR	KD	SR	SL
1	Teman sebaya mendampingi saya saat pertama mengetahui status HIV					
2	Teman Sebaya mendampingi saya bila sedang putus asa					
3	Teman sebaya menolong dan memotifasi saya menjadi lebih percaya diri dan merasa kuat					
4	Teman sebaya mengingatkan saya untuk kontrol dan minum obat teratur, istirahat yang cukup dan makan makanan yang sehat.					
5	Tanpa saya minta teman sebaya teman sebaya menunjukkan kepeduliannya kepeduliannya dengan mengajak saya membicarakan masalah yang saya hadapi					
6	Teman sebaya memotifasi saya untuk tetap bekerja melanjutkan sekolah/kursus, menjalankan hobi.					
7	Teman sebaya mendampingi saya ketika saya dirawat di rumah sakit					
8	Teman sebaya menyediakan waktu dan peduli setiap saya membutuhkan bantuan					
9	Teman sebaya memberikan informasi dasar dan pengobatan HIV/AIDS					
10	Teman sebaya memberikan informasi tentang tempat layanan kesehatan (ART) yang tersedia di Maluku					
11	Teman sebaya memberikan informasi tentang Bagaimana mendapatkan ARV (antiretroviral) dan cara minum obat ARV yang benar.					
12	Teman sebaya menjelaskan kepada saya setiap saya bertanya hal-hal yang tidak jelas tentang penyakit saya					

13	Teman sebaya mengingatkan saya prilaku-prilaku yang dapat memperburuk penyakit saya seperti merokok, dan kurang istirahat.					
14	Teman sebaya membantu menjelaskan kepada saya hasil pemeriksaan CD4 (kekebalan tubuh).					
15	Teman sebaya memberikan konseling keluarga jika saya mengalami stigma dari keluarga					
16	Teman sebaya memotifasi saya menjauhi prilaku beresiko menularkan virus kepada orang lain					
17	Teman sebaya mengajak saya mengikuti pertemuan rutin yang dilakukan tiap bulan dalam KDS					
18	Teman sebaya membantu saya dalam mengakses layana dukungan pengobatan dan perawatan					
19	Teman sebaya melibatkan saya dalam aktifitas sosial Seperti memberikan penyuluhan tentang cara penularan HIV/AIDS					
20	Teman sebaya menyediakan kesempatan untuk saya bertemu orang lain dan berteman					

Kuesioner dibuat oleh peneliti berdasarkan teori

### C. Koesioner Kualitas Hidup

Petunjuk pengisian

Bacalah beberapa pernyataan dibawah ini, lalu pilihlah satu pilihan yang tersedia disampingnya dengan memberikan tanda ceklist (√) pada kolom yang tersedia dengan keterangan sebagai berikut:

- Tidak Pernah (TR) : Bila tidak merasakan dalam satu minggu terakhir
- Jarang (JR) : Bila merasakan 1-2 x dalam 1 minggu terakhir
- Kadang-kadang (KD) : Bila merasakan 3-4x dalam 1 minggu terakhir
- Sering (SR) : Bila merasakan 5-6x dalam 1 minggu terakhir
- Selalu (SL) : Bila merasakan > 6x dalam 1 minggu terakhir

NO	PERTANYAAN	TR	JR	KD	SR	SL
1.	Saya merasa terganggu dengan kondisi sakit yang Menghambat dalam beraktifitas sehari-hari					
2.	Saya dapat mengatasi rasa nyeri atau ketidak nyamana Fisik akibat kondisi sakit saya					
3.	Saya merasa puas dengan istirahat tidur saya					
4.	Saya merasa puas dengan tenaga yang saya miliki untuk beraktifitas					
5.	Saya menikmati hidup saya.					
6.	Saya dapat berkonsentrasi atau fokus dengan apa yang sedang saya lakukan.					
7.	Saya dapat menerima penampilan tubuh saya.					
8.	Saya merasa diri saya berharga.					
9.	Saya tidak merasa cemas dengan kondisi sakit yang saya alami.					
10.	Saya merasa masih mempunyai harapan yang baik Untuk masa depan.					
11.	Saya merasa orang-orang disekitar saya dapat					

	Menerima keadaan saya dan masih mau berteman dengan saya.					
12.	Saya merasa puas dengan dukungan yang diberikan keluarga teman saya.					
13.	Saya merasa orang-orang disekitar saya tidak menyukai dan menghina saya.					
14.	Saya dapat memenuhi kehidupan sehari-hari tanpa Bantuan.					
15.	Saya dapat bergerak dan berjalan dengan baik					
16.	Saya membutuhkan pengobatan dan perawatan . kesehatan untuk dapat beraktifitas sehari hari.					
17.	Saya merasa puas dengan pelayanan kesehatan yang saya terima.					
18.	Saya merasa puas dengan lingkungan yang saya tinggal (sarana dan prasarana).					
19.	Saya mempunyai cukup uang untuk memenuhi kebutuhan saya.					
20.	Saya merasa Tuhan menyayangi saya dan ingin mengangkat derajat hidup saya.					

Kuesioner diadopsi dari peneliti sebelumnya (Kusuma H, 2011).



29	25	P	SI	TIDAK BEKERJA	0	11 BLN	1	JR	KD	KD	JR	SL	SL	JR	KD	SL	SL	TR	SL	KD	SL	SL	SR	TR	SL
30	40	L	SMA	BEKERJA	Rp 750,000	1 THN 5 BLN	1	KD	KD	SL	SL	KD	KD	KD	SL	SL	TR	KD	KD	SL	JR	SR	SR	SR	SL
31	26	P	DIII	BEKERJA	Rp 500,000	6 BLN	1	TR	SR	SL	SL	KD	SL	SL	SL	SL	SR	SR	SL	SL	KD	SR	SR	SR	TR
32	35	L	SMP	BEKERJA	Rp 500,000	4 THN	1	JR	SL	JR	SL	SL	SL	SL	SR	SR	SL	SL	KD	SR	SR	SL	SR	SR	SL
33	39	L	SI	BEKERJA	Rp 2,500,000	3 BLN	2	KD	JR	TR	SL	SR	KD	KD	SR	TR	SL	JR	SR	SL	JR	SL	JR	SR	SL
34	20	L	SMP	BEKERJA	Rp 500,000	5 BLN	2	JR	JR	JR	JR	KD	TR	KD	JR	KD	JR	SR	JT	JR	JR	JR	SL	TR	KD
35	23	L	DIII	TIDAK BEKERJA	Rp 750,000	1 THN 2 BLN	2	KD	KD	KD	KD	SL	KD	SL	KD	KD	JR	JR	SR	KD	TR	SL	SL	KD	JR
36	24	P	SMP	TIDAK BEKERJA	0	5 BLN	2	SR	JR	KD	KD	SL	JR	KD	KD	SR	SL	JR	SR	SL	JR	SR	SL	KD	JR
37	28	L	SMA	BEKERJA	Rp 750,000	3 BLN	2	TR	JR	JR	KD	SL	JR	KD	KD	JR	SL	JR	SR	JR	SR	SL	KD	SR	JR
38	25	L	DIII	BEKERJA	Rp 1,500,000	2 THN 3BLN	2	TR	JR	KD	SR	SL	JR	JR	TR	TR	JR	JR	SL	TR	JR	KD	SL	JR	SL
39	28	P	DIII	BEKERJA	Rp 1,500,000	2 THN 4 BLN	2	KD	KD	JR	KD	SL	KD	SR	KD	SL	KD	JR	SL	TR	TR	KD	SL	TR	JR
40	21	P	SMA	TIDAK BEKERJA	0	3 BLN	2	TR	JR	JR	KD	KD	KD	KD	SL	KD	KD	SR	SL	SR	SL	SR	JR	SL	SR
41	28	L	DIII	BEKERJA	Rp 1,000,000	2 BLN	2	TR	KD	KD	SR	SL	KD	TR	JR	SL	SL	JR	SR	TR	TR	SL	SL	TR	KD
42	31	P	SMA	BEKERJA	Rp 1,500,000	2 BLN	2	TR	KD	KD	KD	KD	JR	KD	JR	SL	KD	JR	SR	TR	KD	SR	SL	TR	KD
43	44	P	SMA	BEKERJA	Rp 1,200,000	2 THN 2 BLN	2	TR	JR	KD	KD	KD	JR	SR	JR	JR	SL	KD	SL	SR	JR	SR	SL	KD	JR
44	32	L	SMA	BEKERJA	Rp 750,000	1 BLN	2	TR	JR	JR	KD	SR	JR	JR	TR	TR	SL	KD	SL	SR	JR	SL	JR	SR	JR
45	29	P	DI	BEKERJA	Rp 500,000	1 THN 8 BLN	2	TR	JR	JR	KD	KD	SR	KD	TR	SL	JR	SR	TR	JR	SL	SL	TR	TR	SL
46	38	L	SI	BEKERJA	Rp 2,500,000	2 THN3 BLN	2	KD	KD	JR	KD	SL	KD	SL	SL	KD	SL	KD	KD	SR	SL	KD	SR	KD	SL
47	39	L	SI	BEKERJA	Rp 2,750,000	5 BLN	2	TR	KD	KD	SR	SL	KD	KD	KD	SL	SR	SL	SL	JR	SL	SL	TR	KD	TR
48	27	P	SMA	BEKERJA	Rp 1,500,000	4 BLN	2	JR	JR	JR	KD	JR	JR	KD	TR	JR	SL	JR	SR	JR	SR	JR	KD	SL	TR
49	38	P	SMA	BEKERJA	Rp 1,500,000	2 THN 10 BLN	2	KD	JR	KD	KD	JR	JR	KD	TR	TR	JR	KD	SR	TR	KD	JR	TR	KD	TR
50	30	P	DIII	BEKERJA	Rp 750,000	2 THN 5 BLN	2	KD	KD	JR	SR	SL	JR	KD	KD	JR	SL	KD	SR	KD	JR	SR	JR	KD	JR
51	25	L	SMA	BEKERJA	Rp 1,500,000	2 BLN	2	TR	KD	KD	JR	KD	TR	JR	TR	JR	SR	JR	SL	TR	TR	JR	SL	JR	KD
52	37	P	DIII	BEKERJA	Rp 1,700,000	9 BLN	2	KD	KD	JR	KD	SR	TR	KD	KD	TR	KD	SL	JR	TR	SL	TR	SR	SL	KD
53	20	L	SD	TIDAK BEKERJA	0	10 BLN	2	KD	KD	KD	KD	KD	JR	KD	SL	JR	JR	SL	KD	TR	TR	SL	SL	SL	SL
54	45	L	SI	BEKERJA	Rp 2,500,000	2 THN 2 BLN	2	TR	KD	JR	TR	SL	KD	KD	JR	JR	SR	SL	SL	TR	JR	SL	SL	SL	KD
55	32	P	SMA	BEKERJA	Rp 1,200,000	5 BLN	2	KD	KD	KD	KD	SL	SR	SL	SL	SL	SL	SL	SL						
56	43	P	SMA	BEKERJA	Rp 1,500,000	2 THN	2	KD	JR	KD	KD	SL	KD	KD	JR	TR	SR	KD	KD	TR	TR	SL	SL	TR	SL
57	47	L	SI	BEKERJA	Rp 2,500,000	3 BLN	2	SR	KD	JR	JR	KD	KD	KD	KD	JR	JR	KD	TR	SL	SR	SL	KD	KD	TR
58	28	L	SMA	BEKERJA	Rp 1,500,000	1 THN	2	TR	JR	KD	SR	SL	JR	JR	JR	JR	SL	KD	SL	TR	JR	KD	SL	TR	TR
59	27	L	DIII	BEKERJA	Rp 1,500,000	1 BLN	2	TR	TR	TR	KD	TR	SL	KD	TR										
60	48	L	SI	BEKERJA	Rp 1,500,000	2 BLN	2	SL	SL	KD	SR	SR	KD	SL	TR	TR	KD	TR	SL	TR	TR	KD	SR	KD	TR
61	32	P	DIII	BEKERJA	Rp 1,000,000	11 BLN	2	TR	KD	KD	KD	JR	TR	TR	JR	SR	JR	JR	SL	JR	TR	JR	SL	JR	SL
62	52	L	SI	BEKERJA	Rp 2,000,000	4 BLN	2	TR	JR	JR	KD	SL	JR	KD	KD	JR	SL	JR	SR	JR	JR	SR	SL	KD	SR
63	37	L	SI	BEKERJA	Rp 2,000,000	2 THN	2	KD	KD	JR	KD	SL	KD	SR	KD	SL	KD	JR	SL	TR	TR	KD	SL	TR	SR
64	45	L	S2	BEKERJA	Rp 2,500,000	5 BLN	2	JR	JR	JR	KD	JR	JR	TR	KD	JR	KD	JR	SR	JR	JR	JR	SL	TR	KD

**Keterangan**

1. Jenis kelamin : L = 1 ; P = 2
2. Pendidikar SD,SMP& SMA=Rendah, Diploma & PT= Tinggi
3. Pekerjaan :Bekerja=1, Tidak bekerja=2
4. Penghasilan : Tinggi =  $\geq 1.000.000$  ; Rendah =  $< 1.000.000$

5. Lama terinfeksi : Lama =  $\geq 6$  bulan ; Baru =  $< 6$  bulan
6. Dukungan Sebaya = Mendapat dukungan= 1, Tidak mendapat dukungan= 2
7. Kualitas Hidup : Baik = 1, Kurang baik= 2



