

SKRIPSI

**HUBUNGAN ANTARA LAMA TERDIAGNOSA DENGAN
KUALITAS HIDUP ORANG DENGAN HIV/AIDS DI
YAYASAN VICTORY PLUS TAHUN 2019**



TESA GURIT KARTIKA WIYATI

P07124215034

PRODI SARJANA TERAPAN KEBIDANAN

JURUSAN KEBIDANAN

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
YOGYAKARTA**

TAHUN 2019

SKRIPSI

**HUBUNGAN ANTARA LAMA TERDIAGNOSA DENGAN
KUALITAS HIDUP ORANG DENGAN HIV/AIDS DI
YAYASAN VICTORY PLUS TAHUN 2019**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana
Terapan Kebidanan**



TESA GURIT KARTIKA WIYATI

P07124215034

PRODI SARJANA TERAPAN KEBIDANAN

JURUSAN KEBIDANAN

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
YOGYAKARTA**

TAHUN 2019

PERSETUJUAN PEMBIMBING

SKRIPSI

**“HUBUNGAN ANTARA LAMA TERDIAGNOSA DENGAN KUALITAS
HIDUP ORANG DENGAN HIV/AIDS DI YAYASAN VICTORY PLUS
TAHUN 2019”**

Disusun oleh :

Tesa Gurit Kartika Wiyati

P07124215034

Telah disetujui oleh pembimbing pada tanggal:

Menyetujui,

Pembimbing Utama,

Pembimbing Pendamping,



Hesty Widyasih, SST, M.Keb
NIP. 197910072005012004



Heni Puji Wahyuningsih, S.SiT, M.Keb
NIP. 197511232002122002

Yogyakarta,

Ketua Jurusan Kebidanan,



DR. Yuni Kusmiyati, S.ST, MPH

NIP. 197606202002122001

...

HALAMAN PENGESAHAN
SKRIPSI

**"HUBUNGAN ANTARA LAMA TERDIAGNOSA DENGAN KUALITAS
HIDUP ORANG DENGAN HIV/AIDS DI YAYASAN VICTORY PLUS
TAHUN 2019"**

Disusun oleh :
Tesa Gurit Kartika Wiyati
P07124215034

Telah dipertahankan dalam seminar di depan Dewan Penguji
Pada tanggal :2019



Ketua,
Munira Rita H, S.SiT, M.Kes (.....)
NIP. 198005142002122001

Anggota,
Hesty Widiasih, SST, M.Keb (.....)
NIP. 197910072005012004

Anggota,
Heni Puji Wahyuningsih, S.SiT, M.Keb (.....)
NIP. 197511232002122002

Yogyakarta,
Ketua Jurusan Kebidanan

DR. Yuni Kusumiyati, S.ST, MPH
NIP. 197606202002122001

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Tesa Gurit Kartika Wiyati

NIM : P07124215034

Tanda Tangan :



Tanggal : 13 Mei 2019

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

SKRIPSI UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Tesa Gurit Kartika Wiyati

NIM : P07124215034

Program studi : Sarjana Terapan Kebidanan

Jurusan : Kebidanan

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Poltekkes Kemenkes Yogyakarta **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right)** atas Skripsi saya yang berjudul:

“Hubungan Antara Lama Terdiagnosa dengan Kualitas Hidup Orang dengan HIV/AIDS di Yayasan Victory Plus Tahun 2019”

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Poltekkes Kemenkes Yogyakarta berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Yogyakarta

Tanggal : 13 Mei 2019



(Tesa Gurit Kartika Wiyati)

CORRELATION BETWEEN DURATION OF DIAGNOSED HIV WITH
QUALITY OF LIFE OF PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS
AT YAYASAN VICTORY PLUS IN 2019

Tesa Gurit Kartika W*, Hesty Widyasih, Heni Puji Wahyuningsih
Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta,
Jl. Tatabumi No.3 Banyuraden, Gamping, Sleman
Email : tesagur23@gmail.com

ABSTRACT

Background: HIV increases susceptibility to various types of infections, cancer, other diseases and can cause death. Sleman is the highest case of HIV in DIY. Sleman Health Office records HIV/AIDS cases increased in 2015(1.038 cases) to 2016 (1.220 cases). WHO defines quality of life as an individual's perception of their position in the cultural context and value system.

Research Objectives : To find out the correlation between the duration of diagnosed HIV with the quality of life (QOL) of people living with HIV/AIDS (PLWHA) at Yayasan Victory Plus in 2019.

Research Methods: This study used a retrospective cohort design. Consecutive sampling used to found 38 samples of respondents with HIV/AIDS at Yayasan Victory Plus. The research instrument was a questionnaire. Data analyzed by chi square and logistic regression.

Results: The results of the Chi-Square test showed that duration of diagnosed ($p = 0.017$) has significantly correlation with the quality of life PLWHA. Age, education, occupation, duration of ARV therapy, and income did not have a significant correlation. The results of multivariate analysis showed that the duration of diagnosed was the most influential factor of quality of life PLWHA ($p\text{-value} = 0.002$, $RR = 96.404$).

Conclusion: Diagnosed duration of HIV has a significant correlation with the quality of life PLWHA. Respondents who were diagnosed for longer had the chance to have a poor quality of life. 8.3% PLWHA who are diagnosed longer and ≥ 30 years old have a poor quality of life.

Keywords: Duration of diagnosed HIV, quality of life of PLWHA, HIV/AIDS

HUBUNGAN ANTARA LAMA TERDIAGNOSA DENGAN KUALITAS
HIDUP ORANG DENGAN HIV/AIDS DI YAYASAN VICTORY PLUS
TAHUN 2019

Tesa Gurit Kartika W*, Hesty Widyasih, Heni Puji Wahyuningsih
Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta,
Jl. Tatabumi No.3 Banyuraden, Gamping, Sleman
Email : tesagur23@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: HIV meningkatkan kerentanan terhadap berbagai macam infeksi, kanker, penyakit lain dan bisa menyebabkan kematian. Kabupaten Sleman merupakan kabupaten yang berada di DIY dengan kasus tertinggi dibanding dengan kabupaten lainnya. Dinas Kesehatan Sleman mencatat kasus HIV/AIDS pada tahun 2015 sebanyak 1.038 kasus, dan pada tahun 2016 meningkat sebanyak 1.220 kasus. WHO mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu tentang posisi mereka di konteks budaya dan sistem nilai.

Tujuan Penelitian: Mengetahui hubungan antara lama terdiagnosa dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS di Yayasan Victory Plus tahun 2019.

Metode Penelitian: Penelitian ini menggunakan desain *kohort retrospektif*. Teknik sampling *consecutive sampling* dengan jumlah sampel 38 orang dengan HIV/AIDS di Yayasan Victory Plus. Instrumen penelitian berupa kuesioner. Analisis data menggunakan *chi-square* dan regresi logistik.

Hasil: Hasil uji *Chi-Square* menunjukkan variabel yang berhubungan secara signifikan dengan kualitas hidup ODHA adalah lama terdiagnosa $p=0,047$. Variabel luar (umur, pendidikan, pekerjaan, lama terapi ARV, dan penghasilan) tidak memiliki hubungan yang signifikan. Hasil analisis multivariat menunjukkan lama terdiagnosa yang paling berpengaruh pada kualitas hidup ODHA ($p\text{-value} = 0.002$, RR = 96,404).

Kesimpulan: Lama terdiagnosa HIV memiliki hubungan secara signifikan dengan kualitas hidup ODHA. Responden yang terdiagnosa lebih lama berpeluang memiliki kualitas hidup kurang baik. Peluang memiliki kualitas hidup yang kurang baik pada ODHA yang terdiagnosa lebih lama dan berumur ≥ 30 tahun sebesar 8,3%.

Kata Kunci: Lama terdiagnosa HIV, kualitas hidup ODHA, HIV/AIDS

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, sehingga dapat menyelesaikan penyusunan Proposal Skripsi ini. Penulisan Proposal Skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Terapan Kebidanan pada Program Studi Sarjana Terapan Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta. Proposal Skripsi ini terwujud atas bimbingan, pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu dan pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Joko Susilo, SKM, M.Kes, selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Yogyakarta atas kebijakannya sehingga penyusunan usulan penelitian ini dapat terlaksana.
2. DR.Yuni Kusmiyati, S.ST, MPH selaku Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, atas kebijakannya sehingga penyusunan usulan penelitian ini dapat terlaksana.
3. Yulianti Eka Purnamaningrum, SSiT., MPH selaku Ketua Prodi Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, atas kebijakan dan arahnya sehingga penyusunan usulan penelitian ini dapat terlaksana.
4. Hesty Widyasih, SST, M.Keb selaku dosen pembimbing utama yang telah membimbing dari awal penyusunan, dan telah memberikan arahan serta masukan kepada penulis.
5. Heni Puji Wahyuningsih, S.SiT, M.Keb selaku dosen pembimbing pendamping yang telah membimbing dari awal penyusunan, dan telah memberikan arahan serta masukan kepada penulis.
6. Munica Rita H, S.SiT, M.Kes selaku penguji penelitian ini yang telah banyak memberikan masukan.
7. Kepala Yayasan Victory Plus Samuel Rachmat Subekti yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melakukan penelitian, serta pengurus Yayasan Victory Plus yang telah membantu pelaksanaan penelitian.

8. Orangtua dan keluarga penulis yang telah memberikan bantuan dukungan material dan moral
9. Teman-teman Mahasiswa Sarjana Terapan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta yang selalu memberikan bantuan dan dukungan.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah berpartisipasi dalam penyusunan penelitian ini.

Mengingat keterbatasan pengetahuan dan pengalaman, penulis menyadari bahwa penulisan proposal penelitian ini masih belum sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak. Akhir kata, penulis berharap semoga proposal penelitian ini bermanfaat bagi semua pihak.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	ii
PERSETUJUAN PEMBIMBING	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PENGESAHAN	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	Error! Bookmark not defined.
SKRIPSI UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	Error! Bookmark not defined.
ABSTRACT	vii
ABSTRAK	viii
KATA PENGANTAR	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	6
E. Ruang Lingkup	7
F. Keaslian Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	12
A. Telaah Pustaka	12
B. Kerangka Teori	48
C. Kerangka Konsep	49
D. Hipotesis	49

BAB III METODE PENELITIAN	50
A. Jenis dan Desain Penelitian	50
B. Populasi dan Sampel Penelitian	51
C. Waktu dan Tempat Penelitian	54
D. Variabel Penelitian	54
E. Definisi Operasional	55
F. Jenis dan Teknik Pengumpulan data	56
G. Instrumen dan Bahan Penelitian	56
H. Prosedur penelitian	58
I. Manajemen Data	60
I. Etika Penelitian	64
J. Kelemahan Penelitian	65
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	66
A. Hasil.....	66
B. Pembahasan	73
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	84
A. Kesimpulan.....	84
B. Saran	85
DAFTAR PUSTAKA	87
Lampiran	94

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1. Definisi Operasional Variabel.....	55
Tabel 2. Distribusi Item Skala Kualitas Hidup	57
Tabel 3. Pengkodean pada Variabel.....	60
Tabel 4. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kualitas Hidup orang dengan HIV/AIDS.....	67
Tabel 5. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Variabel Luar	67
Tabel 6. Analisis Lama Terdiagnosa dengan Kualitas Hidup Orang dengan HIV/AIDS.....	68
Tabel 7. Analisis Variabel Luar dengan Kualitas Hidup Orang dengan HIV/ AIDS	69
Tabel 8. Pemodelan Analisis Multivariat.....	71

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. Kerangka Teori Penelitian.....	48
Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian	49
Gambar 3. Desain Penelitian.....	50

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Rencana Anggaran Penelitian.....	93
Lampiran 2. Jadwal Penelitian	94
Lampiran 3. Persetujuan Setelah Penjelasan.....	95
Lampiran 4. Surat Permohonan Menjadi Responden	97
Lampiran 5. Informed Consent	98
Lampiran 6. Identitas Responden.....	99
Lampiran 7. Kuesioner Penelitian.....	100
Lampiran 8. Kunci Jawaban Kuesioner Penelitian	104
Lampiran 9. Metode Transformasi Skor	108
Lampiran 10. Distribusi Frekuensi.....	109
Lampiran 11. Hasil Analisis Bivariat.....	111
Lampiran 12. Hasil Analisis Multivariat.....	116
Lampiran 13. Surat Permohonan Izin Penelitian	117
Lampiran 14. Surat Permohonan Ethical Clearance	118
Lampiran 15. Surat Persetujuan Komisi Etik.....	119
Lampiran 16. Surat Keterangan Telah Penelitian	120

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus HIV dan menyerang sistem kekebalan tubuh manusia. AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) adalah sindrom atau kumpulan gejala yang timbul karena sangat turunnya kekebalan tubuh penderita HIV dan merupakan stadium akhir dari HIV.¹

Menurut WHO, total penderita HIV lebih dari 35 juta jiwa. Pada tahun 2017, 940.000 orang meninggal karena penyebab HIV. Ada sekitar 36,9 juta orang yang hidup dengan HIV pada akhir tahun 2017 dengan 1,8 juta orang terinfeksi baru pada tahun 2017. Pada tahun 2017 diperkirakan 47% infeksi baru terjadi diantara populasi kunci dan pasangannya.²

Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia tahun 2017 terdapat 33.660 kasus baru HIV di Indonesia. Di Indonesia jumlah kumulatif AIDS dari tahun 1987-2017 terdapat 97.942 kasus, untuk kasus baru AIDS pada tahun 2017 terdapat 4.555 kasus. Jumlah kasus AIDS di DIY dari tahun 1987-2017 terdapat 1.403 kasus, dan pada tahun 2017 terdapat 42 kasus baru AIDS.³

Menurut Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) DIY, data kasus HIV dan AIDS di Yogyakarta periode 1993 – Maret 2015 berjumlah 3.106 orang. Pada tahun 2013 di DIY ditemukan orang dengan HIV/AIDS sebanyak 2.422 orang. Pada tahun 2014 sebanyak 2.933 orang dan pada tahun 2015 sebanyak 3.106.⁴

Profil Kesehatan Kabupaten DIY tahun 2017 mengungkapkan bahwa total penderita HIV di DIY tahun 2013 adalah 1.323 orang dan total penderita AIDS di DIY adalah 965 orang. Kejadian HIV pada tahun 2014 untuk laki-laki 1.118 dan perempuan 377 kasus, sedangkan AIDS untuk laki-laki 802 kasus dan perempuan 366 kasus. Kasus HIV laki-laki di tahun 2015 adalah 2.078 orang, perempuan 1.000 orang, sedangkan AIDS laki-laki 830 orang dan perempuan 409 orang. Pada tahun 2017 kasus HIV meningkat menjadi 2.676 pada laki-laki dan 1.261 pada perempuan. Kemudian yang sudah positif AIDS adalah 985 pada laki-laki dan 490 pada perempuan.

Faktor risiko HIV/AIDS yang paling banyak ditemukan di DIY adalah heteroseksual (51%). Hanya sebagian kecil HIV/AIDS yang disebabkan oleh transfusi darah dan biseksual (1%). Selain itu, masih banyak kasus HIV/AIDS yang belum diketahui penyebab pastinya (25%).¹ Jumlah kasus HIV/AIDS tertinggi di DIY terdapat di Kabupaten Sleman yaitu pada tahun 2015 berjumlah 1.038 kasus dan pada tahun 2016 berjumlah 1.220 kasus.

Berdasarkan Profil Kesehatan Kabupaten Sleman tahun 2018 surveilans HIV/AIDS dalam kurun waktu 2004 sampai tahun 2017, didapatkan jumlah total penderita HIV/AIDS sebanyak 945 kasus. Jumlah tersebut sudah termasuk kasus baru HIV/AIDS di tahun 2017, sebanyak 105 kasus, dari 868 kasus tersebut jumlah yang masih hidup 873 orang, meninggal 63 orang, tidak diketahui 9 orang, sehingga prevalensi HIV/AIDS di Kabupaten Sleman 0,08%. Berdasarkan jenis kelamin, penderita laki-laki 656 orang, perempuan 264 orang, dan tidak diketahui jenis kelaminnya sebanyak 25 orang. Faktor

resiko penularan terbesar adalah heteroseksual 489 (51,74%), tidak diketahui 162 orang (17,14%), homoseksual 167 orang (17,67%), penasun 88 orang (9,31%), perinatal 17 orang (1,73%), biseksual 19 orang (1,79%), serta transfusi 2 kasus (0,21%), dengan persentase terbanyak adalah umur 20-29 tahun yaitu sebanyak 355 orang (37,35 %).⁵

Virus HIV menghancurkan dan merusak fungsi sel kekebalan, sehingga individu yang terinfeksi secara bertahap menjadi immunodefisiensi. Immunodefisiensi menghasilkan peningkatan kerentanan terhadap berbagai macam infeksi, kanker dan penyakit lain yang orang dengan sistem kekebalan yang sehat dapat melawan. Tahap paling lanjut dari infeksi HIV adalah AIDS, yang dapat berlangsung dari 2 hingga 15 tahun untuk berkembang tergantung pada individu. AIDS didefinisikan oleh perkembangan kanker tertentu, infeksi, atau manifestasi klinis berat lainnya.² Penyakit HIV adalah virus yang menyerang sel darah putih di dalam tubuh (limfosit) yang mengakibatkan turunnya kekebalan tubuh manusia dan membuatnya lebih rentan terhadap berbagai penyakit, sulit sembuh dari berbagai penyakit infeksi oportunistik dan bisa menyebabkan kematian.⁶

WHO mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu tentang posisi mereka di konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka tinggal dan dalam kaitannya dengan tujuan, harapan, standar, dan kekhawatiran.⁷ Kualitas hidup dapat didefinisikan sebagai evaluasi

multidimensi subjektif dari fungsi dan kesejahteraan seseorang dalam kehidupan sehari-hari.⁸

Terdapat berbagai faktor yang mempengaruhi kualitas hidup diantaranya kepatuhan penggunaan obat antiretroviral. Meningkatnya ketersediaan antiretroviral (ARV) dan akses ke diagnosis HIV dini menyebabkan kualitas hidup pasien HIV menjadi membaik.⁹ Berdasarkan penelitian Ma Liping et al. di China pada tahun 2015, ARV ditemukan menjadi faktor terkuat pertama yang mempengaruhi kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS.¹⁰

Menurut penelitian Charles, orang dengan HIV/AIDS yang menerima kurang atau sedang dukungan sosial ($p < .05$) cenderung memiliki kualitas hidup yang rendah. Meskipun tidak signifikan secara statistik kurangnya dukungan sosial memiliki efek negatif pada dimensi fisik kualitas hidup dari semua pasien. Kemudian ditemukan hubungan yang signifikan antara depresi berat dengan kualitas hidup yang buruk.¹¹

Stigma HIV/AIDS dapat merusak kualitas hidup orang yang hidup dengan HIV/AIDS dengan mengurangi akses dan kualitas perawatan. Hal tersebut mempengaruhi kepatuhan terapi dan berpotensi meningkatkan risiko transmisi. Berdasarkan penelitian Mahalakshmy et al. di India pada tahun 2011 dijelaskan bahwa ODHA mengalami stigma yang lebih tinggi memperoleh skor yang lebih rendah secara psikologis, lingkungan dan spiritualitas/agama/kepercayaan pribadi domain dari kualitas hidup.¹²

Faktor-faktor demografi juga mempengaruhi kualitas hidup seperti hasil penelitian Akinboro et al. di Nigeria pada tahun 2014 menunjukkan bahwa ODHA yang berusia ≤ 30 tahun memiliki kualitas hidup yang lebih baik. Kemudian kualitas hidup yang lebih baik ditemukan pada orang yang berpendidikan baik, pada subjek dengan pendidikan tersier atau tinggi didapatkan kualitas hidup yang lebih baik, dan analisis multivariat menunjukkan bahwa kualitas hidup lebih buruk pada pekerja lepas.¹³

Berdasarkan penelitian Kusuma di Jakarta pada tahun 2011 mengungkapkan bahwa responden dengan penghasilan keluarga rendah beresiko untuk memiliki kualitas hidup kurang baik.¹⁴ Penelitian Ethel di Semarang pada tahun 2016 mengungkapkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara lama menderita dengan kualitas hidup pada domain psikologis pasien HIV/AIDS RSUP Dr. Kariadi.¹⁵

Berdasarkan adanya permasalahan di atas, peneliti ingin mengadakan penelitian tentang hubungan antara lama terdiagnosa dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS di Yayasan Victory Plus.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, maka dapat diambil suatu rumusan masalah, yaitu “Adakah hubungan antara lama terdiagnosa dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS ?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan antara lama terdiagnosa dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS di Yayasan Victory Plus.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui tingkat kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS di Yayasan Victory Plus.
- b. Mengetahui variabel luar meliputi umur, pendidikan, pekerjaan, lama terapi ARV, dan penghasilan pada orang dengan HIV/AIDS di Yayasan Victory Plus.
- c. Mengetahui *Relative Risk* (RR) dari variabel lama terdiagnosa HIV setelah dikontrol dengan variabel luar.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wacana ilmu pengetahuan yang berkaitan dengan konsep kualitas hidup pada orang dengan HIV/AIDS bagi masyarakat pada umumnya.

2. Manfaat praktis

a. Bagi Direktur Yayasan Victory Plus

Penelitian ini diharapkan mampu memberikan informasi mengenai faktor yang mempengaruhi kualitas hidup untuk yayasan sebagai dasar melakukan upaya preventif terhadap kualitas hidup ODHA di Yayasan Victory Plus.

b. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat digunakan data dasar, sebagai bahan referensi dan kajian bagi peneliti lain atau peneliti lanjutan.

E. Ruang Lingkup

1. Materi

Lingkup materi pada penelitian ini adalah asuhan kebidanan dalam kesehatan reproduksi dan penanggulangan IMS (Infeksi Menular Seksual) termasuk HIV/AIDS.

2. Tempat

Penelitian dilakukan di Yayasan Victory Plus Jalan Tunggorono, No. 5, Mrican, Caturtunggal, Kecamatan Depok, Kabupaten Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta.

3. Waktu

Penelitian dilakukan pada Bulan Oktober tahun 2018 sampai dengan Bulan Mei tahun 2019.

F. Keaslian Penelitian

Sepanjang penelusuran penulis terdapat penelitian serupa dengan penelitian ini, yaitu :

1. Mardia, Riris Andono Ahmad, dan Bambang Sigit Riyanto tahun 2017 dengan Judul Kualitas Hidup Orang dengan HIV/AIDS Berdasarkan Kriteria Diagnosis dan Faktor Lain di Surakarta. Desain penelitian ini adalah cross sectional di Klinik VCT Rumah

Sakit Dr. Moewardi. Populasi meliputi pasien yang terdaftar di Klinik VCT. Pengambilan sampel secara *consecutive sampling*. Analisis data melalui *ordinal logistic regression*. Hasil dari penelitian yang telah peneliti lakukan didapatkan bahwa kriteria diagnosis berhubungan dengan kualitas hidup pada domain psikologi. Pasien dengan $CD4 \geq 200$ sel/ml di awal diagnosis memiliki kemungkinan lebih kecil untuk mempunyai kualitas hidup yang lebih baik. Pasien dengan infeksi oportunistik asimtomatik, menjalani terapi ARV ≥ 29 bulan, mendapatkan dukungan sosial, menjangkau fasilitas kesehatan dengan angkutan umum, berumur > 45 tahun, berjenis kelamin perempuan dan belum/pernah menikah memiliki hubungan dengan kualitas hidup lebih baik.

2. Ricca Angelina Ethel dkk tahun 2016 dengan Judul Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS di RSUP Dr. Kariadi Semarang. Desain penelitian ini adalah cross sectional. Teknik pengambilan sampel dengan *consecutive sampling* pada 94 pasien HIV/AIDS yang menjalani rawat jalan di Poli Penyakit Tropik dan Infeksi RSUP Dr.Kariadi. Hasil penelitian mengungkapkan bahwa usia, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan terakhir, pekerjaan, dan jumlah CD4 tidak berhubungan dengan kualitas hidup pada setiap domain. Namun,

terdapat hubungan bermakna antara lama menderita terhadap kualitas hidup domain psikologis ($p=0,004$).

3. Amare Deribew et al. tahun 2013 dengan Judul Change in quality of life: a follow up study among patients with HIV infection with and without TB in Ethiopia. Populasi meliputi 465 pasien terinfeksi HIV tanpa TB dan 124 pasien koinfeksi TB/HIV terdaftar secara prospektif studi pada bulan Februari 2009. 455 (98%) pasien terinfeksi HIV dan 97 (78%) TB / HIV diikuti selama 6 bulan. Data tentang kualitas hidup pada awal dan bulan ke-6 dikumpulkan oleh perawat terlatih melalui wawancara tatap muka menggunakan versi Amharic singkat dari Instrumen Kualitas Kehidupan Organisasi Kesehatan Dunia untuk klien HIV (WHOQOL HIV-Brief). Hasil penelitian mengungkapkan bahwa ada peningkatan yang signifikan secara statistik dari fisik, psikologis, sosial, lingkungan dan kualitas hidup spiritual pada follow up 6 bulan dibandingkan dengan baseline untuk kedua kelompok pasien ($P < 0,0001$). Perubahan dalam kualitas hidup di semua dimensi lebih ditandai untuk pasien koinfeksi TB / HIV dibandingkan dengan terinfeksi HIV pasien tanpa TB.
4. Doris Mutabazi-Mwesigire et al. dengan Judul Perceptions of quality of life among Ugandan patients living with HIV: a qualitative study. Populasinya yaitu dua puluh peserta HIV-positif mengikuti wawancara mendalam di klinik perkotaan, dengan

follow-up pada tiga dan enam bulan. Sepuluh pasien menggunakan ART dan sepuluh tidak menggunakan ART. Semua wawancara ditranskripsi dan diterjemahkan untuk analisis. Data dianalisis secara manual menggunakan pendekatan kerangka kerja untuk analisis konten. Hasil penelitian menunjukkan bahwa individu melaporkan pada empat aspek kualitas hidup: hidup dari lingkungan, kegunaan hidup, kehidupan kemampuan seseorang dan penghargaan terhadap kehidupan. Responden mendeskripsikan beberapa harapan dan menyatakan harapan untuk masa depan mereka. Namun, banyak yang masih menderita stigma, ketakutan terhadap pengungkapan dan kemiskinan, yang berdampak negatif kualitas hidup mereka.

5. Bimal Charles et al. dengan Judul Association between stigma, depression and quality of life of people living with HIV/AIDS (PLHA) in South India – a community based cross sectional study. Desain penelitian menggunakan studi cross sectional berbasis komunitas yang dilakukan di tujuh distrik di Tamil Nadu, India, diantara 400 ODHA pada tahun 2009. Skala berikut digunakan untuk stigma, depresi dan kualitas hidup, skala Berger, skala *Major Depression Inventory* (MDI) dan skala BREF WHO. Hasil dari penelitian yang telah peneliti lakukan didapatkan bahwa dua puluh tujuh persen ODHA telah mengalami stigma yang parah. Ini adalah bentuk berat stigma pribadi (28,8%), citra diri negatif

(30,3%), persepsi sikap publik (18,2%) dan kekhawatiran pengungkapan (26%). ODHA yang mengalami depresi berat adalah 12% dan mereka yang mengalami kualitas hidup yang buruk adalah 34%. Kualitas hidup yang rendah dilaporkan dalam domain fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan adalah 42,5%, 40%, 51,2%, dan 34% masing-masing. ODHA yang memiliki stigma pribadi yang tinggi dan citra diri negatif memiliki 3,4 (1,6-7,0) dan 2,1 (1,0-4,1) kali lebih tinggi risiko depresi berat masing-masing ($p < 0,001$). ODHA yang mengalami depresi berat telah mengalami 2,7 (1,1-7,7) kali kualitas hidup secara signifikan lebih buruk.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Konsep HIV/AIDS

a. Pengertian HIV/AIDS

HIV adalah sebuah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia.¹⁶ AIDS adalah kependekan dari *Acquired Immune Deficiency Syndrome*. *Acquired* berarti didapat, bukan keturunan. *Immuno* terkait dengan sistem kekebalan tubuh kita. *Deficiency* berarti kekurangan. *Syndrome* atau sindrom berarti penyakit dengan kumpulan gejala, bukan gejala tertentu. Jadi AIDS berarti kumpulan gejala akibat kekurangan atau kelemahan sistem kekebalan tubuh yang dibentuk setelah kita lahir.¹⁷

AIDS muncul setelah virus (HIV) menyerang sistem kekebalan tubuh kita selama lima hingga sepuluh tahun atau lebih.¹⁶ HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) merupakan virus yang dapat menyebabkan AIDS dengan cara menyerang sel darah putih yang bernama sel CD4 sehingga dapat merusak sistem kekebalan tubuh manusia. AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*) atau kumpulan berbagai gejala penyakit akibat turunnya kekebalan tubuh individu akibat HIV. Ketika individu sudah tidak lagi memiliki sistem kekebalan tubuh maka semua penyakit dapat dengan mudah masuk ke dalam tubuh.

Karena sistem kekebalan tubuhnya menjadi sangat lemah, penyakit yang tadinya tidak berbahaya akan menjadi sangat berbahaya. Orang yang baru terpapar HIV belum tentu menderita AIDS. Hanya saja lama kelamaan sistem kekebalan tubuhnya makin lama semakin lemah, sehingga semua penyakit dapat masuk ke dalam tubuh. Pada tahapan itulah penderita disebut sudah terkena AIDS.¹⁸

b. Penyebab HIV/AIDS

Virus masuk ke dalam tubuh manusia terutama melalui perantara darah, semen, dan sekret vagina. Setelah memasuki tubuh manusia, maka target utama HIV adalah limfosit CD 4 karena virus mempunyai afinitas terhadap molekul permukaan CD4. Virus ini akan mengubah informasi genetiknya ke dalam bentuk yang terintegrasi di dalam informasi genetik dari sel yang diserangnya, yaitu merubah bentuk RNA (*ribonucleic acid*) menjadi DNA (*deoxyribonucleic acid*) menggunakan enzim *reverse transcriptase*. DNA pro-virus tersebut kemudian diintegrasikan ke dalam sel hospes dan selanjutnya diprogramkan untuk membentuk gen virus. Setiap kali sel yang dimasuki retrovirus membelah diri, informasi genetik virus juga ikut diturunkan.

c. Tahapan perubahan HIV/AIDS

1) Fase 1

Umur infeksi 1-6 bulan (sejak terinfeksi HIV) individu sudah terpapar dan terinfeksi. Tetapi ciri-ciri terinfeksi belum terlihat meskipun ia melakukan tes darah. Pada fase ini antibodi terhadap HIV belum terbentuk. Bisa saja terlihat/mengalami gejala-gejala ringan, seperti flu (biasanya 2-3 hari dan sembuh sendiri).

2) Fase 2

Umur infeksi : 2-10 tahun setelah terinfeksi HIV. Pada fase kedua ini individu sudah positif HIV dan belum menampakkan gejala sakit. Sudah dapat menularkan pada orang lain. Bisa saja terlihat/mengalami gejala-gejala ringan, seperti flu (biasanya 2-3 hari dan sembuh sendiri).

3) Fase 3

Mulai muncul gejala-gejala awal penyakit. Belum disebut sebagai gejala AIDS. Gejala-gejala yang berkaitan antara lain keringat yang berlebihan pada waktu malam, diare terus menerus, pembengkakan kelenjar getah bening, flu yang tidak sembuh-sembuh, nafsu makan berkurang dan badan menjadi lemah, serta berat badan terus berkurang. Pada fase ketiga ini sistem kekebalan tubuh mulai berkurang.

4) Fase 4

Sudah masuk pada fase AIDS. AIDS baru dapat terdiagnosa setelah kekebalan tubuh sangat berkurang dilihat dari jumlah sel-T nya. Timbul penyakit tertentu yang disebut dengan infeksi oportunistik yaitu TBC, infeksi paru-paru yang menyebabkan radang paru-paru dan kesulitan bernafas, kanker, khususnya sariawan, kanker kulit atau sarcoma kaposi, infeksi usus yang menyebabkan diare parah berminggu-minggu, dan infeksi otak yang menyebabkan kekacauan mental dan sakit kepala.¹⁹

WHO menetapkan empat stadium klinis HIV, sebagaimana berikut:

- 1) Stadium 1 : tanpa gejala.
- 2) Stadium 2 : penyakit ringan.
- 3) Stadium 3 : penyakit lanjut.
- 4) Stadium 4 : penyakit berat.¹⁷

d. Penularan HIV/AIDS

1) Media penularan HIV/AIDS

HIV dapat ditularkan melalui pertukaran berbagai cairan tubuh dari individu yang terinfeksi, seperti darah, air susu ibu, air mani dan cairan vagina. Individu tidak dapat terinfeksi melalui kontak sehari-hari biasa seperti berciuman,

berpelukan, berjabat tangan, atau berbagi benda pribadi, makanan atau air.²⁰

2) Cara penularan HIV/AIDS

- a) Hubungan seksual : hubungan seksual yang tidak aman dengan orang yang telah terpapar HIV.
- b) Transfusi darah : melalui transfusi darah yang tercemar HIV.
- c) Penggunaan jarum suntik : penggunaan jarum suntik, tindik, tato, dan pisau cukur yang dapat menimbulkan luka yang tidak disterilkan secara bersama-sama dipergunakan dan sebelumnya telah dipakai orang yang terinfeksi HIV. Cara-cara ini dapat menularkan HIV karena terjadi kontak darah.
- d) Ibu hamil kepada anak yang dikandungnya
 - (1) Antenatal : saat bayi masih berada di dalam rahim, melalui plasenta.
 - (2) Intranatal : saat proses persalinan, bayi terpapar darah ibu atau cairan vagina.
 - (3) Postnatal : setelah proses persalinan, melalui air susu ibu. Kenyataannya 25-35% dari semua bayi yang dilahirkan oleh ibu yang sudah terinfeksi di negara berkembang tertular HIV, dan 90% bayi dan anak yang tertular HIV tertular dari ibunya.

3) Perilaku berisiko yang menularkan HIV/AIDS

- a) Melakukan seks anal atau vaginal tanpa kondom.
- b) Memiliki infeksi menular seksual lainnya seperti sifilis, herpes, klamidia, kencing nanah, dan vaginosis bakterial.
- c) Berbagi jarum suntik yang terkontaminasi, alat suntik dan peralatan suntik lainnya dan solusi obat ketika menyuntikkan narkoba.
- d) Menerima suntikan yang tidak aman, transfusi darah, transplantasi jaringan, prosedur medis yang melibatkan pemotongan atau tindakan yang tidak steril.
- e) Mengalami luka tusuk jarum yang tidak disengaja, termasuk diantara pekerja kesehatan.
- f) Memiliki banyak pasangan seksual atau mempunyai pasangan yang memiliki banyak pasangan lain.¹⁸

e. Gejala HIV/AIDS

Gejala-gejala HIV bervariasi tergantung pada tahap infeksi. Meskipun orang yang hidup dengan HIV cenderung paling menular dalam beberapa bulan pertama, banyak yang tidak menyadari status mereka sampai tahap selanjutnya. Beberapa minggu pertama setelah infeksi awal, individu mungkin tidak mengalami gejala atau penyakit seperti influenza termasuk demam, sakit kepala, ruam, atau sakit tenggorokan.

Ketika infeksi semakin memperlemah sistem kekebalan, seorang individu dapat mengembangkan tanda dan gejala lain, seperti kelenjar getah bening yang membengkak, penurunan berat badan, demam, diare dan batuk. Tanpa pengobatan, mereka juga bisa mengembangkan penyakit berat seperti tuberkulosis, meningitis kriptokokus, infeksi bakteri berat dan kanker seperti limfoma dan sarkoma kaposi.²⁰

f. Tes infeksi HIV/AIDS

1) Pengertian

Tes HIV adalah tes yang dilakukan untuk memastikan apakah individu yang bersangkutan telah dinyatakan terkena HIV atau tidak. Tes HIV berfungsi untuk mengetahui adanya antibodi terhadap HIV atau mengetes adanya antigen HIV dalam darah. Ada beberapa jenis tes yang biasa dilakukan diantaranya yaitu tes Elisa, tes Dipstik dan tes Western Blot. Masing-masing alat tes memiliki sensitivitas atau kemampuan untuk menemukan orang yang mengidap HIV dan spesifitas atau kemampuan untuk menemukan individu yang tidak mengidap HIV. Untuk tes antibodi HIV semacam Elisa memiliki sensitivitas yang tinggi. Dengan kata lain persentase pengidap HIV yang memberikan hasil negatif palsu sangat kecil. Sedangkan spesifitasnya adalah antara 99,70%-99,90% dalam arti 0,1%-0,3% dari semua orang

yang tidak berantibodi HIV akan dites positif untuk antibodi tersebut. Untuk itu hasil Elisa positif perlu diperiksa ulang (dikonfirmasi) dengan metode Western Blot yang mempunyai spesifitas yang lebih tinggi.

2) Syarat dan prosedur tes darah HIV/AIDS

Syarat tes darah untuk keperluan HIV:

- a) Bersifat rahasia.
- b) Harus dengan konseling pada pra tes.
- c) Tidak ada unsur paksaan.

3) Tahapan tes HIV/AIDS

Pre tes konseling

- a) Identifikasi risiko perilaku seksual (pengukuran tingkat risiko perilaku).
- b) Penjelasan arti hasil tes dan prosedurnya (positif/negatif).
- c) Informasi HIV/AIDS sejas-jelasnya.
- d) Identifikasi kebutuhan pasien, setelah mengetahui hasil tes.
- e) Rencana perubahan perilaku.

4) Tes darah Elisa

Hasil tes Elisa (-) kembali melakukan konseling untuk penataan perilaku seks yang lebih aman (safer sex). Pemeriksaan diulang kembali dalam waktu 3-6 bulan berikutnya. Hasil tes Elisa (+), konfirmasi dengan Western Blot.

5) Tes Western Blot

Hasil tes Western Blot (+) laporkan ke dinas kesehatan (dalam keadaan tanpa nama). Lakukan pasca konseling dan pendampingan (menghindari emosi putus asa keinginan untuk bunuh diri). Hasil tes Western Blot (-) sama dengan Elisa (-).¹⁸

g. Hubungan antara HIV/AIDS dengan penyalahgunaan napza dan hubungan seks bebas tidak aman

1) HIV/AIDS-hubungan seks bebas dan tidak aman

Salah satu media penularan HIV/AIDS yaitu melalui cairan sperma maupun cairan vagina, maka perilaku hubungan seks bebas tidak aman merupakan perilaku yang beresiko tertular maupun menularkan virus HIV.

2) HIV/AIDS-penyalahgunaan NAPZA

Walaupun tidak seluruh pengguna NAPZA, namun sebagian besar pengguna beberapa jenis NAPZA cenderung menggunakan jarum suntik sebagai media pemakaiannya. Penggunaan jarum suntik yang tidak steril dan dilakukan

secara bergantian sangat rentan terhadap penularan virus HIV/AIDS (tertular maupun menularkan). Hal yang lebih mengerikan, pengguna NAPZA yang merupakan ODHA (Orang dengan HIV/AIDS) akan membuatnya lebih cepat memasuki fase AIDS. Hal ini dikarenakan karakteristik NAPZA yang bersifat menggerogoti organ tubuh. Termasuk juga perokok karena rokok memiliki sifat yang sama.

h. Pencegahan HIV/AIDS

Lima cara pokok untuk mencegah penularan HIV (A, B, C, D, E) yaitu:

A (*Abstinence*) : artinya absen seks atau tidak melakukan hubungan seks bagi yang belum menikah.

B (*Be faithful*) : artinya bersikap saling setia kepada satu pasangan seks (tidak berganti-ganti pasangan).

C (*Condom*) : artinya cegah penularan HIV melalui hubungan seksual dengan menggunakan kondom.

D (*Drug No*) : artinya dilarang menggunakan narkoba.

E (*Education*) : artinya pemberian edukasi dan informasi yang benar mengenai HIV, cara penularan, pencegahan dan pengobatannya.

Individu dapat mengurangi risiko infeksi HIV dengan membatasi paparan faktor risiko. Pendekatan utama untuk pencegahan HIV sebagai berikut :

1) Penggunaan kondom pria dan wanita

Penggunaan kondom pria dan wanita yang benar dan konsisten selama penetrasi vagina atau dubur dapat melindungi terhadap penyebaran infeksi menular seksual, termasuk HIV. Bukti menunjukkan bahwa kondom lateks laki-laki memiliki efek perlindungan 85% atau lebih besar terhadap HIV dan infeksi menular seksual (IMS) lainnya.

2) Tes dan konseling untuk HIV dan IMS

Pengujian untuk HIV dan IMS lainnya sangat disarankan untuk semua orang yang terpajan salah satu faktor risiko. Dengan cara ini orang belajar tentang status infeksi mereka sendiri dan mengakses layanan pencegahan dan perawatan yang diperlukan tanpa penundaan. WHO juga merekomendasikan untuk menawarkan tes untuk pasangan. Selain itu, WHO merekomendasikan pendekatan pemberitahuan mitra bantuan sehingga orang dengan HIV menerima dukungan untuk menginformasikan mitra mereka sendiri, atau dengan bantuan penyedia layanan kesehatan.

3) Tes dan konseling, keterkaitan dengan perawatan tuberkulosis

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit yang paling umum dan penyebab kematian di antara orang dengan HIV. Hal ini fatal jika tidak terdeteksi atau tidak diobati, yang bertanggung jawab untuk lebih dari 1 dari 3 kematian terkait HIV.

Deteksi dini TB dan keterkaitan yang cepat dengan pengobatan TB dan ARV dapat mencegah kematian pada ODHA. Pemeriksaan TB harus ditawarkan secara rutin di layanan perawatan HIV dan tes HIV rutin harus ditawarkan kepada semua pasien dengan dugaan dan terdiagnosis TB. Individu yang didiagnosis dengan HIV dan TB aktif harus segera memulai pengobatan TB yang efektif (termasuk untuk TB yang resistan terhadap obat) dan ARV. Terapi pencegahan TB harus ditawarkan kepada semua orang dengan HIV yang tidak memiliki TB aktif.

4) Sunat laki-laki oleh medis secara sukarela

Sunat laki-laki oleh medis, mengurangi risiko infeksi HIV sekitar 60% pada pria heteroseksual. Sunat laki-laki oleh medis juga dianggap sebagai pendekatan yang baik untuk menjangkau laki-laki dan remaja laki-laki yang tidak sering mencari layanan perawatan kesehatan.

5) Penggunaan obat antiretroviral untuk pencegahan

Penelitian menunjukkan bahwa jika orang HIV-positif mematuhi rejimen ARV yang efektif, risiko penularan virus ke pasangan seksual yang tidak terinfeksi dapat dikurangi sebesar 96%. Rekomendasi WHO untuk memulai ARV pada semua orang yang hidup dengan HIV akan berkontribusi secara signifikan untuk mengurangi penularan HIV.

6) Profilaksis pasca pajanan untuk HIV

Profilaksis pasca pajanan adalah penggunaan obat ARV dalam 72 jam setelah terpapar HIV untuk mencegah infeksi. Profilaksis pasca pajanan mencakup konseling, pertolongan pertama, tes HIV, dan pemberian obat ARV selama 28 hari dengan perawatan lanjutan. WHO merekomendasikan penggunaan profilaksis pascapajanan untuk pajanan pekerjaan, non-pekerjaan, dewasa dan anak-anak.

7) Pengurangan dampak buruk bagi orang-orang yang menyuntikkan dan menggunakan narkoba

Mulai berhenti menggunakan NAPZA sebelum terinfeksi HIV, tidak memakai jarum suntik, sehabis menggunakan jarum suntik langsung dibuang atau jika menggunakan jarum yang sama maka disterilkan terlebih dahulu, yaitu dengan merendam pemutih (dengan kadar

campuran yang benar) atau direbus dengan suhu tinggi yang sesuai.

8) Bagi remaja

Semua orang tanpa kecuali dapat tertular, sehingga remaja tidak melakukan hubungan seks tidak aman, berisiko IMS karena dapat memperbesar risiko penularan HIV/AIDS. Mencari informasi yang lengkap dan benar yang berkaitan dengan HIV/AIDS. Mendiskusikan secara terbuka permasalahan yang sering dialami remaja dalam hal ini tentang masalah perilaku seksual dengan orang tua, guru, teman maupun orang yang memang paham mengenai hal tersebut. Menghindari penggunaan obat-obatan terlarang dan jarum suntik, tato dan tindik. Tidak melakukan kontak langsung percampuran darah dengan orang yang sudah terpapar HIV. Menghindari perilaku yang dapat mengarah pada perilaku yang tidak sehat dan tidak bertanggungjawab.

Paket komprehensif intervensi untuk pencegahan dan pengobatan HIV meliputi:

- 1) Program jarum dan alat suntik.
- 2) Terapi substitusi opioid untuk orang yang bergantung pada opioid dan pengobatan ketergantungan obat berbasis bukti lainnya.
- 3) Tes dan konseling HIV.

- 4) Perawatan HIV.
- 5) Informasi dan edukasi pengurangan risiko dan penyediaan nalokson.
- 6) Penggunaan kondom.
- 7) Manajemen IMS, tuberkulosis dan virus hepatitis.²⁰

i. Pengobatan bagi penderita HIV/AIDS

1) HIV/AIDS belum dapat disembuhkan

Sampai saat ini belum ada obat-obatan yang dapat menghilangkan HIV dari dalam tubuh individu. Ada beberapa kasus yang menyatakan bahwa HIV/AIDS dapat disembuhkan. Setelah diteliti lebih lanjut, pengobatannya tidak dilakukan dengan standar medis, tetapi dengan pengobatan alternatif atau pengobatan lainnya. Obat-obat yang selama ini digunakan berfungsi menahan perkembangbiakan virus HIV dalam tubuh, bukan menghilangkan HIV dari dalam tubuh. Obat-obatan ARV sudah dipasarkan secara umum, untuk obat generik. Namun tidak semua orang yang HIV positif sudah membutuhkan obat ARV, ada kriteria khusus. Meskipun semakin hari makin banyak individu yang dinyatakan positif HIV, namun sampai saat ini belum ada informasi adanya obat yang dapat menyembuhkan HIV/AIDS. Bahkan sampai sekarang belum ada perkiraan

resmi mengenai kapan obat yang dapat menyembuhkan AIDS atau vaksin yang dapat mencegah AIDS ditemukan.

2) Pengobatan HIV/AIDS

Untuk menahan lajunya tahap perkembangan virus beberapa obat yang ada adalah antiretroviral dan infeksi oportunistik. Obat antiretroviral adalah obat yang dipergunakan untuk retrovirus seperti HIV guna menghambat perkembangbiakan virus. Obat-obatan yang termasuk antiretroviral yaitu AZT, Didanosine, Zalcitabine, Stavudine. Obat infeksi oportunistik adalah obat yang digunakan untuk penyakit yang muncul sebagai efek samping rusaknya kekebalan tubuh. Yang terpenting untuk pengobatan oportunistik yaitu menggunakan obat-obat sesuai jenis penyakitnya, contoh : obat-obat anti TBC.¹⁸

2. Konsep Kualitas Hidup

a. Pengertian

Menurut *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) kualitas hidup adalah persepsi individu mengenai posisi individu dalam hidup sesuai konteks budaya dan sistem nilai yang dianutnya, dimana individu hidup dan hubungannya dengan harapan, tujuan, standar yang ditetapkan dan perhatian dari individu. Masalah yang mencakup kualitas hidup sangat luas dan kompleks termasuk masalah kesehatan fisik, status

psikologis, tingkat kebebasan, hubungan sosial, dan lingkungan dimana mereka berada.²¹

Kualitas hidup adalah konsep yang lebih luas daripada standar hidup. Kualitas hidup mencakup sekumpulan penuh faktor-faktor yang mempengaruhi apa yang kita hargai dalam hidup ini, melampaui sisi materialnya. Kualitas hidup adalah perbedaan antara keinginan yang ada dibandingkan perasaan yang ada sekarang. Pernyataan ini dikenal dengan sebutan “Calman’s Gap”. Calman mengungkapkan pentingnya mengetahui perbedaan antara perasaan yang ada dengan keinginan yang sebenarnya. Contohnya dengan membandingkan suatu keadaan antara “dimana seseorang berada” dengan “dimana seseorang ingin berada”. Jika perbedaan antara kedua keadaan ini lebar, ketidakcocokan ini menunjukkan bahwa kualitas hidup seseorang tersebut rendah. Sedangkan kualitas hidup tinggi jika perbedaan yang ada antara keduanya kecil.

Beberapa pendekatan fenomenologi dari kualitas hidup menekankan tentang pentingnya persepsi subjektif seseorang dalam memfungsikan kemampuan mereka sendiri dan membandingkannya dengan standar kemampuan internal yang mereka miliki agar dapat mewujudkan sesuatu menjadi lebih ideal dan sesuai dengan apa yang mereka inginkan. Kualitas hidup adalah penilaian individu terhadap posisi mereka di dalam

kehidupan, dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka hidup dalam kaitannya dengan tujuan individu, harapan, standar serta apa yang menjadi perhatian individu. Terdapat tiga pendekatan konseptual untuk mengukur kualitas hidup, yaitu:

- 1) Pendekatan pertama : dikembangkan erat dengan riset psikologis, dipijakkan pada gagasan tentang kesejahteraan subjektif. Pendekatan ini terkait erat dengan tradisi utilitarian, yang menyatakan bahwa upaya manusia untuk 'bahagia' dan 'puas' dengan hidup mereka merupakan tujuan universal eksistensi manusia.
- 2) Pendekatan kedua : berakar pada gagasan tentang kapabilitas. Pendekatan ini melihat hidup seseorang sebagai kombinasi antara berbagai 'kegiatan dan kedirian' (*functionings*) dan kebebasannya untuk memilih diantara fungsi-fungsi tersebut (*capabilities*). Dasar pendekatan kapabilitas ini memiliki akar kuat pada ide filosofis mengenai keadilan sosial. Hal ini mencerminkan manusia akan fokus pada tujuan dan menghargai kemampuan individu untuk mengejar dan merealisasikan tujuan yang dia yakini, serta memainkan peran prinsip-prinsip etis dalam merancang masyarakat yang 'baik'.

- 3) Pendekatan ketiga : didasarkan pada gagasan tentang alokasi yang adil.²²

Kualitas hidup (*quality of life*) mengarah pada persepsi pribadi seseorang akan hidupnya. Kualitas hidup adalah persepsi berdasarkan nilai dan kepercayaan personal. Sudut pandang kualitas hidup sangat bervariasi dan berubah bergantung pada situasi. Peningkatan kualitas hidup dilakukan melalui pencegahan dan manajemen penyakit kronis seperti perawatan preventif, dukungan untuk gaya hidup sehat, edukasi dan pengkajian lingkungan untuk mencegah cedera.²³ Kusuma menjelaskan bahwa sebagian besar responden memiliki kualitas hidup kurang baik yaitu sejumlah 58 orang (63%).¹⁴ Terdapat juga hasil penelitian Nojomi, Anbary, dan Ranjbar pada tahun 2008 menyebutkan bahwa lebih banyak responden yang mempersepsikan kualitas hidupnya rendah atau kurang baik.²⁴

b. Aspek-aspek kualitas hidup

Menurut WHOQOL-BREF terdapat empat aspek mengenai kualitas hidup, diantaranya sebagai berikut:

- 1) Kesehatan fisik : mencakup aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat-obatan, energi dan kelelahan, mobilitas, sakit dan ketidaknyamanan, tidur/istirahat, dan kapasitas kerja.

- 2) Kesejahteraan psikologis : mencakup *bodily image appearance*, perasaan negatif, perasaan positif, *self-esteem*, spiritual/agama/keyakinan pribadi, berpikir, belajar, memori dan konsentrasi.
- 3) Hubungan sosial : mencakup relasi personal, dukungan sosial, dan aktivitas seksual.
- 4) Hubungan dengan lingkungan : mencakup sumber finansial, kebebasan, keamanan dan keselamatan fisik, perawatan kesehatan dan sosial termasuk aksesibilitas dan kualitas, lingkungan rumah, kesempatan untuk mendapatkan berbagai informasi baru maupun keterampilan, partisipasi dan mendapat kesempatan untuk melakukan rekreasi dan kegiatan yang menyenangkan di waktu luang, lingkungan fisik termasuk polusi/kebisingan/lalu lintas/iklim serta transportasi.²¹

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup

Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pada orang dengan HIV/AIDS yaitu sebagai berikut :

1) Umur

Hasil penelitian Li, et al. yang mendapatkan rata-rata usia penderita HIV/AIDS yaitu 37,7 tahun.²⁵ Kemudian penelitian Greeff, et al. menunjukkan bahwa hasil usia rata-rata responden penelitiannya 36,8 tahun.²⁶ Nojomi, et al.

mengungkapkan bahwa usia rata-rata penderita HIV/AIDS dalam penelitiannya 35,4 tahun.²⁴ Lalu penelitian Kusuma menyebutkan bahwa rata-rata usia responden dalam penelitian ini adalah 30,43 tahun.¹⁴

Hasil penelitian Akinboro et al. menunjukkan bahwa ODHA yang berumur ≤ 30 tahun memiliki kualitas hidup yang lebih baik secara signifikan di semua domain.¹³ Penelitian Ma Liping et al. juga menyebutkan bahwa subjek berusia < 30 tahun memiliki skor yang lebih baik di semua domain ($P < 0,01$). Terdapat fakta bahwa pemuda setempat di provinsi Zhejiang lebih berpikiran terbuka dan memiliki toleransi yang lebih tinggi terhadap penyakit.¹⁰

Razavi et.al menunjukan adanya perbedaan kualitas hidup pada tingkatan usia. Menjelaskan bahwa pasien HIV yang usianya lebih dari 35 tahun memiliki kualitas hidup yang rendah. Usia yang lebih tua telah terbukti berhubungan dengan ketidakpuasan dalam hubungan sosial seseorang.²⁷ Terdapat juga penelitian oleh Mardia dkk yang menemukan kualitas hidup pada pasien semakin rendah seiring dengan pertambahan usia karena tingkat kecemasan dan depresi.²⁸

Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya yaitu penelitian oleh Novianti dkk menunjukkan tidak ada hubungan antara umur dengan kualitas hidup. Usia berkaitan dengan pola pikir dan kematangan seseorang untuk menilai jenis stressor yang datang, kemampuan beradaptasi dan mekanisme koping yang adaptif yang digunakan mempengaruhi perilaku seseorang dalam mengambil keputusan.²⁹ Terdapat juga penelitian Nojomi, Anbary dan Ranjbar menunjukkan bahwa umur tidak mempengaruhi kualitas hidup seseorang. Secara umum umur mempengaruhi kematangan psikologis dari seseorang.²⁴

Kemudian terdapat penelitian oleh Shan, et.al. pada tahun 2011 menunjukkan bahwa usia tidak mempengaruhi kualitas hidup baik dari domain fisik, psikologis dan hubungan sosial.³⁰ Riset oleh Hasanah et al. pada tahun 2010 menunjukkan bahwa usia tidak menunjukkan hubungan yang signifikan dengan kualitas hidup seseorang.³¹

Berdasarkan hasil penelitian Kusuma 2011 menunjukkan bahwa usia tidak berpengaruh terhadap kualitas hidup ODHA ($\rho = 0,30$). Secara umum, bertambahnya usia seseorang mempengaruhi kualitas hidupnya. Hal ini dikarenakan oleh perubahan fisik, sosial dan psikologis. Namun pada kasus pasien HIV/AIDS, kualitas hidup tidak

dipengaruhi oleh usia. Hal tersebut dikarenakan diagnosa HIV itu sendiri sudah menjadi *stressor* yang mempengaruhi seluruh aspek dalam kehidupan pasien. Sehingga kualitas hidup yang kurang baik tidak terbatas pada usia yang lebih tua namun juga pada usia yang lebih muda.¹⁴

2) Jenis kelamin

Perbedaan gender yang signifikan ditemukan pada kualitas hidup di semua domain.¹⁰ Penelitian Ming Z menunjukkan kualitas hidup yang lebih baik pada pria daripada wanita.⁴² Penelitian Akinboro et al. juga mengungkapkan kualitas hidup lebih baik pada pria dibanding wanita.¹³ Kemudian hasil penelitian Abboud S. et al. didapatkan bahwa perempuan dengan HIV/AIDS (ODHA) dilaporkan memiliki kualitas hidup yang paling rendah.⁴³

3) Tingkat pendidikan

Penelitian Kusuma menunjukkan bahwa paling banyak responden memiliki tingkat pendidikan tinggi (SLTA dan perguruan tinggi) sebanyak 86 orang (93,5%).¹⁴ Penelitian Greeff, et al. mengungkapkan hasil bahwa responden paling banyak memiliki pendidikan menengah ke atas.²⁶

Kualitas hidup yang lebih baik ditemukan pada orang yang berpendidikan baik, pada subjek dengan pendidikan

tersier atau lebih tinggi dilaporkan kualitas hidup yang lebih baik dalam domain fisik dan lingkungan ($P < 0,05$). Hal ini dikarenakan orang dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi memiliki sikap yang lebih waspada terhadap penyakit dengan kesadaran publik yang meningkat terhadap penyakit HIV.¹⁰

Berdasarkan penelitian Bello menunjukkan bahwa seseorang dengan pendidikan tinggi memiliki kualitas hidup lebih baik dibandingkan dengan individu dengan pendidikan rendah.³² Hasil penelitian oleh Shan et.al. menunjukkan adanya hubungan antara tingkat pendidikan dengan kualitas hidup. Tingkat pendidikan rendah (tidak sekolah) menunjukkan pengaruh yang signifikan dengan kualitas hidup pada domain psikologis dan domain hubungan sosial.³⁰

Penelitian oleh Kumar et.al. pada tahun 2013 menunjukkan bahwa ada pengaruh tingkat pendidikan dengan kualitas hidup pada penderita HIV pada domain hubungan sosial dan lingkungan.³³ Menurut Novianti dkk pendidikan sangatlah penting dalam proses penerimaan informasi kesehatan. Pasien HIV yang memiliki pendidikan tinggi memiliki kemampuan kognitif yang baik untuk menerima, mencari informasi tentang perawatan dirinya. Sehingga

pasien dengan pendidikan tinggi memiliki kualitas hidup yang baik.²⁹

Menurut Khumsaen et al. pendidikan merupakan faktor sosiodemografi yang berhubungan secara signifikan dengan kualitas hidup. ODHA dengan tingkat pendidikan tinggi memiliki kualitas hidup yang tinggi dan sebaliknya.³⁴ Berdasarkan hasil penelitian Costa et al. pada tahun 2014 tingkat pendidikan dapat mempengaruhi keterampilan manajemen diri untuk menghadapi penyakit dan berbagai permasalahan lain. Orang berpendidikan memiliki kemudahan untuk mengakses dan memahami informasi yang diperoleh.³⁵ Hasil penelitian Nirmal et al. menunjukkan bahwa tingkat pendidikan dapat meningkatkan kemampuan pasien untuk melakukan pemecahan masalah dan pengambilan keputusan secara aktif, terkait dengan penyakitnya.³⁶

Terdapat pula penelitian yang berbeda yakni penelitian yang dilakukan oleh Magfirah pada tahun 2014 hasilnya menunjukkan tingkat pendidikan tidak memiliki pengaruh terhadap kualitas hidup ODHA di YPKDS dikarenakan setiap bulan pihak yayasan melakukan pertemuan secara rutin pada teman-teman ODHA untuk

memberikan informasi dan pengetahuan baru terkait HIV dan AIDS.³⁷

Hasil riset Zainudin pada tahun 2016 menunjukkan bahwa tidak terdapat pengaruh pendidikan terhadap kualitas hidup ODHA. Zainudin mengungkapkan walaupun responden memiliki tingkat pendidikan yang rendah, tetapi responden memiliki pengetahuan baik tentang penyakitnya, dikarenakan setiap bulannya pihak LSM melakukan pertemuan secara rutin pada teman-teman ODHA untuk memberikan informasi dan pengetahuan baru terkait HIV dan AIDS. Mereka diberikan informasi dan pengetahuan mengenai dasar HIV dan AIDS, pengobatan ARV, perkembangan pengetahuan lain yang menunjang peningkatan kualitas hidup ODHA.³⁸

4) Pekerjaan

Hasil penelitian Kusuma menunjukkan mayoritas responden bekerja sebanyak 73 orang (79,3%).¹⁴ Penelitian Bimal Charles et al. berupa analisis multivariat menunjukkan bahwa kualitas hidup lebih buruk pada pekerja lepas.¹¹ Kualitas hidup yang rendah dipengaruhi oleh pengangguran.⁴⁴ Kemudian penelitian Ma Liping et al. menyebutkan ada perbedaan statistik dalam skor domain

fisik, sosial, dan lingkungan antara responden dengan pekerjaan petani dan bukan petani.¹⁰

Berdasarkan hasil penelitian Hardiansyah pada tahun 2014 menyebutkan bahwa pekerjaan responden yang berperan sebagai ibu rumah tangga memiliki kualitas hidup aspek fisik yang kurang. Hal ini disebabkan karena jika pasien bekerja memiliki kondisi yang lebih baik, secara fisik tidak mengalami masalah sehingga dapat beraktifitas dan bekerja sebagaimana orang sehat.³⁹

Hasil penelitian ini Magfirah dkk menunjukkan hasil yang berbeda yakni tidak ada pengaruh status pekerjaan terhadap kualitas hidup ODHA. Hal tersebut terjadi karena ODHA memiliki kesadaran untuk memperoleh kualitas hidup yang lebih baik dengan tetap menjaga kesehatannya.³⁷

Menurut Zainudin tidak terdapat pengaruh pekerjaan terhadap kualitas hidup ODHA. Hal ini disebabkan karena ODHA ingin tetap hidup sehat, sehingga walaupun mereka sibuk dengan pekerjaan, mereka tetap minum obat teratur. Dan mereka tetap mendapat support dari keluarga dan teman-teman sehingga mereka tidak lupa minum obat.³⁸

5) Kepatuhan terhadap ARV

Penelitian Ma Liping menunjukkan bahwa ARV ditemukan menjadi faktor terkuat pertama yang

mempengaruhi kualitas hidup Orang dengan HIV/AIDS (ODHA). Mereka yang menggunakan ARV memiliki skor yang relatif lebih tinggi di semua domain dibandingkan dengan yang tidak menggunakan ARV ($P < 0,05$). Sedangkan ketidakpatuhan terhadap ARV memiliki efek negatif pada dimensi fisik kualitas hidup dari semua responden¹⁰

Terdapat penelitian Igumbor et al. menunjukkan hubungan yang signifikan antara penggunaan ARV dengan peningkatan indikator kualitas hidup.⁴⁵ Bhargava et al. menemukan bahwa kualitas hidup pada pasien yang menerima ARV meningkat secara signifikan dengan peningkatan jumlah CD4.⁴⁶

Penelitian longitudinal oleh Pitt J et al. menunjukkan peningkatan yang signifikan dalam kualitas hidup setelah dari tindak lanjut inisiasi ARV selama 7 bulan.⁴⁷ Lalu penelitian Wouters et al. juga menunjukkan peningkatan yang signifikan dalam kualitas hidup setelah dari tindak lanjut inisiasi ARV selama 24 bulan.⁴⁸ Penelitian Mweete et al. menunjukkan bahwa ARV efektif dalam meningkatkan kualitas hidup.⁴⁹

Penelitian Riberio RM di Belanda pada tahun 2008 juga menunjukkan bahwa tingkat pertumbuhan sel CD4 tinggi selama tahun pertama ARV, dan setelah itu akan

mengalami beberapa fluktuasi karena perubahan fungsi kekebalan individu, ketidakpatuhan, obat efek samping dan faktor lainnya.⁵⁰

Kemudian pada penelitian Bimal Charles et al. ditemukan hubungan yang signifikan antara kegagalan ARV dengan kualitas hidup yang buruk (OR = 2.1; 1.1-4, 1, p <.05).¹¹ Berdasarkan penelitian Mardia dkk diungkapkan bahwa kualitas hidup pasien lebih baik pada mereka yang menjalani ARV \geq 29 bulan.⁵¹ Berdasarkan penelitian Pitt J di Afrika Selatan pada tahun 2009 mengungkapkan bahwa peningkatan yang signifikan dalam kualitas hidup selama 7 bulan dari tindak lanjut setelah inisiasi ARV.⁴⁷

6) Dukungan sosial

Orang dengan HIV/AIDS yang menerima kurang atau sedang dukungan sosial (p <.05) cenderung mempunyai kualitas hidup yang rendah.¹¹ Penelitian Deribew et al. menunjukkan meskipun tidak signifikan secara statistik kurangnya dukungan sosial memiliki efek negatif pada dimensi fisik kualitas hidup dari ODHA.⁵²

Berdasarkan Sarah et al. didapatkan hasil bahwa kualitas hidup yang rendah dipengaruhi oleh dukungan sosial yang buruk.⁵³ Penelitian Rueda et al. menunjukkan bahwa dukungan sosial adalah prediktor yang sangat penting dari

kualitas hidup penderita HIV.⁴⁴ Hasil penelitian Mutabazi-Mwesigire et al. menyebutkan bahwa kualitas hidup bergantung pada dukungan sosial.⁵⁴

7) Sumber pendapatan

Terdapat penelitian Kusuma yang menyebutkan bahwa penghasilan keluarga paling banyak berpenghasilan tinggi yaitu berjumlah 63 orang (79,3%).¹⁴ Penelitian Bimal Charles et al. berupa analisis multivariat menunjukkan bahwa kualitas hidup yang buruk pada kelompok berpenghasilan rendah (≤ 2.000 INR per bulan).¹¹ Kemudian penelitian Deribew et al. mengungkapkan meskipun tidak signifikan secara statistik, tidak adanya sumber pendapatan memiliki efek negatif pada dimensi fisik kualitas hidup dari ODHA. Kualitas hidup yang rendah dipengaruhi oleh keuangan.⁵²

Terdapat penelitian Rueda et al. didapatkan hasil bahwa status sosial ekonomi adalah prediktor yang sangat penting dari kualitas hidup penderita HIV.⁴⁴ Responden dengan penghasilan keluarga rendah beresiko 2,021 kali untuk memiliki kualitas hidup kurang baik dibanding responden dengan penghasilan keluarga tinggi (OR=95% CI:0,51-4,07).¹⁴

Menurut Setiyorini pada tahun 2015 responden dengan penghasilan < 1 juta memiliki kualitas hidup aspek

psikologis yang cukup. Hal ini dapat disebabkan karena pasien yang memiliki penghasilan kecil dan memiliki ketergantungan kepada yang lain dalam memenuhi kebutuhannya memiliki kualitas hidup aspek mental yang rendah.⁴⁰ Feng et al pada tahun 2015 mengungkapkan ODHA yang memiliki penghasilan lebih baik dan hidup dalam kondisi yang lebih baik.⁴¹

Terdapat penelitian yang mengemukakan hasil yang berbeda yakni penelitian Zainudin yang menunjukkan bahwa penghasilan tidak berpengaruh terhadap kualitas hidup ($\rho = 0,70$).³⁸

8) Depresi

Kualitas hidup yang rendah dipengaruhi oleh depresi.⁵⁵ Penelitian Bimal Charles menunjukkan bahwa hubungan yang signifikan antara depresi berat dengan kualitas hidup yang buruk (OR=2,7; 1,1-6,7, $p<.05$). ODHA yang mengalami depresi berat beresiko 1,4 (1,0-1,8; $p=0,07$) dan 1,5 (1,1 - 2.1; $p<.05$) kali lebih mungkin untuk mengalami kualitas hidup yang rendah pada domain psikologis dan lingkungan.¹¹

9) Stigma

Hasil penelitian Mutabazi-Mwesigire et al. menunjukkan bahwa kualitas hidup bergantung pada stigma.⁵⁴ Penelitian Zelaya et al. mengungkapkan bahwa stigma HIV/AIDS dapat sangat merusak kualitas hidup (QOL) orang yang hidup dengan HIV dengan mengurangi akses dan kualitas perawatan. Hal ini mempengaruhi kepatuhan terapi sehingga berpotensi meningkatkan risiko transmisi.⁵⁶

Berdasarkan penelitian Mahalakshmy et al. didapatkan hasil bahwa ODHA yang mengalami stigma lebih tinggi memperoleh skor yang lebih rendah secara psikologis, lingkungan dan spiritualitas/agama/kepercayaan pribadi dari kualitas hidup.¹² Penelitian Bimal Charles et al. menunjukkan hasil bahwa ODHA yang memiliki stigma diri yang parah beresiko 1,4 (1,1 - 1,8) kali lebih mungkin untuk memiliki kualitas hidup yang buruk pada domain lingkungan ($p < .05$).¹¹

10) Lama diagnosa

Penelitian Ethel di Semarang pada tahun 2016 mengungkapkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara lama menderita dengan kualitas hidup pada domain psikologis pasien HIV/AIDS RSUP Dr. Kariadi.¹⁵ Kemudian riset oleh Novianti dkk pada tahun 2015 menyatakan terdapat

hubungan antara lama menderita dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS. Pasien dengan infeksi HIV lebih lama memiliki kualitas hidup yang rendah.²⁹

3. Konseptual Model *Health-Related Quality of Life*

Konsep kualitas hidup berbeda dari kesehatan, meskipun masih berkaitan. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi keseluruhan kualitas hidup yaitu ekonomi, politik, budaya, dan spiritual. Konsep kualitas hidup dibagi menjadi lima tingkatan yaitu faktor biologis dan fisiologis, status gejala, status fungsional, persepsi kesehatan umum, dan keseluruhan kualitas hidup.

a. Faktor Biologis dan Fisiologis

Penentu paling mendasar status kesehatan adalah molekuler dan faktor genetik, tetapi di model ini diawali dengan faktor biologis dan fisiologis karena ini umumnya sudah dikonsept, diubah, diukur, dan diterapkan pada praktik klinis secara rutin. Penilaian faktor biologis dan fisiologis fokus pada fungsi sel, organ, dan sistem organ. Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kesehatan pada dasarnya melalui mediasi oleh perubahan sel, atau organ, atau fungsi sistem organ.

b. Status Gejala

Ketika gejala dinilai, fokus bergeser dari sel dan organ tertentu menjadi organisme secara keseluruhan. Beberapa perbedaan kelas gejala dijelaskan seperti gejala fisik didefinisikan

sebagai persepsi, perasaan atau bahkan keyakinan tentang keadaan tubuh kita. Gejala psikofisik dianggap sebagai gejala utama dirawat dengan kesehatan mental. Gejala emosional atau psikologis dikonsepsikan seperti rasa takut, khawatir, dan frustrasi. Gejala didefinisikan sebagai persepsi pasien tentang suatu fisik yang abnormal, emosional, atau pernyataan kognitif. Proses-proses gejala pasien dipengaruhi oleh sejumlah demografis dan faktor budaya.

c. Status Fungsional

Status Fungsional berarti menilai kemampuan individu untuk melakukan tugas tertentu yang sudah ditentukan. Status gejala adalah salah satu determinan penting dari status fungsional. Faktor spesifik pasien lainnya juga penting seperti kepribadian dan motivasi. Empat domain status fungsional yang biasanya diukur adalah fungsi fisik, fungsi sosial, fungsi peran, dan fungsi psikologis.

Sebuah studi terhadap Human Immunodeficiency Virus (HIV) pasien positif yang memiliki kombinasi gejala dan variabel sosiodemografi dijelaskan dari 25% hingga 39% dari variabilitas dalam serangkaian ukuran fungsi dan kesejahteraan. Pada studi tersebut pasien dengan AIDS didapatkan skor kelelahan dan gejala fisik 55% dari variabilitas dalam fungsi fisik.

d. Persepsi Kesehatan Umum

Dua karakteristik umum yang menonjol persepsi kesehatan adalah bahwa mereka merepresentasikan konsep kesehatan yang sebelumnya seperti kesehatan mental, dan rating subjektif. Pentingnya persepsi kesehatan umum muncul dari observasi prediktor penggunaan medis umum dan layanan kesehatan mental, juga sebagai prediktor kuat kematian, bahkan setelah mengendalikan faktor klinis.

e. Kualitas Hidup secara Keseluruhan

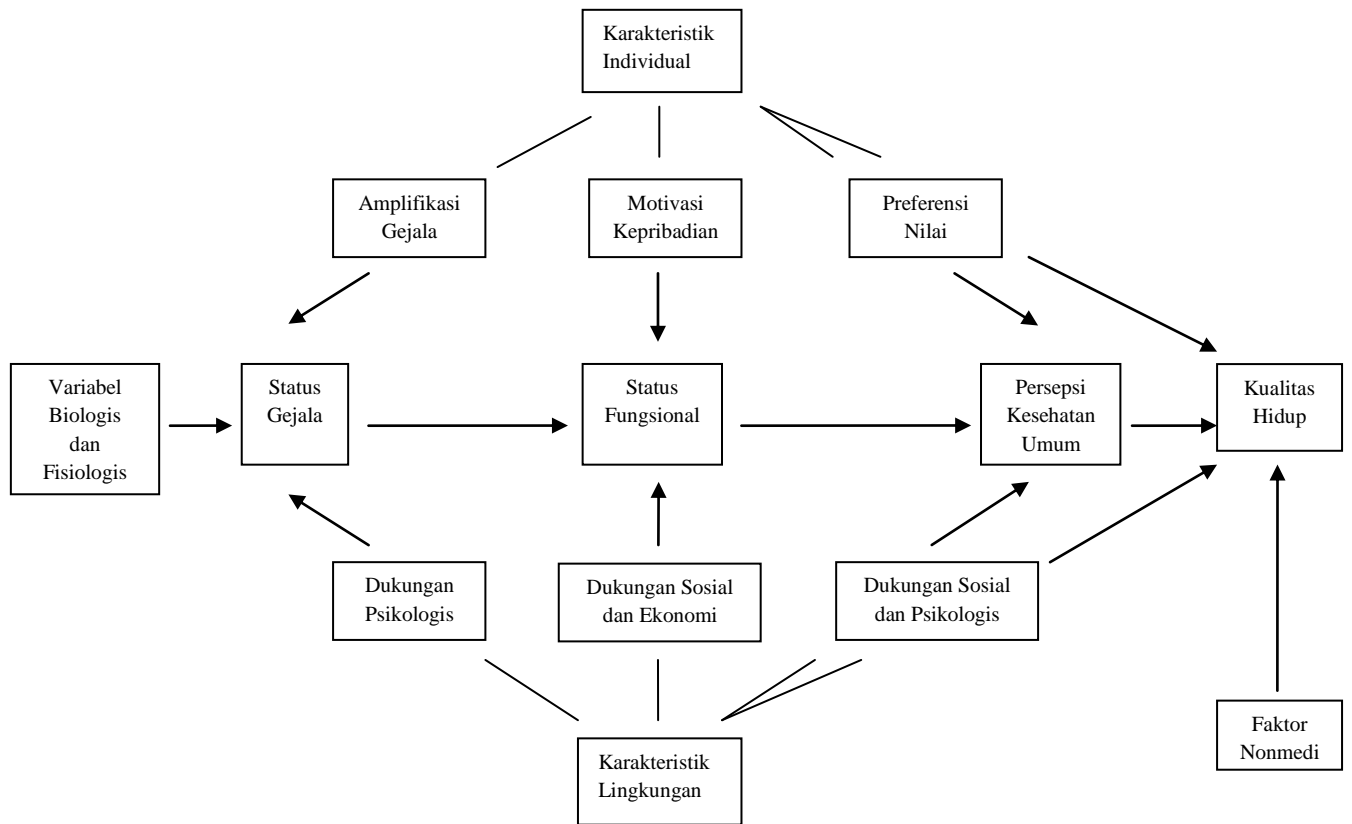
Peneliti sering menilai kesejahteraan subjektif responden secara umum dengan ukuran seberapa senang dan atau kepuasan dengan hidup responden secara keseluruhan. Pengalaman dapat dianggap sebagai ringkasan ukuran kualitas hidup. Tingkat status fungsional yang lebih rendah tidak terkait dengan tingkat kepuasan yang lebih rendah.

Konsep kualitas hidup menjelaskan peran preferensi atau nilai-nilai pasien bermain peran penting di beberapa titik di model tersebut. Bagi setiap individu, gejala-gejala tertentu lebih memberatkan daripada yang lain, dan individu tersebut akan memilih untuk tidak memiliki gejala.

Kemudian konsep ini juga membahas peran emosional atau model faktor psikologis. Gejala psikologis adalah perasaan seperti depresi atau kecemasan, dan gangguan fungsi psikologis adalah

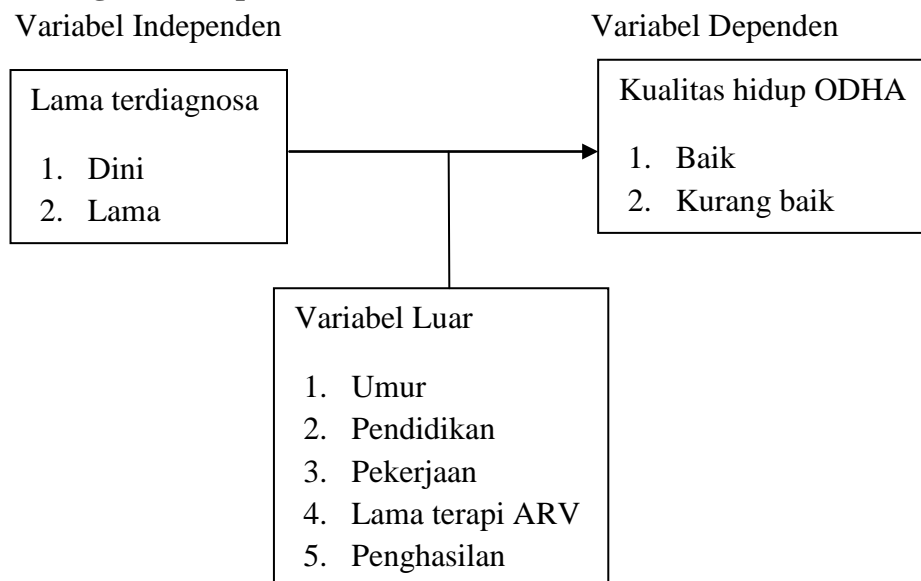
ketidakmampuan untuk menyelesaikan tugas yang membutuhkan kesehatan psikologis seperti mempersulit keputusan atau menangani situasi yang membuat stres. Faktor emosional atau psikologis seperti depresi bisa diklasifikasikan tiga cara berbeda. Beberapa berpendapat bahwa depresi memiliki komponen biologis yang kuat. Skala yang secara khusus menilai gejala emosional yang terkait dengan depresi dapat mengklasifikasikan depresi sebagai ukuran status gejala. Terlepas dari bagaimana faktor emosional atau psikologis diklasifikasikan, faktor ini dapat memiliki hubungan sebab akibat dengan variabel di setiap tingkat model. Gejala psikologis lain seperti kecemasan, ketakutan, dan keputusasaan. Gejala fisik yang memburuk, gangguan fungsional, dan rendahnya kualitas hidup secara keseluruhan, semua dapat menyebabkan depresi, kecemasan, dan ketakutan.⁵⁷

B. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka teori konseptual *Health-Related Quality of Life*⁵⁷

C. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka konsep

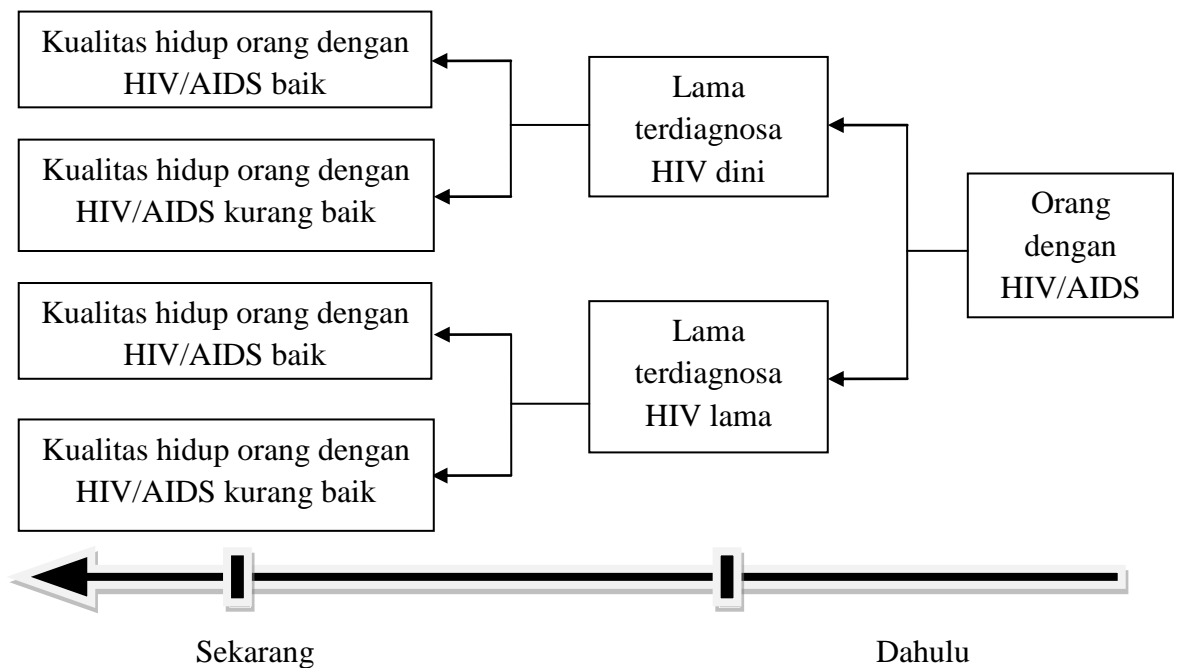
D. Hipotesis

1. Ada hubungan lama terdiagnosa dengan kualitas hidup pada orang dengan HIV/AIDS.
2. Ada hubungan variabel luar yaitu umur, pendidikan, pekerjaan, lama terapi ARV, dan penghasilan dengan kualitas hidup pada orang dengan HIV/AIDS.

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kohort retrospektif. Rancangan kohort retrospektif merupakan rancangan penelitian dengan mengelompokkan atau mengklasifikasikan kelompok terpapar dengan tidak terpapar, untuk kemudian diamati sampai waktu tertentu untuk melihat ada tidaknya fenomena. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan lama terdiagnosa dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS. Dalam rancangan penelitian ini digunakan 2 kelompok yaitu kelompok dengan terdiagnosa dini dan kelompok dengan terdiagnosa lama. Perlakuan pada kedua kelompok sebagai berikut :



Gambar 3. Desain penelitian

B. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Populasi juga bukan sekedar jumlah yang ada pada obyek/subyek yang dipelajari, tetapi meliputi seluruh karakteristik/sifat yang dimiliki oleh subyek atau obyek yang diteliti itu.⁵⁹ Populasi yang diambil peneliti adalah orang yang hidup dengan HIV/AIDS sebanyak 1.554 orang di Yayasan Victory Plus Jalan Tunggorono No. 5, Mrican, Caturtunggal, Kecamatan Depok, Kabupaten Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta.

2. Sampel

Sampel merupakan bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi. Kriteria inklusi merupakan kriteria yakni subyek penelitian dapat mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah orang dengan HIV/AIDS yang berumur ≥ 18 tahun, bisa membaca dan menulis, berdomisili di Daerah Istimewa Yogyakarta, dan bersedia menjadi responden. Kriteria eksklusi merupakan kriteria yakni subjek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi

syarat sebagai sampel penelitian.⁵⁹ Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah orang dengan HIV/AIDS dengan kondisi fisik yang tidak memungkinkan dan yang tidak menyelesaikan proses penelitian.

3. Teknik sampling

Teknik sampling merupakan suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel akan mewakili keseluruhan populasi yang ada. Penelitian ini menggunakan *consecutive sampling* yaitu pengambilan sampel dilakukan dengan memilih sampel yang memenuhi kriteria penelitian sampai kurun waktu tertentu sehingga jumlah kasus sampel terpenuhi.⁵⁹ Sampel penelitian dibagi menjadi dua kelompok yaitu orang dengan HIV/AIDS di Yayasan Victory Plus yang terdiagnosa dini dan orang dengan HIV/AIDS di Yayasan Victory Plus yang terdiagnosa lama. Kriteria hingga jumlah sampel terpenuhi mencapai satu minggu.

4. Perhitungan sampel

Perhitungan sampel minimal menggunakan rumus Lemeshow (1997):

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} + z_1 - \beta \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Keterangan :

n : besar sampel minimum

P_2 : Perkiraan probabilitas outcome (-) pada populasi dua (46% = 0.46)

P_1 : Perkiraan probabilitas outcome (+) pada populasi satu

$$P_2 \times RR = 0.46 \times 2 = 0.92$$

$$P : \frac{(P_1 + P_2)}{2} = \frac{(0.92 + 0.46)}{2} = 0.69$$

$Z_{1-\alpha/2}$: nilai distribusi normal baku (tabel Z) pada α tertentu

$Z_{1-\beta}$: nilai distribusi normal baku (tabel Z) pada β tertentu

$$n = \frac{[1.96\sqrt{2 \times 0.69(1 - 0.69)} + 1.28\sqrt{0.92(1 - 0.92) + 0.46(1 - 0.46)}]^2}{(0.92 - 0.46)^2}$$

$$n = \frac{[1.96\sqrt{2 \times 0.69 \times 0.31} + 1.28\sqrt{0.07 + 0.25}]^2}{(0.46)^2}$$

$$n = \frac{[1.96\sqrt{0.43} + 1.28\sqrt{0.32}]^2}{0.21}$$

$$n = \frac{[1.96 \times 0.65 + 1.28 \times 0.56]^2}{0.21}$$

$$n = \frac{[1.27 + 0.72]^2}{0.21}$$

$$n = \frac{[1.99]^2}{0.14} \quad n = 18.86 = 19$$

Berdasarkan perhitungan di atas, maka jumlah sampel 19 responden untuk masing-masing kelompok.

C. Waktu dan Tempat Penelitian

Waktu penelitian ini dilakukan pada pada Bulan Oktober tahun 2018 sampai dengan Bulan Mei tahun 2019. Tempat penelitian ini adalah di Yayasan Victory Plus Jalan Tunggorono No. 5, Mrican, Caturtunggal, Kecamatan Depok, Kabupaten Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta.

D. Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah suatu atribut atau sifat atau nilai dari orang, obyek atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulannya. Variabel bebas merupakan variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel dependen (terikat). Variabel bebas/independen dalam penelitian ini yaitu lama terdiagnosa. Variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat, karena adanya variabel bebas.⁵⁸ Variabel terikat dalam penelitian ini yaitu kualitas hidup pada orang dengan HIV/AIDS. Variabel luar atau moderator merupakan variabel yang memperkuat atau memperlemah hubungan variabel independen dan dependen yang mempengaruhi kedua variabel tersebut.⁵⁹ Variabel luar dari penelitian ini yaitu umur, pendidikan, pekerjaan, lama terapi ARV, dan penghasilan.

E. Definisi Operasional

Tabel 1. Definisi Operasional Variabel

Variabel	Definisi operasional	Instrumen	Hasil ukur	Skala
Variabel bebas				
Lama terdiagnosa	Satuan waktu yang mengukur waktu keberadaan seseorang yang dihitung dari waktu awal terdiagnosa HIV sampai mengisi angket penelitian	Angket	1. Dini : < 32 bulan = 0 2. Lama : \geq 32 bulan = 1	Nominal
Variabel terikat				
Kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS	Evaluasi multidimensi subjektif dari fungsi dan kesejahteraan seseorang dalam kehidupan sehari-hari, persepsi individu terhadap domain yang menggambarkan kualitas hidup yaitu kesejahteraan fisik, psikologis, dan hubungan sosial	Kuesioner	1. Baik : \geq 75 = 0 2. Kurang baik : < 75 = 1	Nominal
Variabel luar				
Umur	Satuan waktu yang mengukur waktu keberadaan seseorang yang dihitung dari waktu kelahiran sampai waktu penelitian	Angket	1. < 30 tahun = 0 2. \geq 30 tahun = 1	Nominal
Pendidikan	Aktivitas menuntut ilmu terakhir yang didapatkan responden secara formal di sekolah	Angket	1. Tinggi : \geq SMA = 0 2. Rendah : < SMA = 1	Nominal
Pekerjaan	Aktivitas rutin yang dilakukan responden sehari-hari baik memperoleh penghasilan ataupun tidak	Angket	1. Bekerja = 0 2. Tidak bekerja = 1	Nominal
Lama terapi ARV	Satuan waktu yang mengukur waktu keberadaan seseorang yang dihitung dari waktu awal menggunakan terapi ARV sampai mengisi angket penelitian	Angket	1. \geq 29 bulan = 0 2. < 29 bulan = 1	Nominal
Penghasilan	Tingkat penghasilan per bulan berdasarkan garis kemiskinan dengan pendekatan standar minimal pendapatan keluarga (senilai dengan UMR)	Angket	1. Tinggi : \geq Rp 1.700.000 = 0 2. Rendah : < Rp 1.700.000 = 1	Nominal

F. Jenis dan Teknik Pengumpulan data

1. Jenis data

Jenis data dalam penelitian ini adalah data primer. Data primer adalah data yang didapatkan oleh peneliti secara langsung.

2. Teknik pengumpulan data

Teknik pengumpulan data pada penelitian ini adalah melalui penyebaran kuesioner untuk mengetahui kualitas hidup pada orang dengan HIV/AIDS. Kuesioner *Quality of Life* (WHOQOL-BREFF) dipengaruhi oleh empat aspek yaitu: kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Kuesioner ini pernah digunakan oleh penelitian sebelumnya dan sudah teruji validitas dan reliabilitasnya.

G. Instrumen dan Bahan Penelitian

Instrumen dan bahan yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Lembar inform consent, digunakan sebagai persetujuan tertulis dari responden.
2. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan kuesioner kualitas hidup WHOQOL yang terdiri dari 26 pertanyaan yang terbagi dalam empat aspek yaitu kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan

Tabel 2. Distribusi Item Skala Kualitas Hidup

Aspek	<i>Favourable</i>	<i>Unfavourable</i>
Kesejahteraan fisik	10, 15, 16, 17, 18	3, 4
Kesejahteraan psikologis	5, 6, 7, 11, 19	26
Hubungan sosial	20, 21, 22	
Hubungan dengan lingkungan	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25	

Skala terdiri dari beberapa tipe skala yaitu kualitas, kepuasan, dan frekuensi. Tipe skala kualitas memiliki beberapa alternatif jawaban yaitu sangat baik (SB), baik (B), biasa saja (BS), buruk (BR), dan sangat buruk (SBR). Skala yang memiliki tipe kepuasan memiliki beberapa alternatif jawaban seperti sangat memuaskan (SM), memuaskan (M), biasa saja (BS), tidak memuaskan (TM), dan sangat tidak memuaskan (STM). Skala dengan tipe frekuensi memiliki dua pilihan jawaban yaitu sangat sering (SS), sering (S), sedang (SD), sedikit (ST), dan tidak sama sekali (TSS) dan alternatif jawaban lain seperti selalu (S), sangat sering (SS), cukup sering (CS), jarang (J), dan tidak pernah (TP). Jawaban skala kualitas hidup menggunakan skala Likert yaitu 1-5, kemudian dilakukan skoring pada tiap domain, lalu skor tersebut dijumlahkan. Kemudian ditransformasikan ke tabel menjadi skala 4-20. Setelah itu ditransformasikan ke tabel menjadi skala 0-100, nilai 0 untuk kualitas hidup terburuk dan nilai 100 untuk kualitas hidup terbaik. Semakin tinggi skor yang diperoleh maka semakin tinggi tingkat kualitas hidup individu. Sebaliknya, semakin rendah skor yang diperoleh maka kualitas hidup individu semakin rendah.

H. Prosedur penelitian

1. Tahap persiapan penelitian
 - a. Mengurus permohonan *Ethical Clearence* di Komite Etik Poltekkes Kemenkes Yogyakarta.
 - b. Mengurus surat-surat permohonan izin penelitian melalui pihak Poltekkes Kemenkes Yogyakarta Jurusan Kebidanan dan Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Sleman.
 - c. Membawa surat permohonan penelitian ke tempat penelitian.
 - d. Berkoordinasi dengan pihak untuk penentuan jadwal dan lokasi penelitian.
2. Tahap pelaksanaan penelitian
 - a. Menjelaskan kepada pengurus yayasan mengenai maksud dan tujuan penelitian.
 - b. Melakukan *briefing* dengan pengurus yayasan yang bertindak sebagai enumerator. Menjelaskan mengenai prosedur penelitian yaitu diawali dengan memberikan inform consent kepada responden. Selanjutnya memberikan kuesioner kualitas hidup kepada responden.
 - c. Menjelaskan kepada pengurus yayasan cara mengisi identitas dan kuesioner penelitian.
 - d. Menjelaskan cara mengisi kuesioner yaitu dengan memberi tanda silang pada kotak pilihan jawaban sesuai dengan

kondisi responden yang sebenarnya. Waktu pengisian kuesioner selama 30 menit.

- e. Memberikan waktu kepada pengurus yayasan untuk bertanya apabila ada yang belum dimengerti .
- f. Pengurus yayasan mempunyai daftar orang dengan HIV/AIDS. Kemudian pengurus yayasan mendatangi masing-masing rumah responden dan memberikan kuesioner. Hal tersebut dilakukan dalam jangka waktu satu minggu untuk total seluruh responden.
- g. Kemudian pengurus yayasan memberikan lembar kuesioner yang sudah diisi responden kepada peneliti.
- h. Peneliti bersama pengurus yayasan meneliti kelengkapan pengisian kuesioner.

3. Tahap penyelesaian

- a. Mengolah data dan menginterpretasikan hasil penelitian.
- b. Konsultasi hasil penelitian dengan dosen pembimbing dan revisi hasil penelitian.
- c. Melakukan sidang hasil penelitian, revisi hasil penelitian, dan pengesahan hasil penelitian.

I. Manajemen Data

1. Pengolahan data

a. Memeriksa (*editing*)

Kuesioner yang terkumpul dan telah diisi oleh responden akan dilakukan penyuntingan. Peneliti memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan dari responden.

b. Pemberian kode (*coding*)

Coding adalah kegiatan mengubah data yang berbentuk kalimat menjadi bilangan. Kode bilangan yang digunakan pada setiap variabel sesuai kriteria yang telah dijelaskan pada definisi operasional variabel.

Tabel 3. Pengkodean pada variabel

No	Variabel	Kode	Definisi
1.	Lama diagnosa	0	Dini
		1	Lama
2.	Umur	0	< 30 tahun
		1	≥ 30 tahun
3.	Pendidikan	0	Tinggi
		1	Rendah
4.	Pekerjaan	0	Bekerja
		1	Tidak bekerja
5.	Lama terapi ARV	0	≥ 29 bulan
		1	< 29 bulan
6.	Penghasilan	0	Tinggi
		1	Rendah

c. Pemberian skor (*scoring*)

Scoring merupakan kegiatan pemberian skor pada variabel terikat. Skala WHOQOL-BREF terdiri dari beberapa tipe skala yaitu kualitas, kepuasan, dan frekuensi. Pemberian skor dalam setiap aitem bergerak dari angka 1

sampai dengan 5. Tipe skala kualitas memiliki beberapa alternatif jawaban yaitu sangat baik (SB), baik (B), biasa saja (BS), buruk (BR), dan sangat buruk (SBR). Pada tipe skala kualitas, aitem yang bersifat *favorable* diberikan nilai SB=5, B=4, BS=3, BR=2, dan SBR=1. Sedangkan pada aitem yang bersifat *unfavorable* nilai SBR=5, BR=4, BS=3, B=2, dan SB=1.

Skala yang memiliki tipe kepuasan memiliki beberapa alternatif jawaban seperti sangat memuaskan (SM), memuaskan (M), biasa saja (BS), tidak memuaskan (TM), dan sangat tidak memuaskan (STM). Aitem yang bersifat *favorable* pada skala kepuasan diberi nilai SM=5, M=4, BS=3, TM=2, dan STM=1. Sementara aitem yang bersifat *unfavorable* dinilai STM=5, TM=4, BS=3, M=2, dan SM=1.

Skala dengan tipe frekuensi memiliki dua pilihan jawaban. Pilihan jawaban pertama memiliki lima alternatif respon yaitu sangat sering (SS), sering (S), sedang (SD), sedikit (ST), dan tidak sama sekali (TSS). Aitem yang bersifat *favorable* diberikan nilai SS=5, S=4, SD=3, ST=2, dan TSS=1. Sedangkan untuk aitem yang bersifat *unfavorable* respon TSS=5, ST=4, SD=3, S=2, dan SS=1. Skala tipe frekuensi yang kedua memiliki beberapa

alternatif jawaban seperti selalu (S), sangat sering (SS), cukup sering (CS), jarang (J), dan tidak pernah (TP). Aitem yang bersifat *favorable* diberikan nilai S=5, SS=4, CS=3, J=4, dan TP=1. Sedangkan untuk item *unfavorable* nilai TP=5, J=4, CS=3, SS=2, dan S=1.

d. Memasukkan data (*data entry*)

Data entry merupakan kegiatan memasukkan informasi yang telah di *coding* ke dalam program pengolahan data, pada penelitian ini menggunakan komputer.

e. *Cleaning*

Setelah semua data dimasukkan maka selanjutnya peneliti akan memeriksa ulang kelengkapan dan ketepatan pengisian data.

f. Menyusun data (*tabulating*)

Tabulating dilakukan dengan mengorganisasikan data yang terkumpul dalam bentuk tabel agar mudah dijumlah, disusun, ditata, disajikan, dan dianalisis.

2. Analisis data

a. Analisis univariat

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Analisis ini menghasilkan distribusi frekuensi dan

presentase dari tiap variabel.⁶⁰ Pada penelitian ini analisis univariat terdiri dari lama diagnosa HIV/AIDS, kualitas hidup pada orang dengan HIV/AIDS, umur, pendidikan, pekerjaan, lama terapi ARV, dan penghasilan.

b. Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi.⁶⁰ Untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen maka variabel independen ditabulasi-silangkan dengan variabel dependen dan masing-masing variabel luar dengan variabel dependen. Selanjutnya pada tabulasi silang 2x2 akan diketahui nilai RR (*Relative Risk*). Kemudian akan dilakukan uji statistik menggunakan *Chi-square* untuk mengetahui kemaknaan hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen dan variabel luar dengan variabel dependen. Jika $p \text{ value} < 0,05$ maka terdapat hubungan yang bermakna secara statistik.

c. Analisis multivariat

Analisis multivariat adalah metode statistik yang digunakan untuk mengetahui hubungan lebih dari satu variabel independen dengan satu variabel dependen.⁶⁰ Analisis multivariat yang digunakan yaitu analisa regresi

logistik (*logistic regression*) yang digunakan untuk uji variabel yang telah dilakukan analisis bivariat dan hasilnya nilai p nya $< 0,25$.

I. Etika Penelitian

1. Hak untuk dihargai *privacy*-nya

Sebelum memulai penelitian, peneliti meminta *inform consent* sebagai persetujuan kesediaan mengikuti penelitian. Hal ini dilakukan karena pengisian kuesioner akan mengganggu waktu luang responden.

2. Hak untuk dihargai kerahasiaan informasinya

Pengolahan data nama responden diganti menggunakan kode nomer. Hal tersebut untuk menjaga hak pribadi responden sehingga tetap dijaga kerahasiaannya.

3. Hak untuk memperoleh jaminan keamanan atau keselamatan akibat dari informasi yang diberikan

Penelitian akan memberikan jaminan bahwa jawaban atas kuesioner yang diisi tidak akan mempengaruhi keamanan atau keselamatan responden.

4. Hak untuk memperoleh imbalan atau kompensasi

Peneliti memberikan kompensasi pada subjek berupa souvenir.

J. Kelemahan Penelitian

Peneliti menyadari bahwa dalam penelitian ini terdapat banyak kelemahan diantaranya:

1. Tidak mampu mengeksplor metode penelitian secara kualitatif yaitu berupa interview lebih mendalam pada responden yang spesifik.
2. Tergantung keeriusan pengisian kuesioner oleh responden.
3. Variabel yang digunakan dalam penelitian ini belum mewakili semua faktor yang mempengaruhi kualitas hidup Orang dengan HIV/AIDS. Variabel lain yang belum diteliti dalam penelitian ini seperti jenis kelamin, dukungan sosial, depresi, dan stigma.

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Karakteristik Tempat Penelitian

Yayasan Victory Plus adalah salah satu yayasan yang bergerak dalam memberikan dukungan langsung kepada orang yang terdampak dengan HIV dan AIDS. Yayasan ini terletak di Jalan Tunggoro No.5, Mrican, Sleman. Yayasan Victory Plus merupakan kelompok pengagas dukungan sebaya dan pemberdayaan ODHA yang berdiri sejak tahun 2004. Yayasan tersebut melakukan pemberdayaan ODHA dan OHIDHA serta mendorong keterlibatan ODHA dan OHIDHA dalam penanggulangan HIV dan AIDS. Terdapat berbagai kegiatan yang dilakukan oleh yayasan meliputi pemberdayaan ODHA lewat KDS (Kelompok Dukungan Sebaya) yang tersebar di seluruh Kabupaten di DIY, **pendampingan ODHA dan OHIDHA di rumah, pendampingan ODHA dan OHIDHA di Rumah Sakit, peningkatan penghasilan ODHA, pelatihan dan sosialisasi HIV/AIDS.**

2. Tingkat Kualitas Hidup pada ODHA

Hasil analisis univariabel dilakukan untuk mengetahui distribusi frekuensi dan presentase dari setiap variabel yaitu lama terdiagnosa, kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS, umur, pendidikan, pekerjaan, lama terapi ARV, dan penghasilan.

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kualitas Hidup Orang dengan HIV/AIDS

Kualitas Hidup Orang dengan HIV/AIDS	Frekuensi	%
Baik	8	21,1
Kurang baik	30	78,9
Jumlah	38	100

Berdasarkan Tabel 4. dapat diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki kualitas hidup kurang baik yaitu berjumlah 30 orang (78,9%).

3. Ditribusi Frekuensi pada ODHA Berdasarkan Variabel Luar

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Variabel Luar

No	Variabel	Frekuensi	%
1.	Umur		
	< 30 tahun	14	36,8
	≥ 30 tahun	24	63,2
2.	Pendidikan		
	Tinggi	34	89,5
	Rendah	4	10,5
3.	Pekerjaan		
	Bekerja	33	86,8
	Tidak Bekerja	5	13,2
4.	Lama terapi ARV		
	≥ 29 bulan	21	55,3
	< 29 bulan	17	44,7
5.	Penghasilan		
	Tinggi	24	63,2
	Rendah	14	36,8

Berdasarkan Tabel 5. dapat diketahui bahwa dari keseluruhan responden yang diteliti berumur ≥ 30 tahun berjumlah 24 orang (63,2%). Kemudian sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan tinggi (\geq SMA) yaitu berjumlah 34 orang (89,5%). Selanjutnya diketahui bahwa responden hampir seluruhnya yaitu 33 orang (86,8%) memiliki pekerjaan. Pada variabel lama terapi ARV

didapatkan bahwa responden cenderung menggunakan ARV ≥ 29 bulan yaitu berjumlah 21 orang (55,3%). Lalu pada variabel penghasilan diperoleh hasil bahwa lebih banyak responden yang memiliki penghasilan tinggi yaitu \geq Rp 1.700.000 sebanyak 24 responden (63,2%).

4. Analisis Hubungan Variabel Lama Terdiagnosa dengan Kualitas Hidup ODHA secara Bivariabel

Analisis bivariat digunakan untuk melihat hubungan antara variabel bebas yaitu lama terdiagnosa dan variabel luar yaitu umur, pendidikan, pekerjaan, lama terapi ARV, dan penghasilan dengan variabel terikat yaitu kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS. Uji statistik yang digunakan adalah *chi-square* dengan nilai $p < 0.05$ menunjukkan hubungan yang bermakna secara statistik.

Tabel 6. Analisis Lama Terdiagnosa dengan Kualitas Hidup Orang dengan HIV/AIDS

Lama Terdiagnosa	Kualitas Hidup Orang dengan HIV/AIDS				P-value	RR
	Kurang Baik		Baik			
	F	%	f	%		
Dini	12	63,16	7	36,84	0,047	7
Lama	18	94,74	1	5,26		
Jumlah	30		8			

Hasil analisis variabel lama terdiagnosa menunjukkan bahwa pada kelompok yang terdiagnosa lama sebagian besar responden memiliki kualitas hidup kurang baik (94,74%) dan hanya sebagian kecil responden yang memiliki kualitas hidup baik (5,26%).

Berdasarkan hasil uji statistik, terdapat hubungan yang signifikan antara lama terdiagnosa dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS ($p\text{-value} < 0,05$). Responden yang terdiagnosa lebih lama berpeluang 7 kali menyebabkan kualitas hidup kurang baik dibandingkan pada responden yang terdiagnosa lebih dini.

5. Analisis Hubungan Berbagai Variabel Luar dengan Kualitas Hidup ODHA secara Bivariabel

Tabel 7. Analisis Variabel Luar dengan Kualitas Hidup Orang dengan HIV/AIDS

No.	Variabel	Kualitas Hidup Orang dengan HIV/AIDS				P-value	RR
		Kurang Baik		Baik			
		f	%	f	%		
1.	Umur						
	< 30 tahun	13	92,86	1	7,14	0,233	0,245
	≥ 30 tahun	17	70,83	7	29,17		
2.	Pendidikan					1,000	0,824
	Tinggi	27	79,41	7	20,58		
	Rendah	3	75	1	25		
3.	Pekerjaan					0,515	0,758
	Bekerja	25	75,76	8	24,24		
	Tidak bekerja	5	100	0	0		
4.	Lama Terapi ARV					0,461	0,486
	≥ 29 bulan	18	85,73	3	14,28		
	< 29 bulan	12	70,58	5	29,41		
5.	Penghasilan					0,712	1,750
	Tinggi	18	75	6	25		
	Rendah	12	85,72	2	14,28		

Berdasarkan hasil analisis variabel umur, dapat diketahui bahwa responden yang berumur < 30 tahun lebih banyak yang memiliki kualitas hidup kurang baik (92,86%) daripada kualitas hidup yang baik (7,14%). Menurut hasil uji hubungan menggunakan *chi-square*, tidak ada hubungan antara umur dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS ($p\text{-value} > 0,05$).

Berdasarkan analisis variabel pendidikan dapat diketahui bahwa responden yang berpendidikan tinggi (\geq SMA) cenderung memiliki kualitas hidup kurang baik (79,41%) dibandingkan memiliki kualitas hidup yang baik (20,58%). Berdasarkan hasil uji statistik, tidak ada hubungan antara keduanya ($p\text{-value} > 0,05$).

Hasil analisis variabel pekerjaan, dapat diketahui bahwa seluruh responden yang tidak bekerja memiliki kualitas hidup yang kurang baik (100%). Hasil uji bivariat menunjukkan tidak terdapat hubungan antara pekerjaan dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS ($p\text{-value} > 0,05$).

Berdasarkan hasil analisis variabel lama terapi ARV, menunjukkan bahwa responden yang lama terapi ARV ≥ 29 bulan hampir sebagian besar memiliki kualitas hidup kurang baik (85,73%) dibandingkan dengan responden yang memiliki kualitas hidup baik (14,28%). Menurut hasil uji statistik, tidak terdapat hubungan antara lama terapi ARV dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS ($p\text{-value} > 0,05$).

Tabel 7. menunjukkan bahwa responden yang berpenghasilan rendah yaitu $< \text{Rp } 1.700.000$ lebih banyak yang memiliki kualitas hidup kurang baik (85,72%) dibandingkan dengan responden yang memiliki kualitas hidup baik (14,28%). Berdasarkan hasil uji hubungan menggunakan *chi-square*, tidak ada hubungan antara keduanya ($p\text{-value} > 0,05$).

6. Analisis Hubungan Variabel Lama Terdiagnosa, dan Umur secara Simultan terhadap Kualitas Hidup ODHA dengan Analisis Multivariabel

Tabel 8. Hubungan Lama Terdiagnosa dengan Kualitas Hidup ODHA setelah Dikontrol Variabel Umur

Variabel	B	P-value	Exp (B)	95% CI	
				Lower	Upper
Lama terdiagnosa	4,569	0,002	96,404	5,186	1792,146
Umur	-4,194	0,005	0,015	3,500	0,286
Konstanta	-2,775	0,007	0,062		

Tabel 8. merupakan langkah pertama dari analisis regresi logistik. Syarat variabel dapat masuk analisis regresi logistik yaitu mempunyai $p\text{-value} < 0,25$. Sehingga variabel yang dapat masuk analisis adalah variabel lama terdiagnosa ($p\text{-value} = 0,047$) dan variabel umur ($p\text{-value} = 0,233$). Hasil dari analisis multivariat menunjukkan bahwa kedua variabel tersebut berarti atau signifikan karena memiliki $p\text{-value} < 0,05$, sehingga tidak ada variabel yang dikeluarkan. Oleh karena itu, Tabel 8. menjadi pemodelan terakhir dari analisis multivariat.

Hasil dari analisis multivariat terdapat dua variabel yang berhubungan secara bermakna dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS yaitu lama terdiagnosa ($p\text{-value} = 0.002$, RR = 96,404) dan umur ($p\text{-value} = 0.005$, RR = 0,015). Untuk mengetahui peluang kedua variabel tersebut dalam mempengaruhi kualitas hidup ODHA dapat dilihat dari persamaan modelnya sebagai berikut :

$$P = a + B_1X_1 + B_2X_2$$

a = Konstanta

B_1 = Nilai B pada variabel lama terdiagnosa

X_1 = Lama terdiagnosa (bila dini = 0, lama = 1)

B_2 = B pada variabel umur

X_2 = Umur (bila < 30 tahun = 0, \geq 30 tahun = 1)

Berdasarkan hasil analisis multivariat, didapatkan bahwa variabel lama terdiagnosa ($B = 4,569$) dan umur ($B = -4,194$), dengan konstanta $-2,775$ sehingga diperoleh model logit dari model terakhir ini adalah $P = -2,775 + (4,569 \times \text{lama terdiagnosa}) + (-4,194 \times \text{umur})$.

Probabilitas terjadinya kualitas hidup kurang baik pada ODHA yang terdiagnosa lebih lama dan berumur ≥ 30 tahun dihitung dengan persamaan sebagai berikut:

$$p = \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + B_1 X_1 + B_2 X_2)}}$$

$$p = \frac{1}{1 + e^{-(-2,775 + 4,569(1) + -4,194(1))}}$$

$$p = \frac{1}{1 + e^{-(-2,4)}}$$

$$p = \frac{1}{12,02}$$

$$p = 0,0831$$

Artinya, peluang terjadinya kualitas hidup yang kurang baik pada ODHA yang terdiagnosa lebih lama dan berumur ≥ 30 tahun sebesar 8,3%.

B. Pembahasan

Penelitian ini menggambarkan hubungan lama terdiagnosa HIV dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS dengan dipengaruhi variabel lain yaitu umur, pendidikan, pekerjaan, lama terapi ARV dan penghasilan. Menurut WHOQOL kualitas hidup adalah persepsi individu mengenai posisi individu dalam hidup sesuai konteks budaya dan sistem nilai yang dianutnya, dimana individu hidup dan hubungannya dengan harapan, tujuan, standar yang ditetapkan dan perhatian dari individu. Menurut WHOQOL-BREF terdapat empat aspek mengenai kualitas hidup yaitu kesehatan fisik, kesejahteraan psikologi, hubungan sosial dan hubungan dengan lingkungan.²¹

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki kualitas hidup kurang baik yaitu berjumlah 30 orang (78,9%). Hasil tersebut sesuai dengan penelitian Kusuma yang menjelaskan bahwa sebagian besar responden memiliki kualitas hidup kurang baik yaitu sejumlah 58 orang (63%).¹⁴ Terdapat juga hasil penelitian Nojomi, Anbary, dan Ranjbar pada tahun 2008 menyebutkan bahwa lebih banyak responden yang mempersepsikan kualitas hidupnya rendah atau kurang baik.²⁴

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa responden yang berumur ≥ 30 tahun berjumlah 24 orang (63,2%). Terdapat kesesuaian dengan hasil penelitian Li, et al. pada tahun 2009 yang mendapatkan rata-rata usia penderita HIV/AIDS yaitu 37,7 tahun.²⁵ Kemudian penelitian Greeff, et al. pada tahun 2009 menunjukkan bahwa hasil usia rata-rata

responden penelitiannya 36,8 tahun.²⁶ Nojomi, Anbary, dan Ranjbar mengungkapkan bahwa usia rata-rata penderita HIV/AIDS dalam penelitiannya 35,4 tahun.²⁴ Lalu penelitian Kusuma menyebutkan bahwa rata-rata usia responden dalam penelitian ini adalah 30,43 tahun.¹⁴

Selanjutnya analisis univariat pendidikan didapatkan hasil bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan tinggi (\geq SMA) yaitu berjumlah 34 orang (89,5%). Hasil tersebut menunjukkan kesamaan dengan penelitian Kusuma menunjukkan bahwa paling banyak responden memiliki tingkat pendidikan tinggi (SLTA dan perguruan tinggi) sebanyak 86 orang (93,5%).¹⁴ Penelitian Greeff, et al. mengungkapkan hasil bahwa responden paling banyak memiliki pendidikan menengah ke atas.²⁶

Kemudian hasil penelitian ini menunjukkan bahwa hampir seluruh responden memiliki pekerjaan yakni sebanyak 33 orang (86,8%). Hasil tersebut selaras dengan hasil penelitian Kusuma yang menunjukkan mayoritas responden bekerja yaitu sebanyak 73 orang (79,3%).¹⁴

Hasil penelitian ini menjelaskan bahwa sebagian besar responden memiliki penghasilan tinggi yaitu \geq Rp 1.700.000 sebanyak 24 orang (63,2%). Hasil tersebut sama dengan penelitian Kusuma yang menyebutkan bahwa penghasilan keluarga paling banyak berpenghasilan tinggi yaitu berjumlah 63 orang (79,3%).¹⁴

Lama terdiagnosa HIV mempunyai pengaruh terhadap kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS. Kualitas hidup terdiri dari empat domain,

diantaranya domain kesehatan fisik dan domain kesejahteraan psikologi. Domain kesehatan fisik mencakup aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat-obatan, energi dan kelelahan, mobilitas, sakit dan ketidaknyamanan, tidur/istirahat, dan kapasitas kerja.²¹ Individu yang sudah terpapar dan terinfeksi HIV selama 1-10 tahun maka akan muncul gejala seperti flu. Selanjutnya terdapat gejala awal penyakit antara lain keringat yang berlebihan pada waktu malam, diare terus menerus, pembengkakan kelenjar getah bening, flu yang tidak kunjung sembuh, nafsu makan berkurang, badan menjadi lemah, dan berat badan terus berkurang.

Pada fase AIDS akan timbul infeksi oportunistik seperti TBC, infeksi paru-paru yang menyebabkan radang paru-paru dan kesulitan bernafas, kanker, sariawan, kanker kulit atau sarcoma kaposi, infeksi usus yang menyebabkan diare parah berminggu-minggu, dan infeksi otak yang menyebabkan kekacauan mental dan sakit kepala.¹⁹ Jadi, semakin lama menderita HIV maka tubuh mengalami imunodefisiensi menghasilkan peningkatan kerentanan terhadap berbagai macam infeksi, kanker dan penyakit lain. Sehingga semakin lama menderita HIV, kualitas hidup akan semakin kurang baik. Sebaliknya semakin dini menderita HIV, kualitas hidupnya akan semakin baik.

Domain kesejahteraan psikologis mencakup *bodily image appearance*, perasaan negatif, perasaan positif, *self-esteem*,

spiritual/agama/keyakinan pribadi, berpikir, belajar, memori dan konsentrasi.²¹ Semakin lama pasien menderita sakit, secara psikologi dapat menimbulkan ketakutan akan kematian yang akan menimpa (perasaan negatif). Infeksi penyakit yang lebih lama membuat ODHA tertekan secara mental dan mempengaruhi kualitas hidup psikologis mereka.¹⁵

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa lama terdiagnosa berhubungan dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS (*p-value* = 0,047) sesuai dengan penelitian oleh Novianti dkk pada tahun 2015 yang mengungkapkan bahwa terdapat hubungan antara lama menderita dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS. Pasien dengan infeksi HIV lebih lama memiliki kualitas hidup yang rendah.²⁹ Terdapat penelitian lain oleh Ethel mengungkapkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara lama menderita dengan kualitas hidup pada domain psikologis pasien HIV/AIDS RSUP Dr. Kariadi. Orang dengan HIV/AIDS yang memiliki kualitas hidup cukup memiliki lama menderita rata-rata 42,2 bulan.¹⁵ Selanjutnya penelitian di Prancis yang mengungkapkan bahwa jumlah limfosit CD4, dan lama waktu sejak diagnosis HIV adalah prediktor dari kualitas hidup.¹⁰

Berdasarkan hasil analisis statistik penelitian ini, tidak terdapat hubungan antara umur dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS (*p-value* = 0,233). Hasil ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yaitu penelitian oleh Novianti dkk yang menunjukkan tidak ada hubungan antara umur dengan kualitas hidup. Usia berkaitan dengan pola pikir dan

kematangan seseorang untuk menilai jenis stressor yang datang, kemampuan beradaptasi dan mekanisme coping yang adaptif yang digunakan mempengaruhi perilaku seseorang dalam mengambil keputusan.²⁹ Terdapat juga penelitian Nojomi, Anbary dan Ranjbar bahwa umur tidak mempengaruhi kualitas hidup seseorang. Secara umum umur mempengaruhi kematangan psikologis dari seseorang.²⁴

Kemudian terdapat penelitian oleh Shan, et.al. pada tahun 2011 menunjukkan bahwa usia tidak mempengaruhi kualitas hidup baik dari domain fisik, psikologis dan hubungan sosial.³⁰ Riset oleh Hasanah et al. pada tahun 2010 menunjukkan bahwa usia tidak menunjukkan hubungan yang signifikan dengan kualitas hidup seseorang.³¹

Berdasarkan hasil penelitian Kusuma menunjukkan bahwa usia tidak berpengaruh terhadap kualitas hidup ODHA ($p = 0,30$). Secara umum, bertambahnya usia seseorang mempengaruhi kualitas hidupnya. Hal ini dikarenakan oleh perubahan fisik, sosial dan psikologis. Namun pada pasien HIV/AIDS, kualitas hidup tidak dipengaruhi oleh usia karena diagnosa HIV sudah menjadi *stressor* yang mempengaruhi seluruh aspek dalam kehidupan pasien. Sehingga kualitas hidup yang kurang baik tidak terbatas pada usia yang lebih tua namun juga pada usia yang lebih muda.¹⁴

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa pendidikan tidak berpengaruh terhadap kualitas hidup ODHA ($p\text{-value} = 1,000$). Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Magfirah pada tahun

2014 hasilnya menunjukkan tingkat pendidikan tidak memiliki pengaruh terhadap kualitas hidup ODHA di YPKDS dikarenakan setiap bulan pihak yayasan melakukan pertemuan secara rutin pada teman-teman ODHA untuk memberikan informasi dan pengetahuan baru terkait HIV dan AIDS.³⁷

Hasil penelitian Zainudin pada tahun 2016 menunjukkan bahwa tidak terdapat pengaruh pendidikan terhadap kualitas hidup ODHA. Zainudin mengungkapkan walaupun responden memiliki tingkat pendidikan yang rendah, tetapi responden memiliki pengetahuan baik tentang penyakitnya, dikarenakan setiap bulannya pihak LSM melakukan pertemuan secara rutin pada teman-teman ODHA untuk memberikan informasi dan pengetahuan baru terkait HIV/AIDS. ODHA diberikan informasi dan pengetahuan mengenai dasar HIV/AIDS, pengobatan ARV, perkembangan pengetahuan lain yang menunjang peningkatan kualitas hidup ODHA.³⁸

Hasil penelitian tersebut tidak sejalan dengan penelitian yang mengungkapkan bahwa kualitas hidup yang lebih baik ditemukan pada orang yang berpendidikan baik, pada subjek dengan pendidikan tersier atau tinggi didapatkan kualitas hidup yang lebih baik.¹³ Kualitas hidup yang lebih baik ditemukan pada orang yang berpendidikan baik, pada subjek dengan pendidikan tersier atau lebih tinggi dilaporkan kualitas hidup yang lebih baik dalam domain fisik dan lingkungan ($P < 0,05$). Hal ini dikarenakan orang dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi

memiliki sikap yang lebih waspada terhadap penyakit dengan kesadaran publik yang meningkat terhadap penyakit HIV.¹⁰

Berdasarkan penelitian Bello pada tahun 2013 menunjukkan bahwa seseorang dengan pendidikan tinggi memiliki kualitas hidup lebih baik dibandingkan dengan individu dengan pendidikan rendah.³² Hasil penelitian oleh Shan et.al. pada tahun 2011 menunjukkan adanya hubungan antara tingkat pendidikan dengan kualitas hidup. Tingkat pendidikan rendah (tidak sekolah) menunjukkan pengaruh yang signifikan dengan kualitas hidup pada domain psikologis dan domain hubungan sosial.³⁰

Penelitian oleh Kumar et al. pada tahun 2014 menunjukkan bahwa ada pengaruh tingkat pendidikan dengan kualitas hidup pada penderita HIV pada domain hubungan sosial dan lingkungan.³³ Menurut Novianti dkk pendidikan sangatlah penting dalam proses penerimaan informasi kesehatan. Pasien HIV yang memiliki pendidikan tinggi memiliki kemampuan kognitif yang baik untuk menerima, mencari informasi tentang perawatan dirinya. Sehingga pasien dengan pendidikan tinggi memiliki kualitas hidup yang baik.²⁹

Menurut Khumsaen et al. pada tahun 2012 pendidikan merupakan faktor sosiodemografi yang berhubungan secara signifikan dengan kualitas hidup. ODHA dengan tingkat pendidikan tinggi memiliki kualitas hidup yang tinggi dan sebaliknya.³⁴ Berdasarkan hasil penelitian Costa et al. tingkat pendidikan dapat mempengaruhi keterampilan manajemen diri untuk menghadapi penyakit dan berbagai permasalahan lain. Orang

berpendidikan memiliki kemudahan untuk mengakses dan memahami informasi yang diperoleh.³⁵ Nirmal et al. pada tahun 2008 menunjukkan bahwa tingkat pendidikan dapat meningkatkan kemampuan pasien untuk melakukan pemecahan masalah dan pengambilan keputusan secara aktif, terkait dengan penyakitnya.³⁶

Analisa statistik dalam penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS ($p\text{-value} = 0,515$). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Magfirah dkk yang menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh status pekerjaan terhadap kualitas hidup ODHA. Hal tersebut terjadi karena ODHA memiliki kesadaran untuk memperoleh kualitas hidup yang lebih baik dengan tetap menjaga kesehatannya.³⁷

Menurut Zainudin tidak terdapat pengaruh pekerjaan terhadap kualitas hidup ODHA. Hal ini disebabkan karena ODHA ingin tetap hidup sehat, sehingga walaupun mereka sibuk dengan pekerjaan, mereka tetap minum obat teratur. Dan mereka tetap mendapat support dari keluarga dan teman-teman sehingga mereka tidak lupa minum obat.³⁸

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan hasil penelitian Bimal Charles et al. berupa analisis multivariat menunjukkan bahwa kualitas hidup lebih buruk pada pekerja lepas.¹¹ Kualitas hidup yang rendah dipengaruhi oleh pengangguran.⁴⁴ Kemudian penelitian Ma Liping et al. menyebutkan ada perbedaan statistik dalam skor domain fisik, sosial, dan lingkungan antara responden dengan pekerjaan petani dan bukan petani.¹⁰

Berdasarkan hasil penelitian Hardiansyah pada tahun 2014 menyebutkan bahwa pekerjaan responden yang berperan sebagai ibu rumah tangga memiliki kualitas hidup aspek fisik yang kurang. Hal ini disebabkan karena jika pasien bekerja memiliki kondisi yang lebih baik, secara fisik tidak mengalami masalah sehingga dapat beraktifitas dan bekerja sebagaimana orang sehat.³⁹

Analisis bivariat dalam penelitian ini menunjukkan bahwa lama terapi ARV tidak berhubungan secara bermakna dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS ($p\text{-value} = 0,461$). Hasil tersebut tidak sejalan dengan penelitian sebelumnya, berdasarkan Penelitian Ma Liping et al. menunjukkan bahwa ARV ditemukan menjadi faktor terkuat pertama yang mempengaruhi kualitas hidup ODHA. Mereka yang menggunakan ARV memiliki skor yang relatif lebih tinggi di semua domain dibandingkan dengan yang tidak menggunakan ARV ($P < 0,05$).¹⁰

Terdapat penelitian Igumbor et al. menunjukkan hubungan yang signifikan antara penggunaan ARV dengan peningkatan indikator kualitas hidup.⁴⁵ Penelitian Pitt J et al. menunjukkan peningkatan kualitas hidup setelah tindak lanjut inisiasi ARV selama 7 bulan.⁴⁷ Lalu penelitian Wouters et al. juga menunjukkan peningkatan kualitas hidup setelah tindak lanjut inisiasi ARV selama 24 bulan.⁴⁸ Penelitian Mweete et al. menunjukkan bahwa ARV efektif dalam meningkatkan kualitas hidup.⁴⁹

Berdasarkan penelitian Mardia dkk mengungkapkan bahwa lama terapi ARV berhubungan dengan kualitas hidup pada persepsi kualitas

hidup dan kesehatan dan pada domain fisik dan hubungan sosial. Pasien yang telah menjalani terapi ≥ 29 bulan memiliki kualitas hidup lebih baik. Mardia mengemukakan bahwa pasien yang telah menjalani terapi ARV akan menjalani aktivitas seperti orang yang tidak menderita HIV/AIDS.³³

Hasil penelitian ini menunjukkan penghasilan tidak memiliki hubungan dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS ($p\text{-value} = 0,712$). Hasil tersebut sesuai dengan penelitian Zainudin yang menunjukkan bahwa penghasilan tidak berpengaruh terhadap kualitas hidup ($\rho = 0,70$).³⁸

Hasil penelitian ini bertolak belakang dengan hasil penelitian Kusuma yang mengungkapkan bahwa responden dengan penghasilan keluarga rendah beresiko untuk memiliki kualitas hidup kurang baik.¹⁴ Penelitian Bimal Charles et al. menunjukkan bahwa kualitas hidup yang buruk pada kelompok berpenghasilan rendah (≤ 2.000 INR per bulan).¹¹

Berdasarkan penelitian Deribew et al. mengungkapkan tidak adanya sumber pendapatan memiliki efek negatif pada dimensi fisik kualitas hidup dari ODHA. Kualitas hidup yang rendah dipengaruhi oleh keuangan.⁵² Terdapat penelitian Rueda et al. didapatkan hasil bahwa status sosial ekonomi adalah prediktor dari kualitas hidup penderita HIV.⁴⁴ Responden dengan penghasilan keluarga rendah beresiko 2,021 kali untuk memiliki kualitas hidup kurang baik dibanding responden dengan penghasilan keluarga tinggi (OR=95% CI:0,51-4,07).¹⁴

Menurut Setiyorini pada tahun 2015 responden dengan penghasilan < 1 juta memiliki kualitas hidup aspek psikologis yang cukup. Hal ini disebabkan karena pasien memiliki ketergantungan kepada orang lain dalam memenuhi kebutuhannya maka kualitas hidupnya rendah pada aspek mental.⁴⁰ Menurut Zainudin penghasilan responden tidak berpengaruh terhadap kualitas hidup karena obat ARV didapatkan secara gratis dan ketika responden kehabisan obat di lapangan dan tidak mempunyai biaya transport untuk mengambilnya, pihak LSM akan mengantar langsung ARV ke rumah responden.³⁸

Setelah variabel lama terdiagnosa dilakukan analisis bersama dengan variabel umur, maka terdapat hubungan secara bermakna dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS. Variabel lama terdiagnosa memiliki *p-value* = 0.002, nilai RR = 96,404 dan umur memiliki *p-value* = 0.005, RR = 0,015. Jadi, pada responden yang terdiagnosa lebih lama berpeluang 96,4 kali menyebabkan kualitas hidup kurang baik dibandingkan pada responden yang terdiagnosa lebih dini. Semakin lama terdiagnosa, maka kualitas hidup ODHA semakin kurang baik. Peluang terjadinya kualitas hidup yang kurang baik pada ODHA yang terdiagnosa lebih lama dan berumur ≥ 30 tahun yaitu sebesar 8,3%.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan analisis data, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Sebagian besar responden memiliki kualitas hidup kurang baik yaitu berjumlah 30 orang (78,9%).
2. Lama terdiagnosa mempunyai hubungan secara bermakna dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS. Responden yang terdiagnosa lebih lama berpeluang 7 kali menyebabkan kualitas hidup kurang baik dibandingkan pada responden yang terdiagnosa lebih dini. Semakin lama terdiagnosa, maka kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS semakin kurang baik.
3. Umur, pendidikan, pekerjaan, lama terapi ARV dan penghasilan tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS.
4. Lama terdiagnosa mengalami perubahan RR dari 7 menjadi 96,4. Responden yang terdiagnosa lebih lama berpeluang 96,4 kali menyebabkan kualitas hidup kurang baik dibandingkan pada responden yang terdiagnosa lebih dini. Peluang terjadinya kualitas hidup yang kurang baik pada ODHA yang terdiagnosa lebih lama dan berumur ≥ 30 tahun sebesar 8,3%.

B. Saran

1. Bagi Direktur Yayasan Victory Plus

Direktur Yayasan Victory Plus diharapkan dapat membuat program pemantauan khusus pada ODHA yang terdiagnosa lebih lama sehingga kualitas hidupnya bisa tetap baik.

2. Bagi peneliti selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya dengan topik yang sama dapat lebih mengembangkan variabel lain yang dinilai lebih berpengaruh terhadap kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS seperti jenis kelamin, dukungan sosial, depresi, dan stigma.

DAFTAR PUSTAKA

1. Dinas Kesehatan DIY. *Profil Kesehatan DIY tahun 2017*. Dinas Kesehatan DIY (2017).
2. WHO. *HIV /AIDS Fact sheet Updated November 2017*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/>. Published (2017).
3. Kementerian Kesehatan RI. *Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2017*. Kementerian Kesehatan RI (2018).
4. PKBI DIY. *Data Kasus HIV dan AIDS D.I Yogyakarta*. PKBI DIY. (2015) <https://pkbi-diy.info/data-kasus-hiv-aids-d-i-yogyakarta/>
5. Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman. *Profil Kesehatan Kabupaten Sleman tahun 2018*. Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman (2018).
6. Direktorat Jendral P2 & PL, Kementerian Kesehatan RI, Direktorat Jendral Pemasarakatan, Kementerian Hukum dan HAM RI. *Pedoman Layanan Komprehensif HIV/AIDS & IMS di Lapas, Rutan dan Bapas, Jakarta*. (2012).
7. WHOQoL measuring quality of life. http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf.
8. Raj R, Sreenivas V, Mehta M, & Gupta S. Health-related quality of life in Indian patients with three viral sexually transmitted infections: herpes simplex virus-2, genital human papilloma virus and HIV. Sexually transmitted infections. *PubMed* (2011). 87(3):216–20. doi:10.1136/sti.2010.043356
9. Mills EJ, Bakanda C, Birungi J, Chan K, Ford N, Cooper CL, Nachega JB, Dybul M, & Hogg RS. Life expectancy of persons receiving combination antiretroviral therapy in low-income countries: a cohort analysis from Uganda. *Ann Intern Med* (2011). 155(4):209–216.
10. Liping, Ma et al. Quality of Life of People Living with HIV/AIDS: A Cross-Sectional Study in Zhejiang Province, China. *PloS One* (2015). 10(8): e0135705
11. Charles, Bimal, et al. Association between stigma, depression and quality of life of people living with HIV/AIDS (PLHA) in South India – a community based cross sectional study. *BMC Public Health* (2012).

12. Mahalakshmy T, Hamide A, Premarajan K. Quality of life and its determinants in people living with human immunodeficiency virus infection in Puducherry India. *Indian J Community Med* (2011). 36:203
13. Akinboro AO, Akinyemi SO, Olaitan PB, Raji AA, Popoola AA, Awoyemi OR, et al. Quality of life of Nigerians living with human immunodeficiency virus. *The Pan African medical journal Pubmed* (2014). 18:234 doi: 10.11604/pamj.2014.18.234.2816 ; PubMed Central PMCID: PMC4242044
14. Kusuma, Henni. Hubungan Antara Depresi dan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS yang Menjalani Perawatan di RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta. FIK UI (2011).
15. Ethel, Ricca Angelina dkk. Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS di RSUP Dr. Kariadi Semarang. (2016). Vol 5 No 4
16. Anonim. 2014. *Hidup dengan HIV/AIDS*. Jakarta : Yayasan Spiritia.
17. Anonim. 2015. *Lembaran Informasi tentang HIV dan AIDS untuk Orang yang Hidup dengan HIV/AIDS (Odha)*. Jakarta : Yayasan Spritia.
18. Hasdianah dkk. 2014. *Imunologi Diagnosis dan Teknik Biologi Molekuler*. Yogyakarta : Nuha Medika.
19. Daili, Sjaiful Fahmi. *Infeksi Menurat Seksual*. Jakarta : Balai Penerbit FKUI.
20. WHO. HIV/AIDS Fact sheet Updated November 2017. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/>. Publised 2017.
21. WHOQOL: Measuring Quality of Life. (1997). The World Health Organization Quality Of Life. The WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF.
22. Mulyani, Endang. 2017. *Ekonomi Pembangunan*. Yogyakarta : UNY Press.
23. Dewi, Sofia Rhosma. 2014. *Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta : Deepublish.
24. Nojomi M, Anbary K, Ranjbar M. Health Related Quality of Life in Patients with HIV/AIDS. *Arch Iran Med* (2008). 11(6):608-12

25. Li L et al. Stigma, Social Support, and Depression among People Living with HIV in Thailand. *AIDS Care* (2009). 21(8):1007-13
26. Greeff M et al. Perceived HIV Stigma and Life Satisfaction among Persons Living with HIV Infection in Five African Countries: A Longitudinal Study. *International Journal Nursing Studies* (2010). 47(4):475-86
27. Razavi, Pedram et al. Quality of Life among Persons with HIV/ AIDS in Iran: Internal Reliability and Validity of An International Instrument and Associated Factors. *AIDS Res Treat* (2012) . 849406
28. Mardia, Ahmad, Riris Andono, dan Riyanto, Bambang Sigit. Kualitas Hidup Orang dengan HIV/AIDS Berdasarkan Kriteria Diagnosis dan Faktor Lain di Surakarta. *BKM Journal of Community Medicine and Public Health* (2017)
29. Novianti, Disa dkk. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Penderita HIV yang Menjalani Rawat Jalan di Care Supportand Treatment (CST) Rumah Sakit Jiwa Daerah Sungai Bangkong Kota Pontianak. *Universitas Tanjungpuran Pontianak* (2015)
30. Shan, Duo et al. Quality of Life and Related Factors among HIV-Positive Spouses from Serodiscordant Couples under Antiretroviral Therapy in Henan Province, China. *Plos One* (2011). 0021839
31. Hasanah, C.I et al. Factors Influencing The Quality of Life in Patients with HIV in Malaysia. *Qual Life Res* (2011). 20(1):91-100. doi: 10.1007/s11136-010-9729-y
32. Bello, S.I. dan Bello, I.K.. Quality of Life of HIV/AIDS Patients in A Secondary Health Care Facility, Ilorin, Nigeria. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* (2013). 26 (2). Pp 116-119
33. Kumar, A., et al. Determinants of Quality of Life among People Living with HIV/AIDS: A Cross Sectional Study in Central Karnataka, India. *International Journal of Medical Science and Public Health* (2014). Vol 3 Issue 11
34. Khumsaen N, Aoup-por W, Thammachak P. Factors Influencing Quality of Life among People Living with HIV (PLWH) in Suphanburi Province, Thailand. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* (2012).1;23(1):63-72

35. Costa TL, Oliveira DC, Gomes AM, Formozo GA. Quality of Life and People Living with AIDS: Relationship with Sociodemographic and Health Aspects. *Revista latino-americana de enfermagem* (2014). 22(4)
36. Nirmal B, Divya K, Dorairaj VS, Venkateswaran K. Quality of Life in HIV/AIDS Patients. A Cross-sectional Study in South India. *Indian Journal of Sexually Transmitted Disease and AIDS* (2008). Vol 29
37. Makkau, Magfirah Amir dkk. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Yayasan Peduli Kelompok Dukungan Sebaya (YPKDS) Kota Makassar. *Hasanuddin University* (2015)
38. Zainudin, Haryati dkk. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di LSM Perjuangan Kupang. *STIKES Citra Husada Mandiri Kupang* (2016)
39. Hardiansyah dkk. Kualitas Hidup Orang dengan HIV dan AIDS di Kota Makassar. *Hasanuddin University* (2014).10736
40. Setiyorini, Erni. Gambaran Kualitas Hidup ODHA yang Menjalani Terapi Antiretroviral (ARV) di Poli Cendana RSUD Ngudi Waluyo Wlingi. *STIKES Patria Husada Blitar* (2015)
41. Feng MC et al. Stress, Needs, and Quality of Life of People Living with Human Immunodeficiency Virus / AIDS in Taiwan. *Kaohsiung J Med Sci* (2015). 31(9):485–92
42. Ming Z, Prybylski D, Cheng F, Airawanwat R, Zhu Q, Liu W, et al. Two-year prospective cohort study on quality of life outcomes among people living with HIV after initiation of antiretroviral therapy in Guangxi, China. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care: JANAC Pubmed* (2014). 25(6):603–13. doi: [10.1016/j.jana.2014.04.003](https://doi.org/10.1016/j.jana.2014.04.003)
43. Abboud S, Noureddine S, Huijjer HA, DeJong J, Mokhbat J. Quality of life in people living with HIV/AIDS in Lebanon. *AIDS Care Pubmed* (2010). 22(6):687–96. doi: 10.1080/09540120903334658
44. Rueda S, Raboud J, Mustard C, Bayoumi A, Lavis JN, Rourke SB. Employment status is associated with both physical and mental health quality of life in people living with HIV. *AIDS Care* (2011). 23(4):435–443

45. Igumbor J, Stewart A, Holzemer W. Comparison of the health-related quality of life, CD4 count and viral load of AIDS patients and people with HIV who have been on treatment for 12 months in rural South Africa. *Sahara J* (2013). 10:25–31
46. Bhargava A, Booysen Fle R. Healthcare infrastructure and emotional support are predictors of CD4 cell counts and quality of life indices of patients on antiretroviral treatment in Free State Province, South Africa. *AIDS Care* (2010). 22:1–9
47. Pitt J, Myer L, Wood R. Quality of life and the impact of drug toxicities in a South African community-based antiretroviral programme. *J Int AIDS Soc* (2009). 12:5
48. Wouters E, Van Loon F, Van Rensburg D, Meulemans H. State of the ART: clinical efficacy and improved quality of life in the public antiretroviral therapy program, Free State province, South Africa. *AIDS Care* (2009). 21:1401-1411
49. Mweete D Nglazi, Sacha J West, Joel A Dave, Naomi S Levitt, and Estelle V Lambert. Quality of life in individuals living with HIV/AIDS attending a public sector antiretroviral service in Cape Town, South Africa. *BMC Public Health* (2014). 14:676
50. Ribeiro RM, de Boer RJ. The contribution of the thymus to the recovery of peripheral naive T-cell numbers during antiretroviral treatment for HIV infection. *Journal of acquired immune deficiency syndromes Pubmed* (2008). 49(1):1-8. doi:10.1097/QAI.0b013e318184fb28; Pubmed central PMCID: PMC2923093
51. Mardia, Ahmad, Riris Andono, dan Riyanto, Bambang Sigit. Kualitas Hidup Orang dengan HIV/AIDS Berdasarkan Kriteria Diagnosis dan Faktor Lain di Surakarta. *BKM Jurnal of Community Medicine and Public Health* (2017).
52. Amare Deribew, Kebede Deribe, Ayalu A Reda, Markos Tesfaye, Yohannes Hailmichael, Todd Maja and Robert Colebunders. Change in quality of life: a follow up study among patients with HIV infection with and without TB in Ethiopia. *BMC Public Health* (2013). 13:408
53. Sarah A, Samar N, Huda Abu-Saad H, Jocelyn DeJong Jacques M. Quality of life in people living with HIV/AIDS in Lebanon. *AIDS Care* (2010). 22(6):687–696

54. Doris Mutabazi-Mwesigire, Janet Seeley, Faith Martin and Achilles Katamba. Perceptions of quality of life among Ugandan patients living with HIV: a qualitative study. *BMC Public Health* (2014). 14:343
55. Vijairam S, Michael W. Ross, Bhaskaran Unnikrishnan & Supriya Hegde. Association of quality of life with major depressive disorder among people with HIV in South India. *AIDS Care* (2012). doi:10.1080/09540121.2012.689809
56. Zelaya CE, Sivaram S, Johnson SC, Srikrishnan AK, Suniti S & Celentano DD. Measurement of self, experienced, and perceived HIV/AIDS stigma using parallel scales in Chennai, India. *AIDS Care* (2012). doi:10.1080/
57. Wilson, Ira B., Cleary, Paul D. Linking Clinical Variables With Health-Related Quality of Life. *JAMA* (1995). Vol 273 No. 1
58. Sugiyono. 2015. *Statistika untuk Penelitian*. Bandung : Alfabeta.
59. Hidayat, Aziz Alimul. 2014. *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisis Data Contoh Aplikasi Studi Kasus*. Jakarta : Salemba Medika.
60. Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.

LAMPIRAN

Lampiran 1

Rencana Anggaran Penelitian

NO	KEGIATAN	ANGGARAN
1.	Penyusunan Proposal	
	a. Alat Tulis	Rp. 50.000,-
	b. Penggandaan	Rp. 100.000,-
	c. Jilid	Rp. 100.000,-
2.	Seminar Proposal	Rp. 100.000,-
3.	Revisi Proposal Skripsi	Rp. 100.000,-
4.	Persiapan Penelitian	Rp. 50.000,-
5.	Pelaksanaan Penelitian	
	a. Perijinan	Rp. 50.000,-
	b. Pengambilan Data (3 x Rp 50.000,-)	Rp. 150.000,-
	c. Transportasi (4 kali)	Rp. 50.000,-
	d. Souvenir (38 x Rp 35.000,-) (6 x Rp 50.000,-)	Rp. 1.330.000,- Rp 300.000,-
6.	Penyusunan Hasil Penelitian	Rp. 100.000,-
7.	Seminar Hasil Penelitian	Rp. 100.000,-
8.	Revisi Hasil Penelitian	Rp. 100.000,-
9.	Penggandaan dan Jilid	Rp. 100.000,-
10.	Biaya tak terduga	Rp. 50.000,-
Jumlah Total Biaya Penelitian		Rp. 2.730.000,-

Lampiran 2 Jadwal Penelitian

JADWAL KEGIATAN PENELITIAN

No	Kegiatan	Oktober 2018				November 2018				Desember 2018				Januari 2019				Februari 2019				Maret 2019				April 2019				Mei 2019			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1.	Pengajuan topik/ judul			■	■																												
2.	Penyusunan proposal					■	■	■	■																								
3.	Seminar proposal									■	■	■	■																				
4.	Revisi proposal										■	■	■	■	■	■	■																
5.	Pembuatan EC														■	■	■	■	■	■	■												
6.	Pelaksanaan penelitian																		■	■	■	■	■	■	■								
7.	Penyusunan laporan penelitian																									■	■	■	■				
8.	Seminar hasil																													■	■	■	■
9.	Revisi dan penjilidan skripsi																																
10.	Pengumpulan skripsi																																

Lampiran 3

PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN (PSP)

Kami yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Tesa Gurit Kartika Wiyati

NIM : P07124215034

Alamat: Jalan Jogokaryan MJ III, Yogyakarta

No HP : 085701265147

Penulis adalah mahasiswa Poltekkes Kemenkes Yogyakarta Prodi Sarjana Terapan Kebidanan akan melakukan penelitian tentang Hubungan Antara Lama Terdiagnosa dengan Kualitas Hidup Orang Dengan HIV/AIDS di Yayasan Victory Plus. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara lama terdiagnosa dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS. Penulis mengajak anda untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian ini sebagai responden.

A. Kesukarelaan Untuk Ikut Penelitian

Anda bebas memilih keikutsertaan dalam penelitian ini dan bebas mengundurkan diri sewaktu-waktu jika tidak berkenan menjadi responden penelitian.

B. Prosedur Penelitian

Anda akan diberi informasi mengenai manfaat dan tujuan dari penelitian ini, apabila anda bersedia menjadi responden dalam penelitian ini, selanjutnya kami mohon untuk menandatangani lembar persetujuan untuk menjadi responden. Kemudian kami akan meminta anda mengisi data diri anda dan menjawab pertanyaan pada kuesioner.

C. Kewajiban Subjek Penelitian

Sebagai responden penelitian, kami mohon anda berkenan untuk menandatangani lembar persetujuan, mengikuti kegiatan penelitian dan mengisi lembar kuesioner secara lengkap dengan informasi yang sebenarnya.

D. Resiko, Efek Samping dan Penanganannya

Tidak ada resiko atau efek samping yang ditimbulkan dari penelitian ini.

E. Kompensasi

Sebagai ucapan terimakasih atas kesediaan menjadi responden, anda akan mendapatkan souvenir pada akhir pertemuan.

F. Pembiayaan

Semua biaya yang terkait penelitian akan ditanggung oleh peneliti.

G. Informasi Tambahan

Bila ada yang membutuhkan penjelasan lebih lanjut, anda dapat menghubungi

:

Nama : Tesa Gurit Kartika Wiyati

No HP : 085701265147

Terimakasih

Lampiran 4

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Yth. Bapak/Ibu

di Sleman

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Tesa Gurit Kartika Wiyati

NIM : P07124215034

Status : Mahasiswa Sarjana Terapan Jurusan Kebidanan Poltekkes
Kemenkes

Yogyakarta

Dengan ini memohon kesediaan siswi Bapak/Ibu untuk menjadi responden dalam penelitian yang berjudul “Hubungan Antara Lama Terdiagnosa dengan Kualitas Hidup Orang dengan HIV/AIDS”. Penulis mengharapkan dengan hormat agar Bapak/Ibu meluangkan waktu dengan memberikan informasi dan mengisi kuisisioner yang diberikan dengan sebenar-benarnya.

Penelitian ini menjamin kerahasiaan atas identitas responden. Identitas tidak akan dipublikasikan dan akan dijaga kerahasiannya. Peneliti berharap Bapak/Ibu bersedia berpartisipasi untuk mengikuti penelitian tentang kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS yang dilakukan peneliti dan bersedia mengisi kuesioner. Jawaban atas kuesioner semata-mata hanya untuk penelitian dan ilmu pengetahuan tanpa maksud yang lain. Atas bantuan Bapak/Ibu, penulis mengucapkan terimakasih.

Yogyakarta, Januari 2019

Penulis

Lampiran 5

PERSETUJUAN KEIKUTSERTAAN DALAM PENELITIAN

(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Dengan ini menyatakan bersedia turut berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswi Poltekkes Kemenkes Yogyakarta Jurusan Kebidanan, yaitu :

Nama : Tesa Gurit Kartika Wiyati

NIM : P07124215034

Judul : “Hubungan Antara Lama Terdiagnosa dengan Kualitas Hidup Orang dengan HIV/AIDS di Yayasan Victory”

Saya memutuskan **setuju/tidak setuju***) untuk ikut berpartisipasi pada penelitian secara sukarela tanpa paksaan.

Yogyakarta, Januari 2019

Responden

Keterangan: *) Coret yang tidak perlu

Lampiran 6

IDENTITAS RESPONDEN

Sebelum memulai, penulis hendak meminta anda untuk menjawab beberapa pertanyaan umum mengenai diri anda dengan cara melingkari jawaban yang benar atau dengan melengkapi tempat yang disediakan.

Apa jenis kelamin anda ? Pria/Wanita

Berapa usia anda ? _____ (usia dalam tahun)

Apa pendidikan tertinggi anda ? Tidak ada/ Sekolah Dasar/ Sekolah Menengah/ Pendidikan Tinggi

Apa pekerjaan anda? Bekerja/Tidak bekerja

Berapa penghasilan anda tiap bulan? _____ rupiah

Bagaimana kesehatan anda? Sangat buruk/ Buruk/ Biasa saja/ Baik/ Sangat baik

Apakah anda menganggap diri anda saat ini sedang sakit? Ya/Tidak

Jika ada sesuatu yang salah dengan anda, menurut anda apakah itu? _____

Harap menanggapi pertanyaan berikut ini apabila terjadi terhadap anda :

Bagaimana status HIV anda? Tidak bergejala/ Bergejala/ AIDS

Kapan pertama kali anda dinyatakan test HIV positif ? _____ bulan/tahun

Kapan pertama kali anda menggunakan obat ARV? _____ bulan/tahun

Lampiran 7

Kuesioner penelitian

Kualitas Hidup

Pertanyaan berikut ini menyangkut perasaan anda terhadap kualitas hidup, kesehatan dan hal-hal lain dalam hidup anda. **Pilihlah jawaban yang menurut anda paling sesuai dengan cara memberi tanda centang (√) pada tabel.**

Kami akan bertanya apa yang anda pikirkan tentang kehidupan anda **pada empat minggu terakhir.**

No	Pernyataan	Sangat buruk	Buruk	Biasa-biasa saja	Baik	Sangat baik
1.	Bagaimana menurut anda kualitas hidup anda?					

No	Pernyataan	Sangat tidak memuaskan	Tidak memuaskan	Biasa-biasa saja	Memuaskan	Sangat memuaskan
2.	Seberapa puas anda terhadap kesehatan anda?					

Pertanyaan berikut adalah tentang **seberapa sering** anda telah mengalami hal-hal berikut ini dalam empat minggu terakhir.

No	Pernyataan	Tidak sama sekali	Sedikit	Dalam jumlah sedang	Sangat sering	Dalam jumlah Berlebihan
3.	Seberapa jauh rasa sakit fisik anda mencegah anda dalam beraktivitas sesuai kebutuhan anda?					
4.	Seberapa sering anda membutuhkan terapi medis untuk dapat berfungsi dalam kehidupan sehari-hari anda?					

5.	Seberapa jauh anda menikmati hidup anda?					
6.	Seberapa jauh anda merasa hidup anda berarti?					
7.	Seberapa jauh anda mampu berkonsentrasi?					
8.	Secara umum, seberapa aman anda rasakan dalam kehidupan anda sehari-hari?					
9.	Seberapa sehat lingkungan dimana anda tinggal (berkaitan dengan sarana dan prasarana)					

Pertanyaan berikut ini adalah tentang seberapa penuh anda alami hal-hal berikut ini dalam 4 minggu terakhir?

No	Pernyataan	Tidak sama sekali	Sedikit	Sedang	Seringkali	Sepenuhnya dialami
10.	Apakah anda memiliki vitalitas yang cukup untuk beraktivitas sehari-hari?					
11.	Apakah anda dapat menerima penampilan tubuh anda?					
12.	Apakah anda memiliki cukup uang untuk memenuhi kebutuhan anda?					
13.	Seberapa jauh ketersediaan informasi bagi kehidupan anda dari hari ke hari?					
14.	Seberapa sering anda memiliki kesempatan untuk bersenang-senang/rekreasi?					

No	Pernyataan	Sangat buruk	Buruk	Biasa-biasa saja	Baik	Sangat baik
15.	Seberapa baik kemampuan anda dalam bergaul?					

No	Pernyataan	Sangat tidak memuaskan	Tidak memuaskan	Biasa-biasa saja	Memuaskan	Sangat Memuaskan
16.	Seberapa puaskah anda dengan tidur anda?					
17.	Seberapa puaskah anda dengan kemampuan anda untuk menampilkan aktivitas kehidupan anda sehari-hari?					
18.	Seberapa puaskah anda dengan kemampuan anda untuk bekerja?					
19.	Seberapa puaskah anda terhadap diri anda?					
20.	Seberapa puaskah anda dengan hubungan personal/sosial anda?					
21.	Seberapa puaskah anda dengan kehidupan seksual anda?					
22.	Seberapa puaskah anda dengan dukungan yang anda peroleh dari teman anda?					
23.	Seberapa puaskah anda dengan kondisi tempat tinggal saat ini?					
24.	Seberapa puaskah anda dengan akses anda pada layanan kesehatan?					
25.	Seberapa puaskah anda dengan transportasi yang harus anda jalani?					

Pertanyaan berikut merujuk pada seberapa sering anda merasakan atau mengalami hal-hal

berikut dalam empat minggu terakhir.

No	Pernyataan	Tidak pernah	Jarang	Cukup sering	Sangat sering	Selalu
26.	Seberapa sering anda memiliki perasaan negatif seperti ' <i>feeling blue</i> ' (kesepian), putus asa, cemas dan depresi?					

Lampiran 8

Kuni Jawaban Kuesioner penelitian

Kualitas Hidup

Pertanyaan berikut ini menyangkut perasaan anda terhadap kualitas hidup, kesehatan dan hal-hal lain dalam hidup anda. **Pilihlah jawaban yang menurut anda paling sesuai dengan cara memberi tanda centang (√) pada tabel.**

Kami akan bertanya apa yang anda pikirkan tentang kehidupan anda **pada empat minggu terakhir.**

No	Pernyataan	Sangat buruk	Buruk	Biasa-biasa saja	Baik	Sangat baik
1.	Bagaimana menurut anda kualitas hidup anda?	1	2	3	4	5

No	Pernyataan	Sangat tidak memuaskan	Tidak memuaskan	Biasa-biasa saja	Memuaskan	Sangat memuaskan
2.	Seberapa puas anda terhadap kesehatan anda?	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut adalah tentang **seberapa sering** anda telah mengalami hal-hal berikut ini dalam empat minggu terakhir.

No	Pernyataan	Tidak sama sekali	Sedikit	Dalam jumlah sedang	Sangat sering	Dalam jumlah Berlebihan
3.	Seberapa jauh rasa sakit fisik anda mencegah anda dalam beraktivitas sesuai kebutuhan anda?	5	4	3	2	1
4.	Seberapa sering anda membutuhkan terapi medis untuk dapat berfungsi dalam kehidupan sehari-hari anda?	5	4	3	2	1

5.	Seberapa jauh anda menikmati hidup anda?	1	2	3	4	5
6.	Seberapa jauh anda merasa hidup anda berarti?	1	2	3	4	5
7.	Seberapa jauh anda mampu berkonsentrasi?	1	2	3	4	5
8.	Secara umum, seberapa aman anda rasakan dalam kehidupan anda sehari-hari?	1	2	3	4	5
9.	Seberapa sehat lingkungan dimana anda tinggal (berkaitan dengan sarana dan prasarana)	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut ini adalah tentang seberapa penuh anda alami hal-hal berikut ini dalam 4 minggu terakhir?

No	Pernyataan	Tidak sama sekali	Sedikit	Sedang	Seringkali	Sepenuhnya dialami
10.	Apakah anda memiliki vitalitas yang cukup untuk beraktivitas sehari-hari?	1	2	3	4	5
11.	Apakah anda dapat menerima penampilan tubuh anda?	1	2	3	4	5
12.	Apakah anda memiliki cukup uang untuk memenuhi kebutuhan anda?	1	2	3	4	5
13.	Seberapa jauh ketersediaan informasi bagi kehidupan anda dari hari ke hari?	1	2	3	4	5
14.	Seberapa sering anda memiliki kesempatan untuk bersenang-senang/rekreasi?	1	2	3	4	5

No	Pernyataan	Sangat buruk	Buruk	Biasa-biasa saja	Baik	Sangat baik
15.	Seberapa baik kemampuan anda dalam bergaul?	1	2	3	4	5

No	Pernyataan	Sangat tidak memuaskan	Tidak memuaskan	Biasa-biasa saja	Memuaskan	Sangat Memuaskan
16.	Seberapa puaskah anda dengan tidur anda?	1	2	3	4	5
17.	Seberapa puaskah anda dengan kemampuan anda untuk menampilkan aktivitas kehidupan anda sehari-hari?	1	2	3	4	5
18.	Seberapa puaskah anda dengan kemampuan anda untuk bekerja?	1	2	3	4	5
19.	Seberapa puaskah anda terhadap diri anda?	1	2	3	4	5
20.	Seberapa puaskah anda dengan hubungan personal/sosial anda?	1	2	3	4	5
21.	Seberapa puaskah anda dengan kehidupan seksual anda?	1	2	3	4	5
22.	Seberapa puaskah anda dengan dukungan yang anda peroleh dari teman anda?	1	2	3	4	5
23.	Seberapa puaskah anda dengan kondisi tempat tinggal saat ini?	1	2	3	4	5
24.	Seberapa puaskah anda dengan akses anda pada layanan kesehatan?	1	2	3	4	5
25.	Seberapa puaskah anda dengan transportasi yang harus anda jalani?	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut merujuk pada seberapa sering anda merasakan atau mengalami hal-hal berikut dalam empat minggu terakhir.

No	Pernyataan	Tidak pernah	Jarang	Cukup sering	Sangat sering	Selalu
26.	Seberapa sering anda memiliki perasaan negatif seperti ' <i>feeling blue</i> ' (kesepian), putus asa, cemas dan depresi?	5	4	3	2	1

Lampiran 9

Tranformasi
Skor

Domain 1		
Jumlah skor	Transfor- masi skor	
	4- 20	0- 100
7	4	0
8	5	6
9	5	6
10	6	13
11	6	13
12	7	19
13	7	19
14	8	25
15	9	31
16	9	31
17	10	38
18	10	38
19	11	44
20	11	44
21	12	50
22	13	56
23	13	56
24	14	63
25	14	63
26	15	69
27	15	69
28	16	75
29	17	81
30	17	81
31	18	88
32	18	88
33	19	94
34	19	94
35	20	100

Domain 2		
Jumlah skor	Transfor- masi skor	
	4- 20	0- 100
6	4	0
7	5	6
8	5	6
9	6	13
10	7	19
11	7	19
12	8	25
13	9	31
14	9	31
15	10	38
16	11	44
17	11	44
18	12	50
19	13	56
20	13	56
21	14	63
22	15	69
23	15	69
24	16	75
25	17	81
26	17	81
27	18	88
28	19	94
29	19	94
30	20	100

Domain 3		
Jumlah skor	Transfor- masi skor	
	4- 20	0- 100
3	4	0
4	5	6
5	7	19
6	8	25
7	9	31
8	11	44
9	12	50
10	13	56
11	15	69
12	16	75
13	17	81
14	19	94
15	20	100

Domain 4		
Jumlah skor	Transfor- masi skor	
	4- 20	0- 100
8	4	0
9	5	6
10	5	6
11	6	13
12	6	13
13	7	19
14	7	19
15	8	25
16	8	25
17	9	31
18	9	31
19	10	38
20	10	38
21	11	44
22	11	44
23	12	50
24	12	50
25	13	56
26	13	56
27	14	63
28	14	63
29	15	69
30	15	69
31	16	75
32	16	75
33	17	81
34	17	81
35	18	88
36	18	88
37	19	94
38	19	94
39	20	100
40	20	100

Lampiran 10

Distribusi Frekuensi Variabel

Kualitashidup

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	30	78,9	78,9	78,9
	Kurang Baik	8	21,1	21,1	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 30 tahun	14	36,8	36,8	36,8
	≥ 30 tahun	24	63,2	63,2	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	34	89,5	89,5	89,5
	Rendah	4	10,5	10,5	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bekerja	33	86,8	86,8	86,8
	Tidak Bekerja	5	13,2	13,2	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

LamaARV

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	≥ 29 bulan	21	55,3	55,3	55,3
	< 29 bulan	17	44,7	44,7	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Penghasilan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	24	63,2	63,2	63,2
	Rendah	14	36,8	36,8	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Lampiran 11

Analisis Bivariat

Case Processing Summary

	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Lamaterdiagnosa * Kualitashidup	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
Umur * Kualitashidup	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
Pendidikan * Kualitashidup	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
Pekerjaan * Kualitashidup	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
LamaARV * Kualitashidup	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
Penghasilan * Kualitashidup	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%

Lama Terdiagnosa HIV

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	5,700 ^a	1	,017		
Continuity Correction ^b	3,958	1	,047		
Likelihood Ratio	6,270	1	,012		
Fisher's Exact Test				,042	,021
Linear-by-Linear Association	5,550	1	,018		
N of Valid Cases	38				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Lamaterdiagnosa (< 32 bulan / ≥ 32 bulan)	,095	,010	,876
For cohort Kualitashidup = Baik	,667	,465	,955
For cohort Kualitashidup = Kurang Baik	7,000	,951	51,541
N of Valid Cases	38		

Umur

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	2,580 ^a	1	,108		
Continuity Correction ^b	1,425	1	,233		
Likelihood Ratio	2,934	1	,087		
Fisher's Exact Test				,216	,114
Linear-by-Linear Association	2,513	1	,113		
N of Valid Cases	38				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,95.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Umur (< 30 tahun / ≥ 30 tahun)	5,353	,584	49,101
For cohort Kualitashidup = Baik	1,311	,976	1,761
For cohort Kualitashidup = Kurang Baik	,245	,034	1,790
N of Valid Cases	38		

Pendidikan

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	,042 ^a	1	,838		
Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,040	1	,841		
Fisher's Exact Test				1,000	,629
Linear-by-Linear Association	,041	1	,840		
N of Valid Cases	38				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,84.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pendidikan (Tinggi / Rendah)	1,286	,115	14,330
For cohort Kualitashidup = Baik	1,059	,586	1,912
For cohort Kualitashidup = Kurang Baik	,824	,133	5,089
N of Valid Cases	38		

Pekerjaan

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,535 ^a	1	,215		
Continuity Correction ^b	,423	1	,515		
Likelihood Ratio	2,559	1	,110		
Fisher's Exact Test				,563	,284
Linear-by-Linear Association	1,495	1	,221		
N of Valid Cases	38				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,05.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort Kualitashidup = Baik	,758	,625	,919
N of Valid Cases	38		

Lama ARV

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	1,293 ^a	1	,255		
Continuity Correction ^b	,543	1	,461		
Likelihood Ratio	1,292	1	,256		
Fisher's Exact Test				,426	,230
Linear-by-Linear Association	1,259	1	,262		
N of Valid Cases	38				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,58.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for LamaARV (\geq 29 bulan / < 29 bulan)	2,500	,501	12,469
For cohort Kualitashidup = Baik	1,214	,853	1,728
For cohort Kualitashidup = Kurang Baik	,486	,135	1,748
N of Valid Cases	38		

Penghasilan

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	,611 ^a	1	,435		
Continuity Correction ^b	,136	1	,712		
Likelihood Ratio	,638	1	,424		
Fisher's Exact Test				,684	,365
Linear-by-Linear Association	,595	1	,441		
N of Valid Cases	38				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,95.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Penghasilan (Tinggi / Rendah)	,500	,086	2,904
For cohort Kualitashidup = Baik	,875	,639	1,199
For cohort Kualitashidup = Kurang Baik	1,750	,407	7,522
N of Valid Cases	38		

Lampiran 12

Analisis Multivariat

		Variables in the Equation						95% C.I. for EXP(B)	
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 ^a	Lamaterdiagnosa(1)	4,569	1,491	9,387	1	,002	96,404	5,186	1792,146
	Umur(1)	-4,194	1,501	7,811	1	,005	,015	,001	,286
	Constant	-2,775	1,031	7,247	1	,007	,062		

a. Variable(s) entered on step 1: Lamaterdiagnosa, Umur.

