

LAPORAN PENELITIAN
HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP
ORANG DENGAN HIV/AIDS (ODHA) BINAAN
LSM PERJUANGAN KUPANG



OLEH:

MENTARI CHRYSTIANI LASI
NS. YOANI MARIA VIANNEY BITA ATY

PROGRAM STUDI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI
KUPANG

2018

ABSTRAK

Lasi, Mentari Ch. 2018. **Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Binaan LSM Perjuangan Kupang**. Program Studi Ners STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.
Yoani M. B. V. Aty, S.Kep., Ns., M.Kep.

Di dunia bahkan di Indonesia masalah *Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome* (HIV/AIDS) semakin meningkat dan merupakan masalah kesehatan yang masih sering terjadi sehingga mengancam hidup manusia. HIV/AIDS dapat menimbulkan masalah utama bagi orang dengan HIV/AIDS (ODHA) yaitu penurunan daya tahan tubuh yang bisa membawa dampak buruk pada kualitas hidup mereka.

Tujuan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup orang dengan HI/AIDS (ODHA) di LSM Perjuangan Kupang. Penelitian menggunakan penelitian kuantitatif, menggunakan rancangan penelitian *cross sectional*. Pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling* dengan jumlah sampel 103 responden. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang memiliki dukungan keluarga baik dengan kualitas hidup baik sebanyak 64 orang (62,1%). Analisa data menggunakan uji *Spearman Rho* dengan nilai signifikan 0,05. Hasil uji menunjukkan $p\ value= 0,000$ ($p<0,05$). Hal ini menunjukkan ada hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS.

Saran: Diharapkan bagi peneliti selanjutnya dapat meneliti faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga bagi orang dengan HIV/AIDS (ODHA).

Kata Kunci: Dukungan keluarga, kualitas hidup, ODHA

ABSTRACT

Lasi, Mentari Ch. 2018. Relationship Of Family Support with The Quality Of Life Of People With HIV/AIDS (ODHA) fostering of the LSM Perjuangan Kupang. Study Program Citra Husada Mandiri Kupang. Yoani M. B. V. Aty, S.Kep., Ns., M.Kep.

In the world even in Indonesia the problem of Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immune Deficiency Syndrome (HIV / AIDS) is increasing and is a health problem that still frequently occurs that threatens human life. HIV / AIDS can cause major problems for people with HIV / AIDS, namely a decrease in endurance that can have a negative impact on their quality of life.

The aim is to find out the relationship between family support and the quality of life of people with HI / AIDS in the NGO Perjuangan Kupang. The study used quantitative research, using cross sectional research. Sampling using purposive sampling with a sample of 103 respondents. The results of this study indicate that most respondents who have good family support with good quality of life are 64 people (62.1%). Data analysis uses the Spearman Rho test with a significant value of 0.05. The test results showed p value = 0,000 ($p < 0,05$). This shows that there is a family support relationship with the quality of life of people with HIV / AIDS.

Suggestion: It is expected that researchers can further examine the factors that influence family support for people with HIV / AIDS.

Keywords: family support, quality of life, ODHA.

1.1 Latar Belakang

Di dunia masalah *Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome (HIV/AIDS)* semakin meningkat dan merupakan masalah kesehatan yang masih sering terjadi sehingga mengancam hidup manusia. Saat ini HIV/AIDS merupakan penyakit yang tersebar luas di dunia. Bahkan di Indonesia sendiri masalah HIV/AIDS cukup mendapat perhatian karena Indonesia adalah negara terbuka, sehingga kemungkinan masuknya HIV/AIDS terus bertambah dan sulit untuk dihentikan. HIV merupakan salah satu jenis virus yang tidak boleh diabaikan dan dapat menyerang siapa saja tanpa memandang jenis kelamin, ras, suku, status maupun tingkat sosial. HIV/AIDS dapat menimbulkan masalah utama bagi orang dengan HIV/AIDS (ODHA) yaitu penurunan daya tahan tubuh yang bisa membawa dampak buruk pada kualitas hidup mereka.

Berdasarkan data WHO (*World Health Organization*) rata-rata prevalensi kasus HIV tahun 2015 terdapat 36,7 juta (34 juta-39,8 juta) pengidap HIV, meningkat sebanyak 3,4 juta kasus dibandingkan tahun 2010. Dari peningkatan tersebut, sebanyak 2,1 juta kasus diantaranya merupakan kasus baru HIV. Dalam laporan yang sama terjadi penurunan kematian. WHO mencatat sejak AIDS ditemukan hingga akhir tahun 2015 tercatat 34 juta orang meninggal dan ditahun 2015 tercatat sebesar 1,1 juta orang meninggal terkait dengan AIDS

(Pusdatin-Kemenkes RI, 2016). Menurut laporan WHO dan UNAIDS, ketiga negara yang memiliki laju infeksi HIV tertinggi di dunia adalah China, India, dan Indonesia. Ketiga negara itu memiliki populasi penduduk terbesar di dunia.

Di Indonesia, menurut Ditjen Jendral PP & PL, prevalensi kasus HIV/AIDS di Indonesia Triwulan IV tahun 2016 dari bulan Oktober sampai Desember jumlah infeksi HIV sebanyak 13.287 orang dan AIDS sebanyak 3.812 orang. Presentase infeksi HIV tertinggi pada kelompok umur 25-49 tahun (68%) dan terendah pada kelompok umur 50 tahun (6,6%), sedangkan AIDS tertinggi pada kelompok umur 30-39 (35,3%) dan terendah pada kelompok umur 40-49 tahun (16,2%) dengan rasio laki-laki dan perempuan yang terinfeksi HIV/AIDS yaitu 2:1. Presentase faktor risiko HIV tertinggi adalah hubungan seks berisiko pada heteroseksual (53%) dan terendah adalah penggunaan jarum suntik tidak steril pada penasun (1%). Sedangkan AIDS hubungan seks berisiko pada heteroseksual (71,9%) dan terendah adalah penggunaan jarum suntik tidak steril pada penasun (2,5%).

Prevalensi kasus HIV di Provinsi NTT sebanyak 1.865 kasus dan AIDS sebanyak 2.343 kasus pada tahun 2016 (Profil Kesehatan Kota Kupang, 2016). Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi NTT (KPAP), mengatakan sejak tahun 1997 hingga Juni 2017 sebanyak 1.259 orang meninggal dari total 5.160 pengidap HIV/AIDS. Data dari DinKes NTT kasus tertinggi pada usia antara 25-49 tahun sebanyak 575 orang dan terendah usia 5-9 tahun sebanyak 2 orang. Berdasarkan data yang

diperoleh dari LSM Perjuangan Kupang prevalensi kasus HIV/AIDS pada tahun 2017 sebanyak 138 kasus dan sebanyak 6 orang meninggal terkait HIV/AIDS. Berdasarkan hasil wawancara dengan 10 orang ODHA, didapatkan hasil 6 dari 10 orang mengatakan mendapat dukungan sosial keluarga berupa penerimaan terkait kondisi penyakit yang diderita dan perhatian dari keluarga selama dalam masa pengobatan. Sedangkan 4 diantaranya kurang mendapatkan dukungan sosial dari keluarga.

Penularan HIV terjadi melalui hubungan seks, transfusi darah yang terinfeksi, penyalahgunaan obat terlarang dan secara vertikal dari ibu kepada bayi melalui plasenta atau air susu ibu (Price & Wilson, 2005). HIV/AIDS merupakan penyakit yang bersifat kronis dan progresif yang dapat menurunkan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS. Kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS berdampak pada seluruh aspek kehidupan baik fisik, psikologis dan sosial. Masalah pada fisik yaitu saat virus HIV secara progresif mulai melemahkan sistem kekebalan tubuh, maka pengidap HIV menjadi rentan terhadap berbagai macam penyakit, seperti kandidiasis, terinfeksi virus sitomegalia (CMV), herpes simpleks, kanker antara lain limfoma dan sarkoma kaposi, radang paru-paru dan TBC. Infeksi berbagai penyakit lain itu disebut infeksi oportunistik (Komisi Nasional Indonesia untuk UNESCO, 2009). Permasalahan psikologis yang dihadapi penderita HIV/AIDS dapat menyebabkan stres dan emosi negatif sehingga menyebabkan kondisi mereka semakin buruk. Penderita HIV/AIDS tidak hanya mengalami penurunan fisiologis

dan gangguan psikologis, tetapi juga mendapatkan masalah sosial seperti stigma dan diskriminasi. Pandangan negatif dan penolakan ini memberikan perasaan tidak nyaman bagi para penderita HIV/AIDS, yang turut mempengaruhi kondisi fisik dan kesehatan mereka secara umum (Sari & Hayati, 2015).

Kualitas hidup sangat dipengaruhi oleh hal-hal yang cukup kompleks seperti kesehatan fisik, kondisi psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, dukungan sosial baik dari keluarga maupun masyarakat dan hubungan individu tersebut dengan lingkungannya (Diatmy dan Fridari, 2014). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Zainudin (2015) berjudul "Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) di Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) Perjuangan Kupang" didapatkan hasil bahwa dukungan sosial menjadi faktor utama yang mempengaruhi kualitas hidup ODHA dengan nilai signifikansi uji *Chi-square* $p= 0,03$ ($p < \alpha = 0,05$).

Secara lebih spesifik, keberadaan dukungan sosial yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit, meningkatkan fungsi kognitif, fisik dan kesehatan emosi (Ryan & Austin, 1989 dalam Friedman, 2010). Dukungan sosial merupakan salah satu cara yang dapat digunakan untuk mengatasi permasalahan sosial yang dialami ODHA. Di dalam keluarga ODHA dapat menerima kasih sayang, perhatian, perasaan dicintai dan dihargai meskipun keadaan mereka semakin memburuk. Adanya dukungan dari

keluarga dapat mengurangi stigma negatif dan diskriminasi pada ODHA sehingga bisa meningkatkan kualitas hidup ODHA. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Rahakbauw (2016) berjudul “Dukungan Keluarga Terhadap Kelangsungan Hidup ODHA”, mendapatkan hasil bahwa dukungan sosial dari keluarga memiliki pengaruh yang signifikan terhadap proses perkembangan kesehatan ODHA.

Selain dukungan keluarga untuk meningkat kondisi fisik dan psikologis ODHA dapat dilakukan terapi baik terapi farmakologis maupun non farmakologis. Terapi farmakologis yang dapat diberikan adalah terapi antiretroviral (ARV). Ada beberapa tujuan dari ARV, diantaranya mengurangi laju penularan HIV di masyarakat, menurunkan komplikasi dan memperbaiki kualitas hidup ODHA (Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik, 2006). Sedangkan terapi non farmakologis seperti olahraga teratur, terapi diet, dan terapi yang bisa mengatasi masalah psikis yaitu *cognitive behavior therapy* (CBT) dan kecemasan yaitu terapi imajinasi terbimbing.

Adapun program-program pemerintah yang bisa dilakukan untuk meningkatkan rawatan, dukungan sosial dan pengobatan dengan upaya pemberdayaan keluarga dan masyarakat dalam pencegahan HIV/AIDS melalui konseling, pendidikan kesehatan dan penyuluhan kesehatan. Dalam kebijakan nasional HIV/AIDS upaya pengendalian HIV/AIDS yang dilakukan pemerintah senantiasa memperhatikan nilai luhur kemanusiaan, penghormatan harkat hidup manusia, hak asasi manusia, serta mencegah terjadinya stigmatisasi dan diskriminasi.

Pemerintah berkewajiban memberikan arah pengendalian HIV/AIDS sesuai dengan komitmen global dan nasional, menentukan prioritas pengendalian serta memobilisasi sumber daya yang cukup untuk pengendalian penyebaran HIV/AIDS.

Berdasarkan uraian permasalahan diatas peneliti perlu untuk melakukan penelitian tentang “Hubungan Dukungan Sosial Keluarga dengan Kualitas Hidup Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Binaan LSM Perjuangan Kupang”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas maka dirumuskan uraian masalah sebagai berikut:

“Apakah ada hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS (ODHA) binaan LSM Perjuangan Kupang?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS (ODHA) binaan LSM Perjuangan Kupang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi dukungankeluarga pada orang dengan HIV/AIDS (ODHA) binaan LSM Perjuangan Kupang.
2. Mengidentifikasi kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS (ODHA) binaan LSM Perjuangan Kupang.

3. Menganalisis hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS (ODHA) binaan LSM Perjuangan Kupang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Secara teoritis, hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumbangan ilmiah bagi ilmu keperawatan dan masukan bagi mahasiswa keperawatan, peneliti selanjutnya dan LSM Perjuangan Kupang dalam meningkatkan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS.

1.4.2 Manfaat Praktis

Penelitian ini memiliki manfaat bagi beberapa pihak, baik institusi terkait maupun individu yang berhubungan, beberapa diantaranya yaitu :

1. Bagi Institusi STIKes CHMK

Sebagai bahan masukan kepada institusi untuk menambah literatur di perpustakaan dan menjadi bahan masukan bagi para pengajar untuk memberi materi tentang hubungan dukungankeluarga dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS (ODHA).

2. Bagi Ketua LSM Perjuangan Kupang

Diharapkan kepada ketua LSM untuk senantiasa memberitahukan kepada keluarga untuk selalu mendampingi dan memberi dukungan bagi anggota LSM Perjuangan

Kupang yang menderita HIV/AIDS selama dalam masa pengobatan.

3. Bagi Keluarga

Diharapkan kepada seluruh anggota keluarga dapat memahami tugas-tugas keluarga dalam memberi dukungan kepada anggota keluarga yang menderita HIV/AIDS agar dapat meningkatkan kualitas hidup dari ODHA.

4. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat menambah pengetahuan, pemahaman serta kemampuan peneliti dalam menangani masalah dalam bidang medikal bedah, khususnya dalam meningkatkan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS.

5. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan hasil dari penelitian ini dapat dijadikan sumber informasi dan data pembanding untuk pengembangan judul-judul selanjutnya bagi penelitian pada orang dengan HIV/AIDS.

1.5 Keaslian Penelitian

Sejauh penelusuran penulis adapun penelitian sebelumnya yang berkaitan dengan penelitian ini:

| No. | Nama Peneliti | Tahun | Judul Penelitian | Metode Penelitian | Perbedaan |
|-----|------------------|-------|--|-------------------|--|
| 1. | Nancy Rahakbauw | 2016 | Dukungan Keluarga Terhadap Kelangsungan Hidup ODHA di Provinsi Jakarta | Kualitatif | <ol style="list-style-type: none"> 1. Jenis penelitian ini adalah kualitatif, sedangkan penelitian saya kuantitatif. 2. Penelitian ini menggunakan pendekatan studi kasus, sedangkan pada penelitian saya menggunakan pendekatan <i>cross sectional</i>. 3. Penelitian ini mengumpulkan data dengan cara obeservasi dan wawancara, sedangkan penelitian saya mengumpulkan data dengan kuesioner. 4. Penelitian ini berlokasi di seluruh RS di Jakarta, sedangkan penelitian saya berlokasi di LSM Perjuangan Kupang. |
| 2. | Haryati Zainudin | 2016 | Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Orang Dengan | Kuantitatif | <ol style="list-style-type: none"> 1. Variabel independen pada penelitian ini faktor-faktor yang mempengaruhi |

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|---|
| | | | HIV/AIDS (ODHA) di Lembaga Suadaya Masyarakat (LSM) Perjuangan Kupang | | <p>kualitas hidup, sedangkan pada penelitian saya dukungan keluarga.</p> <p>2. Penelitian ini menggunakan desain observasional analitik, sedangkan pada penelitian saya menggunakan desain korelasional.</p> <p>3. Penelitian ini menggunakan uji statistik <i>Regresi Linear Ganda</i>, sedangkan penelitian saya menggunakan uji statistik <i>Spearman Rho</i>.</p> |
|--|--|--|---|--|---|

2.1 Konsep Dukungan Keluarga**2.1.1 Pengertian Dukungan Keluarga**

Menurut Friedman (2010), dukungan sosial merupakan strategi coping penting untuk dimiliki keluarga saat mengalami stres. Dukungan sosial dapat berfungsi sebagai strategi preventif untuk mengurangi stres dan konsekuensi negatifnya. Kane (1998 dalam Friedman, 2010), mendefinisikan dukungan keluarga sebagai suatu proses hubungan antara keluarga dengan lingkungan sosialnya. Beberapa pendapat mengatakan bahwa dukungan sosial terutama dalam konteks hubungan yang akrab atau kualitas perkawinan dan keluarga barang kali merupakan sumber dukungan sosial yang paling penting (Rodin & Salovey, 1989 dikutip Smet, 1994 dalam Nursalam & Kurniawati, 2013).

Dengan demikian dapat disimpulkan dukungan keluarga mengacu kepada dukungan-dukkungan sosial yang dipandang oleh anggota keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses atau diadakan untuk keluarga (dukungan sosial bisa atau tidak digunakan, tapi anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan).

2.1.2 Jenis Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (1998 dalam Setiadi, 2008) ada empat jenis dukungan sosial keluarga yaitu:

1. Dukungan instrumental, yaitu keluarga menerapkan sumber pertolongan praktis dan konkrit diantaranya kesehatan penderita dalam hal kebutuhan makan dan minum, istirahat dan terhindarnya penderita dari kelelahan. Dukungan instrumental keluarga merupakan suatu dukungan atau bantuan penuh dari keluarga dalam bentuk memberikan bantuan tenaga, dana, maupun meluangkan waktu untuk membantu atau melayani dan mendengarkan anggota keluarga menyampaikan perasaannya.
2. Dukungan informasional, yaitu keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan penyebar informasi yang meliputi pemberian saran, informasi yang bisa digunakan untuk mengungkapkan sebuah masalah. Manfaat dari dukungan ini adalah dapat menekan munculnya suatu stresor karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus pada individu. Aspek-aspek dalam dukungan ini adalah nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi.
3. Dukungan penilaian (*appraisal*), yaitu keluarga bertindak sebagai sebuah umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah dan sebagai sumber validator identitas keluarga diantaranya menerima keterbatasan yang dialami salah satu

anggota keluarga, memberikan *support*, penghargaan dan perhatian.

4. Dukungan emosional, yaitu keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Dukungan emosional merupakan bentuk dukungan atau bantuan yang dapat memberikan rasa aman, cinta kasih, membangkitkan semangat dan mengurangi putus asa.

2.1.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Menurut Purnawan (2008 dalam Suparyanto, 2012), faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah :

1. Faktor Internal

- 1) Tahap perkembangan

Artinya dukungan keluarga dapat ditentukan oleh faktor usia dalam hal ini adalah pertumbuhan dan perkembangan, dengan demikian setiap rentang usia (bayi-lansia) memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan yang berbeda-beda.

- 2) Faktor emosi

Faktor emosional juga mempengaruhi keyakinan terhadap adanya dukungan dan cara melaksanakannya. Seseorang yang mengalami respon stres dalam setiap perubahan hidupnya cenderung berespon terhadap berbagai tanda sakit, mungkin dilakukan dengan cara

mengkhawatirkan bahwa penyakit tersebut dapat mengancam kehidupannya. Seseorang yang secara umum terlihat sangat tenang mungkin mempunyai respon emosional yang kecil selama ia sakit. Seorang individu yang tidak mampu melakukan koping secara emosional terhadap ancaman penyakit mungkin akan menyangkal adanya gejala penyakit pada dirinya dan tidak mau menjalani pengobatan.

2. Faktor Eksternal

1) Praktik di keluarga

Cara bagaimana keluarga memberikan dukungan biasanya mempengaruhi penderita dalam melaksanakan upaya kesehatan bagi dirinya.

2) Pendidikan atau tingkat pengetahuan

Keyakinan seseorang terhadap adanya dukungan terbentuk oleh variabel intelektual yang terdiri dari pengetahuan, latar belakang pendidikan dan pengalaman masa lalu. Kemampuan kognitif akan membentuk cara berpikir seseorang termasuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan untuk menjaga kesehatan dirinya.

3) Spiritual

Aspek spiritualisasi dapat terlihat dari bagaimana seseorang menjalani kehidupannya, mencakup nilai dan keyakinan yang dilaksanakan, hubungan dengan keluarga atau teman dan kemampuan mencari harapan dan arti dalam hidup.

4) Faktor sosial ekonomi

Faktor sosial dan ekonomi dapat meningkatkan risiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan dan bereaksi terhadap penyakitnya. Semakin tinggi tingkat ekonomiseseorang biasanya akan lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang dirasakan. Sehingga ia segera mencari pertolongan ketika merasa ada gangguan pada kesehatannya.

5) Latar belakang budaya

Latar belakang budaya mempengaruhi keyakinan, nilai dan kebiasaan individu dalam memberikan dukungan termasuk cara pelaksanaan kesehatan pribadi.

2.2 Konsep Keluarga

2.2.1 Pengertian Keluarga

Keluarga adalah perkumpulan dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi dan tiap-tiap anggota keluarga selalu berinteraksi satu sama lain (Harmoko, 2012). Menurut Depkes RI (1988), keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang

yang berkumpul dan tinggal disuatu tempat dibawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Padila, 2012).

Uraian diatas menunjukkan bahwa keluarga sebagai suatu sistem. Setiap anggota keluarga harus memiliki hubungan yang erat dalam saling berinteraksi, interelasi (hubungan sosial), dan interdependensi (saling ketergantungan) untuk mencapai tujuan bersama (Padila, 2012).

2.2.2 Tujuan Dasar Keluarga

Menurut Padila (2012), tujuan dasar keluarga yaitu sebagai berikut:

1. Keluarga berfungsi sebagai *buffer* atau sebagai perantara antara masyarakat dan individu, yakni mewujudkan semua harapan dan kewajiban masyarakat dengan memenuhi kebutuhan setiap anggota keluarga serta menyiapkan peran anggotanya menerima peran dimasyarakat.
2. Keluarga juga merupakan sistem terbuka sehingga dipengaruhi oleh supra sistemnya yaitu lingkungannya. Lingkungannya disini adalah masyarakat dan sebaliknya sebagai subsistem dari lingkungan (masyarakat).

Sedangkan menurut Andarmoyo (2012), tujuan dasar pembentukan keluarga adalah :

1. Keluarga merupakan unit dasar yang memiliki pengaruh kuat terhadap perkembangan individu.
2. Keluarga sebagai perantara bagi kebutuhan dan harapan anggota keluarga dengan kebutuhan dan tuntutan masyarakat.

3. Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan anggota keluarga dengan menstabilkan kebutuhan kasih sayang, sosio-ekonomi dan kebutuhan seksual.
4. Keluarga memiliki pengaruh yang penting terhadap pembentukan identitas seorang individu.

2.2.3 Fungsi Keluarga

Menurut Friedman (2010), fungsi keluarga dibagi menjadi 5 (Lima) yaitu:

1. Fungsi Afektif

Memfasilitasi stabilisasi kepribadian orang dewasa, memenuhi kebutuhan psikologis anggota keluarga. Fungsi afektif berhubungan dengan fungsi internal keluarga yang merupakan basis kekuatan dari keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial.

2. Fungsi Sosialisasi

Memfasilitasi sosialisasi primer keluarga yang bertujuan menjadikan keluarga sebagai anggota masyarakat yang produktif serta memberikan status pada anggota keluarga. Sosialisasi adalah suatu proses dimana anggota masyarakat yang baru mempelajari norma-norma masyarakat dimana dia menjadi anggota (Soekano, 2002 dalam Padila, 2012).

Sosialisasi dimulai pada saat lahir dan hanya diakhiri dengan kematian. Sosialisasi merupakan suatu proses yang berlangsung seumur hidup dimana individu secara kontinu

mengubah perilaku mereka sebagai respon terhadap situasi yang terpola secara sosial yang mereka alami.

3. Fungsi Reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan meningkatkan sumber daya manusia dengan adanya program keluarga.

4. Fungsi Ekonomi

Untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti makanan, pakaian dan rumah, maka keluarga memerlukan sumber keuangan. Fungsi ini sulit dipenuhi oleh keluarga dibawah garis kemiskinan (*Gakin*).

5. Fungsi Perawatan Kesehatan

Selain keluarga menyediakan kebutuhan-kebutuhan fisik seperti makanan, pakaian dan tempat tinggal, keluarga juga harus melakukan perawatan kesehatan terhadap anggota keluarganya. Keluarga memberikan perawatan kesehatan yang bersifat pencegahan (*preventif*) dan secara bersama-sama merawat anggota keluarga yang sakit. Lebih jauh keluarga mempunyai tanggung jawab utama untuk memulai mengkoordinasikan pelayanan yang diberikan oleh para profesional perawatan kesehatan (Prant, 1977; 1982).

2.2.4 Tugas Keluarga

Menurut Allender dan Spradley (2001 dalam Nursalam, 2013), hal-hal yang perlu dikaji oleh keluarga dalam melakukan pemenuhan tugas keperawatan keluarga adalah:

1. Mengetahui masalah kesehatan

Untuk mengetahui kemampuan keluarga mengenal masalah HIV/AIDS, yang perlu dikaji adalah sejauh mana keluarga mengetahui mengenai fakta-fakta dari masalah HIV/AIDS meliputi: pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan yang mempengaruhinya serta persepsi keluarga terhadap masalah HIV/AIDS.

2. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat

Untuk mengetahui kemampuan keluarga mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat, hal yang perlu dikaji adalah sejauh mana kemampuan keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah HIV/AIDS:

- 1) Apakah masalah HIV/AIDS dirasakan oleh seluruh anggota keluarga?
- 2) Apakah keluarga merasa menyerah terhadap masalah yang dialami?
- 3) Apakah keluarga merasa takut akan akibat dari penyakit HIV/AIDS?
- 4) Apakah keluarga mempunyai sifat negatif terhadap masalah HIV/AIDS?

- 5) Apakah keluarga dapat menjangkau fasilitas kesehatan yang ada?
- 6) Apakah keluarga percaya terhadap tenaga kesehatan?
- 7) Apakah keluarga mendapat informasi yang salah terhadap tindakan dalam mengatasi HIV/AIDS?

3. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit

Untuk mengetahui kemampuan keluarga pasien HIV/AIDS dalam memberikan perawatan yang perlu dikaji adalah:

- 1) Sejauh mana keluarga mengetahui keadaan penyakitnya (sifat, penyebaran, komplikasi dan cara perawatan HIV/AIDS)?
- 2) Sejauh mana keluarga mengetahui tentang sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan?
- 3) Sejauh mana keluarga mengetahui keberadaan fasilitas yang diperlukan untuk perawatan?
- 4) Sejauh mana keluarga mengetahui sumber-sumber yang ada dalam keluarga (anggota keluarga yang bertanggung jawab, sumber keuangan/finansial, fasilitas fisik dan psikososial)?
- 5) Bagaimana sikap keluarga terhadap yang sakit?

4. Mempertahankan suasana rumah yang sehat

Untuk mengetahui sejauh mana keluarga memelihara lingkungan rumah yang sehat, hal yang perlu dikaji adalah:

- 1) Sejauh mana keluarga mengetahui sumber-sumber keluarga yang dimiliki?
 - 2) Sejauh mana keluarga melihat keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan?
 - 3) Sejauh mana keluarga mengetahui pentingnya higiene sanitasi?
 - 4) Sejauh mana keluarga mengetahui upaya pencegahan penyakit?
 - 5) Sejauh mana sikap atau pandangan keluarga terhadap higiene sanitasi?
 - 6) Sejauh mana kekompakan antar anggota keluarga?
5. Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada dimasyarakat

Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga menggunakan fasilitas/pelayanan kesehatan di masyarakat, hal yang perlu dikaji adalah:

- 1) Sejauh mana keluarga mengetahui keberadaan fasilitas kesehatan?
- 2) Sejauh mana keluarga memahami keuntungan-keuntungan yang diperoleh dari fasilitas kesehatan?
- 3) Sejauh mana tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas dan fasilitas kesehatan?
- 4) Apakah keluarga mempunyai pengalaman yang kurang baik terhadap petugas kesehatan?

5) Apakah fasilitas kesehatan yang ada terjangkau oleh keluarga?

Kelima tugas keluarga ini harus terus dijalankan, apabila salah satu tugas keluarga tidak dijalankan maka akan menimbulkan masalah kesehatan keluarga.

2.3 Konsep Kualitas Hidup

2.3.1 Pengertian Kualitas Hidup

Menurut *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)* (1997), mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu dari posisi individu dalam kehidupan, dalam konteks sistem budaya dan nilai dimana individu hidup dan dalam kaitannya dengan tujuan, harapan, standar dan kekhawatiran. Menurut WHO (1996), kualitas hidup atau *Quality Of Life* adalah persepsi individual tentang posisi dimasyarakat dalam konteks nilai dan budaya terkait adat setempat dan berhubungan dengan keinginan dan harapan yang merupakan pandangan multidimensi, yang tidak terbatas hanya dari fisik melainkan juga dari aspek psikologis. Kualitas hidup merupakan persepsi individu mengenai posisi mereka dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka hidup dalam kaitannya dengan tujuan, standar, harapan dan perhatian yang diterima (Nursalam, 2014).

Berdasarkan uraian di atas maka disimpulkan bahwa kualitas hidup adalah pandangan seseorang terhadap dirinya di dalam kehidupan biospikospiritual dan sistem nilai kehidupan yang dijalani.

2.3.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Faktor-faktor yang memengaruhi kualitas hidup menurut Moons, dkk (2004 dalam Nofitri, 2009) dalam konseptualisasi yang dikemukakannya, sebagai berikut:

1. Gender atau Jenis Kelamin

Gender adalah salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Terdapat perbedaan kualitas hidup antara laki-laki dan perempuan, dimana kualitas hidup laki cenderung lebih baik dari pada kualitas hidup perempuan. Kesejahteraan laki-laki dan perempuan tidak jauh berbeda, namun perempuan lebih banyak terkait dengan aspek hubungan yang bersifat positif sedangkan kesejahteraan tinggi pada pria lebih terkait dengan aspek pekerjaan dan pendidikan yang lebih baik. Fadda & Jiron (1999 dalam Makkau, 2014), mengatakan bahwa laki-laki dan perempuan memiliki perbedaan dalam peran serta akses dan kendali terhadap berbagai sumber sehingga kebutuhan atau hal-hal keuangan penting bagi laki-laki dan perempuan juga akan berbeda. Hal ini mengindikasikan adanya perbedaan aspek-aspek kehidupan dalam hubungan dengan kualitas hidup pada laki-laki dan perempuan.

2. Usia

Usia adalah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Hal ini dikarenakan semakin bertambah usia, seseorang lebih matang terutama dari segi psikologis, termasuk kesiapan ketika menghadapi kondisi sakit. Penelitian yang dilakukan oleh

Wagner, Abbot, & Lett (2004 dalam Nofitri, 2009), menemukan adanya perbedaan terkait usia dalam aspek-aspek kehidupan yang penting bagi individu. Hal ini dikarenakan semakin bertambah usia, seseorang lebih matang terutama dari segi psikologis, termasuk kesiapan ketika menghadapi kondisi sakit.

3. Pendidikan

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), pendidikan merupakan proses perubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok orang dalam usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan. Moons (2004 dalam Salsabila, 2012), mengatakan bahwa tingkat pendidikan adalah salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup subjektif. Penelitian yang dilakukan oleh Wahl (2004 dalam Makkau, 2014) menemukan bahwa kualitas hidup akan meningkat seiring dengan lebih tingginya tingkat pendidikan yang didapatkan oleh individu. Penelitian yang berjudul "Determinan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS", berdasarkan tingkat pendidikan menunjukkan hasil sebanyak 50,5% berpendidikan tersier, 26,2% sekunder, 13,6% primer dan 9,7% tidak berpendidikan. Responden yang berpendidikan tersier mendapat skor kualitas hidup lebih tinggi diseluruh domain kecuali pada domain spiritual. Sedangkan responden tanpa pendidikan formal memperoleh skor kualitas hidup paling rendah.

4. Pekerjaan

Pekerjaan adalah tugas atau rutinitas yang dilakukan setiap hari dimana tugas yang dilakukan dijadikan sebagai penghidupan dan dilakukan untuk mendapatkan nafkah. Jenis lapangan pekerjaan mempunyai hubungan erat dengan status ekonomi individu, keluarga dan masyarakat (Notoadmodjo, 2003). Terdapat perbedaan kualitas hidup antara penduduk yang berstatus sebagai pelajar, penduduk yang bekerja, penduduk yang tidak bekerja (atau sedang mencari pekerjaan) dan penduduk yang tidak mampu bekerja (atau memiliki *disability*) tertentu. Menurut Andrew, dkk (dalam Makkau, 2014), mengenai dampak pekerjaan pada kualitas hidup dan fungsi psikologis pada pasien HIV dan AIDS, didapatkan hasil responden yang bekerja melaporkan tingkat mutu hidup yang secara signifikan lebih tinggi.

5. Status Pernikahan

Pernikahan merubah status seseorang dari bujang atau janda/duda menjadi status pernikahan. Wahl (2004 dalam Nofitri, 2009), menemukan bahwa baik pria maupun wanita, individu dengan status menikah atau kohabitasi memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi dikarenakan mereka mendapat dukungan dari suami, istri dan keluarga memberi kontribusi yang besar terhadap kualitas hidup.

Penelitian bertajuk “Status Pernikahan dan Kematian HIV dan AIDS”, bukti dari US National Longitudinal Mortality Study yang dilakukan oleh Kposowa Augustine dari University of California (dalam Makkau, 2014), menyatakan bahwa status perkawinan merupakan faktor penting bagi pasien HIV dan AIDS yang berjenis kelamin laki-laki. Laki-laki yang bercerai dan berpisah lebih dari enam kali cenderung meninggal karena AIDS dibandingkan dengan laki-laki yang sudah menikah. Sementara yang belum menikah cenderung memiliki resiko 13,5% meninggal akibat penyakit ini dibandingkan dengan mereka yang menikah (Battye, 2013 dalam Makkau, 2014).

6. Penghasilan

Menurut Dakey (2002 dalam Nofitri, 2009) menemukan adanya pengaruh dari faktor demokrasi berupa penghasilan dengan kualitas hidup yang dihayati secara subjektif. Menurut penelitian Henny (2011), responden dengan penghasilan rendah memiliki kualitas hidup kurang baik sebanyak 21 orang (72,4%), sedangkan responden penghasilan tinggi memiliki kualitas hidup kurang baik sebanyak 37 orang (58,7%).

7. Dukungan Sosial

Dukungan sosial sebagai satu diantara fungsi pertalian/ikatan sosial. Segi fungsionalnya mencakup dukungan emosional, mendorong adanya ungkapan perasaan, memberi nasehat atau

informasi dan pemberian bantuan material (Rook, 1985 dikutip Smert, 1994 dalam Nursalam, 2013).

Berdasarkan penelitian sebelumnya menemukan adanya pengaruh dari faktor demokrasi berupa jaringan sosial dengan kualitas hidup yang dihayati secara subjektif. Kahneman Diener & Schwarz (1999 dalam Nofitri, 2009), mengatakan bahwa pada saat kebutuhan akan hubungan dekat dengan orang lain terpenuhi, baik melalui hubungan pertemanan yang saling mendukung maupun melalui pernikahan, manusia akan memiliki kualitas hidup yang lebih baik, secara fisik maupun emosional.

2.3.3 Domain Kualitas Hidup

Menurut WHOQOL-BREF (1996 dalam Nursalam, 2016) ada empat domain yang dijadikan parameter untuk mengetahui kualitas hidup. Setiap domain akan dijelaskan dalam beberapa aspek yakni:

1. Domain Kesehatan Fisik

WHOQOL membagi domain fisik menjadi tujuh bagian, yaitu:

- 1) Kegiatan kehidupan sehari-hari
- 2) Ketergantungan pada bahan obat dan bantuan medis
- 3) Energi dan kelelahan
- 4) Mobilitas
- 5) Rasa sakit dan kenyamanan
- 6) Tidur dan istirahat
- 7) Kapasitas kerja

2. Domain Psikologis

WHOQOL membagi domain psikologis menjadi enam bagian, yaitu:

- 1) Bentuk dan tampilan tubuh
- 2) Perasaan negatif
- 3) Perasaan positif
- 4) Penghargaan diri
- 5) Spiritualitas agama atau keyakinan pribadi
- 6) Berpikir, belajar, memori dan konsentrasi

3. Domain Hubungan Sosial

WHOQOL membagi domain hubungan sosial pada tiga bagian yaitu:

- 1) Hubungan pribadi
- 2) Dukungan sosial
- 3) Aktifitas seksual

4. Domain Lingkungan

WHOQOL membagi domain lingkungan pada delapan bagian, yaitu:

- 1) Sumber daya keuangan
- 2) Kebebasan, keamanan dan kenyamanan fisik
- 3) Kesehatan dan perhatian sosial: aksesibilitas dan kualitas
- 4) Lingkungan rumah
- 5) Peluang untuk memperoleh informasi baru dan keterampilan baru

- 6) Partisipasi dan kesempatan untuk rekreasi dan keterampilan baru
- 7) Lingkungan fisik (polusi atau kebisingan atau lalu lintas atau iklim)
- 8) Transportasi

2.4 Konsep Dasar Penyakit HIV/AIDS

2.4.1 Pengertian

Menurut Green (2016), HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia dan melemahkan kemampuan tubuh untuk melawan segala penyakit yang datang. Kumpulan gejala penyakit akibat lemahnya sistem kekebalan tubuh inilah yang disebut AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*). Sedangkan menurut DepKes RI (2008), HIV adalah sejenis retrovirus-RNA yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia dan AIDS adalah kumpulan gejala penyakit yang didapat akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh yang disebabkan oleh virus HIV. HIV menyerang sistem kekebalan tubuh dan melemahkan sistem pertahanan tubuh terhadap infeksi dan beberapa jenis kanker, sedangkan AIDS adalah tahap paling serius dari infeksi HIV yang dapat memakan waktu 2-15 tahun untuk berkembang menjadi AIDS tergantung pada sistem kekebalan individu (WHO, 2017).

2.4.2 Epidemiologi

Menurut Irianto (2014), dalam epidemiologi suatu masalah kesehatan, seperti epidemiologi penyakit menular, ada tiga “pemeran utama” yang mempengaruhi terjadinya distribusi frekuensi penyakit tersebut dimasyarakat, yaitu penyebab penyakit (*agent*), hospes (*host*) dan lingkungan (*environment*). Faktor penting pada penyebab penyakit misalnya: sifat/jenis penyebab penyakit serta cara penularan. Pada hospes misalnya: keadaan biologis (umur, jenis kelamin) serta perilaku dan pada lingkungan misalnya: lingkungan fisik serta sosial budaya. Interaksi antara faktor-faktor tersebut diatas menyebabkan terjadinya penyakit pada hospes.

AIDS sebenarnya bukan suatu penyakit tetapi merupakan kumpulan gejala-gejala penyakit yang disebabkan oleh infeksi berbagai macam penyakit yang disebabkan oleh infeksi berbagai macam mikroorganisme serta keganasan lain akibat menurunnya daya tahan tubuh penderita. HIV menyerang dan merusak sel-sel limfosit T yang mempunyai peranan penting dalam sistem kekebalan seluler.

Akibat rusaknya sistem kekebalan, penderita menjadi peka (rentan) terhadap infeksi termasuk infeksi mikroorganisme yang sebenarnya tidak berbahaya dalam keadaan normal (*opportunistic infections*). Infeksi HIV pada manusia mempunyai masa inkubasi yang lama (5-10 tahun).

Gejala penyakit yang ditimbulkan bervariasi mulai dari tanpa gejala sampai gejala berat yang dapat menyebabkan kematian.

Pengidap HIV (*carrier*) mampu menularkan virus seumur hidup dan hampir dapat dipastikan suatu saat akan berkembang menjadi AIDS. Dalam waktu 5-7 tahun, 10-30% dari seropositif HIV menjadi AIDS, 20-50% menjadi ARC (*AIDS Related Complex*) dimana 90% dengan pemeriksaan laboratorium.

2.4.3 Etiologi

Menurut Irianto (2014), walaupun sudah jelas dikatakan bahwa HIV sebagai penyebab AIDS, tetapi asal usul virus ini masih belum diketahui secara pasti. Mula-mula dinamakan LAV (*Lymphadenopathy Associated Virus*). Virus ini ditemukan oleh ilmuwan Institute Pasteur Paris, Dr. L. Montagnier pada tahun 1983, dari seorang penderita dengan gejala "*Lymphadenopathy Syndrome*".

Pada tahun 1984, Dr. R. Gallo dari National Institute Of Health USA, menemukan virus lain yang disebut HTLV-III (*Human T Lymphotropic Virus Type III*). Kedua virus ini oleh masing-masing penemunya dianggap sebagai penyebab AIDS, karena dapat diisolasi dari penderita AIDS/ARC di Amerika, Eropa dan Afrika Tengah. Penyelidikan lebih lanjut akhirnya membuktikan kedua virus ini sama. WHO kemudian memberi nama HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) sesuai dengan pertemuan "*International Comrhitte on Taxonomy of Viruses*" tahun 1962. HIV mempunyai tedensi spesifik, yaitu menyerang dan merusak sel limfosit T (sel T4) yang mempunyai peranan penting dalam sistem kekebalan seluler

tubuh. HIV dapat pula ditemukan dalam sel limfosit T dan seperti retrovirus yang lain dapat tetap hidup dalam sel yang inaktif. Virus dalam tubuh pengidap HIV selalu dianggap "*infectious*" yang dapat aktif kembali dan dapat ditularkan selama hidup pengidap HIV.

2.4.4 Patofisiologi

Menurut Nursalam dan Kurniawati (2013), perjalanan klinis pasien dari tahap HIV sampai AIDS, sejalan dengan penurunan derajat imunitas pasien, terutama imunitas seluler dan menunjukkan gambaran penyakit yang kronis. Penurunan imunitas biasanya diikuti adanya peningkatan resiko dan derajat keparahan infeksi oportunistik serta penyakit keganasan (Depkes RI, 2003).

Dalam tubuh ODHA, pertikel virus akan bergabung dengan DNA sel pasien, sehingga orang yang terinfeksi HIV seumur hidup akan tetap terinfeksi. Sebagian pasien memperlihatkan gejala tidak khas infeksi seperti demam, nyeri menelan, pembengkakan kelenjar getah bening, ruam, diare, atau batuk pada minggu ke 3-6 minggu setelah infeksi (Sudoyo, 2006 dalam Nursalam & Kurniawati, 2013). Kondisi ini dikenal dengan infeksi primer. Infeksi primer berkaitan dengan periode waktu dimana HIV pertama kali masuk ke dalam tubuh. Pada fase awal proses infeksi (imunokompeten) akan terjadi respon imun berupa peningkatan aktivitas imun, yaitu pada tingkat seluler (HLA-DR; sel T; IL-2R), serum atau humoral (beta-2 mikroglobulin, neopterin, CD8, IL-R) dan antibodi *upregulation* (gp 120, anti p24; IgA) (Hoffmann, Reockstroh, Kamps, 2006 dalam

Nursalam & Kurniawati, 2013). Infeksi HIV akan menghancurkan sel-sel T, sehingga *T-helper* tidak dapat memberikan induksi kepada sel-sel efektor sistem imun. Tidak adanya *T-helper*, sel-sel efektor sistem imun seperti T8 sitotoksik, sel NK, monosit dan sel B tidak dapat berfungsi dengan baik. Daya tahan tubuh menurun sehingga pasien jatuh ke dalam stadium lebih lanjut (Hoffmann, Reockstroh, Kamps, 2006 dalam Nursalam & Kurniawati, 2013).

Menurut Nursalam & Kurniawati (2013), pembagian stadium HIV/AIDS, yaitu:

1. Stadium pertama: HIV

Infeksi dimulai dengan masuknya virus tersebut berubah dari negatif menjadi positif. Rentang waktu sejak HIV masuk ke dalam tubuh sampai tes antibodi terhadap tes HIV menjadi positif disebut *window period*. Lama *window period* antara satu sampai tiga bulan, bahkan ada yang dapat berlangsung sampai enam bulan.

2. Stadium kedua: Asimptomatik (tanpa gejala)

Asimptomatik berarti bahwa di dalam organ tubuh terdapat HIV tetapi tubuh tidak menunjukkan gejala-gejala. Keadaan ini dapat berlangsung merata selama 5-10 tahun. Cairan tubuh pasien HIV/AIDS yang tampak sehat ini sudah dapat menularkan HIV kepada orang lain.

3. Stadium ketiga: *Presistent Generalized Lymphadenopathy*

Pembesaran kelenjar limfe secara menetap dan merata tidak hanya muncul pada satu tempat saja dan berlangsung lebih dari satu bulan.

4. Stadium keempat: AIDS

Keadaan ini disertai adanya bermacam-macam penyakit, antara lain penyakit konstitusional, penyakit syaraf dan penyakit infeksi sekunder. Jumlah CD4 < 200 sel/mmol³.

2.4.5 Cara Penularan

Menurut Nursalam & Kurniawati (2013), virus HIV menular melalui enam cara:

1. Hubungan seksual dengan pengidap HIV/AIDS

Hubungan seksual secara vaginal, anal dan oral dengan penderita HIV tanpa perlindungan bisa menularkan HIV. Selama hubungan seksual berlangsung, air mani, cairan vagina dan darah dapat mengenai selaput lendir vagina, penis, dubur, atau mulut sehingga HIV terdapat dalam cairan tersebut masuk ke aliran darah (PELKESI, 1995). Selama berhubungan juga bisa terjadi lesi mikro pada dinding vagina, dubur dan mulut yang bisa menjadi jalan HIV untuk masuk ke aliran darah pasangan seksual (Syaiful, 2009).

2. Ibu pada bayinya

Penularan HIV dari ibu bisa terjadi pada saat kehamilan (*in utero*). Berdasarkan laporan CDC Amerika, prevalensi penularan

HIV dari ibu ke bayi adalah 0,01% sampai 0,7%. Bila ibu baru terinfeksi HIV dan belum ada gejala AIDS, kemungkinan bayi terinfeksi sebanyak 20% sampai 35%, sedangkan kalau gejala AIDS sudah jelas pada ibu kemungkinannya mencapai 50% (PELKESI, 1995). Penularan terjadi selama proses persalinan melalui transfusi *fetomaternal* atau kontak antara kulit atau membran mukosa bayi dengan darah atau sekresi maternal saat melahirkan (Lily V, 2004). Semakin lama proses melahirkan, semakin besar risiko penularan. Oleh karena itu, lama persalinan bisa dipersingkat dengan operasi *sectio caesaria* (HIS dan STB, 2000). Transmisi lain terjadi melalui ASI dari ibu yang positif sekitar 10% (Lily V, 2004).

3. Darah dan produk darah yang tercemar HIV/AIDS

Sangat cepat menularkan HIV karena virus langsung masuk ke pembuluh darah dan menyebar ke seluruh tubuh.

4. Pemakaian alat kesehatan tidak steril

Alat pemeriksaan kandungan seperti spekulum, tenakulum dan alat-alat lain yang menyentuh darah, cairan vagina atau air mani yang terinfeksi HIV dan langsung digunakan untuk orang lain yang tidak terinfeksi bisa menularkan HIV (PELKESI, 1995).

5. Alat-alat untuk menoreh kulit

Alat tajam dan runcing seperti jarum, pisau, silet, menyunat seseorang, membuat tato, memotong rambut dan sebagainya

bisa menularkan HIV sebab alat tersebut mungkin dipakai tanpa disterilkan terlebih dahulu.

6. Menggunakan jarum suntik secara bergantian

Jarum suntik yang digunakan di fasilitas kesehatan, maupun yang digunakan oleh para pengguna narkoba (*Injecting Drug User-IDU*) sangat berpotensi menularkan HIV. Selain jarum suntik, pada para pemakai IDU secara bersama-sama juga menggunakan tempat pencampur, pengaduk, dan gelas pengoplos obat, sehingga berpotensi tinggi menularkan HIV. HIV tidak menular melalui peralatan makan dan minum, pakaian, handuk, sapu tangan, toilet, yang dipakai secara bersama-sama, berpelukan di pipi, berjabat tangan, hidup serumah dengan penderita HIV/AIDS, gigitan nyamuk, dan hubungan sosial yang lain (Nursalam dan Kurniawati, 2013).

2.4.6 Manifestasi Klinis

Menurut WHO (2017), tanda dan gejala HIV bervariasi tergantung pada tahap infeksi. Meskipun orang yang hidup dengan HIV cenderung paling banyak menular dalam beberapa bulan pertama, banyak orang tidak menyadari status mereka sampai tahap selanjutnya. Beberapa minggu pertama setelah infeksi awal, individu mungkin mengalami gejala atau penyakit yang mirip dengan influenza termasuk demam, sakit kepala, ruam atau sakit tenggorokan.

Apabila infeksi semakin memperlemah sistem kekebalan tubuh, seseorang dapat menunjukkan tanda dan gejala lain, seperti kelenjar getah bening yang membengkak, penurunan berat badan, demam, diare dan batuk. Tanpa pengobatan mereka juga dapat menunjukkan penyakit yang lebih parah seperti *tuberculosis* (TBC), meningitis kriptokokus, infeksi bakteri dan kanker antara lain limfoma dan sarkoma kaposi.

2.4.7 Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Radji dan Biomed (2010), diagnosis yang paling spesifik untuk mendeteksi infeksi HIV adalah dengan mengidentifikasi virus HIV dalam tubuh penderita. Selain itu, pemeriksaan antibodi terhadap HIV dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut:

1. Tes *Enzym-Linked Immunosorbent Assay* (ELISA)

Uji ini merupakan tes pertama dari tes HIV. Tes ini mendeteksi adanya antibodi HIV di dalam darah. Jika tes ini negatif, maka orang tersebut tidak terinfeksi HIV dan tes berhenti disini. Jika tes ini positif, maka tes kedua dilakukan untuk memperkuat dugaan dari tes yang pertama. Uji ini digunakan untuk mengkonfirmasi dari hasil positif dari ELISA. Tes ini mendeteksi pita protein spesifik yang terdapat pada individu yang terinfeksi HIV. Dikombinasi dengan hasil positif dari ELISA. Menurut Irianto (2014), interpretasi hasil pemeriksaan ELISA tergantung dari suoprevalensi HIV di masyarakat. Bila

seroprevalensi sebesar 5% maka nilai prediksi positif tes mencapai 100%. Tetapi seroprevalensi 0.01% maka nilai prediksi tes hanya 10-20%.

2. Tes *Western Blot*

Menurut Nursalam & Kurniawati (2013), pemeriksaan *Western Blot* merupakan elektroforesis gel poliakrilamid yang digunakan untuk mendeteksi rantai protein yang spesifik terhadap DNA. Jika tidak ada rantai protein yang ditemukan, berarti *Western Blot* positif. Tes *Western Blot* mungkin juga tidak bisa menyimpulkan seseorang menderita HIV atau tidak. Oleh karena itu, tes harus diulangi lagi setelah dua minggu dengan sampel sama. Jika tes *Western Blot* tetap tidak bisa disimpulkan, maka tes *Western Blot* harus diulangi lagi setelah 6 bulan. Jika tes tetap negatif maka pasien dianggap HIV negatif.

3. *Polymerase Chain Reaction* (PCR)

Tes ini untuk memeriksa DNA dan RNA virus HIV sangat sensitif dan spesifik untuk infeksi HIV. Tes ini sering digunakan bila hasil tes yang lain tidak jelas (Nursalam & Kurniawati, 2013).

2.4.8 Penatalaksanaan

Menurut Irianto (2014), penatalaksanaan HIV/AIDS adalah sebagai berikut:

1. Farmakologis

Belum ada obat yang dapat menyembuhkan HIV/AIDS secara total. Obat antiretroviral (ARV) digunakan untuk

menghambat replikasi virus HIV yang ada. Dibutuhkan ketaatan minum obat yang tinggi agar obat ini dapat bekerja seperti yang diharapkan. Usia harapan hidup penderita HIV/AIDS meningkat dengan ditemukannya obat ini.

2. Non farmakologis

Menjaga gaya hidup adalah hal yang penting dilakukan seperti menjaga pola makan, olahraga teratur, mendapatkan terapi untuk mengatasi stres dan kecemasan.

2.4.9 Komplikasi

Menurut Irianto (2014), komplikasi HIV/AIDS yang dikenal sebagai infeksi oportunistik adalah sebagai berikut:

1. Pneumonia Pneumocystis Carinii
2. Tuberkulosis
3. Toksoplamosis
4. Herpes simplex
5. Kandidiasis
6. Kanker (sarkoma kaposi dan limfoma)

2.5 Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup ODHA

Dukungan keluarga dapat berupa sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderitaan yang sedang sakit. Penelitian Novrianda, dkk (2015), mengatakan keluarga telah mengetahui bahwa anggota keluarganya menderita HIV/AIDS. Dukungan yang diterima oleh ODHA dari keluarga merupakan

dukungan yang sangat berarti bagi ODHA. ODHA merasa dukungan yang didapatkan dari keluarga merupakan bentuk kepedulian keluarga terhadap dirinya serta menunjukkan ODHA masih dianggap sebagai bagian dari keluarga walaupun saat ini menderita HIV/AIDS.

Dukungan keluarga yang diterima ODHA juga merupakan bentuk dukungan dari keluarga yang dapat mengurangi stress akibat berbagai masalah fisik, psikologis, maupun sosial yang sering dihadapi ODHA. Hal ini sesuai dengan Friedman (2010), dukungan keluarga dapat berfungsi sebagai strategi pencegahan untuk mengurangi stress, dengan cara keluarga memberikan semangat dan motivasi serta menghibur ODHA.

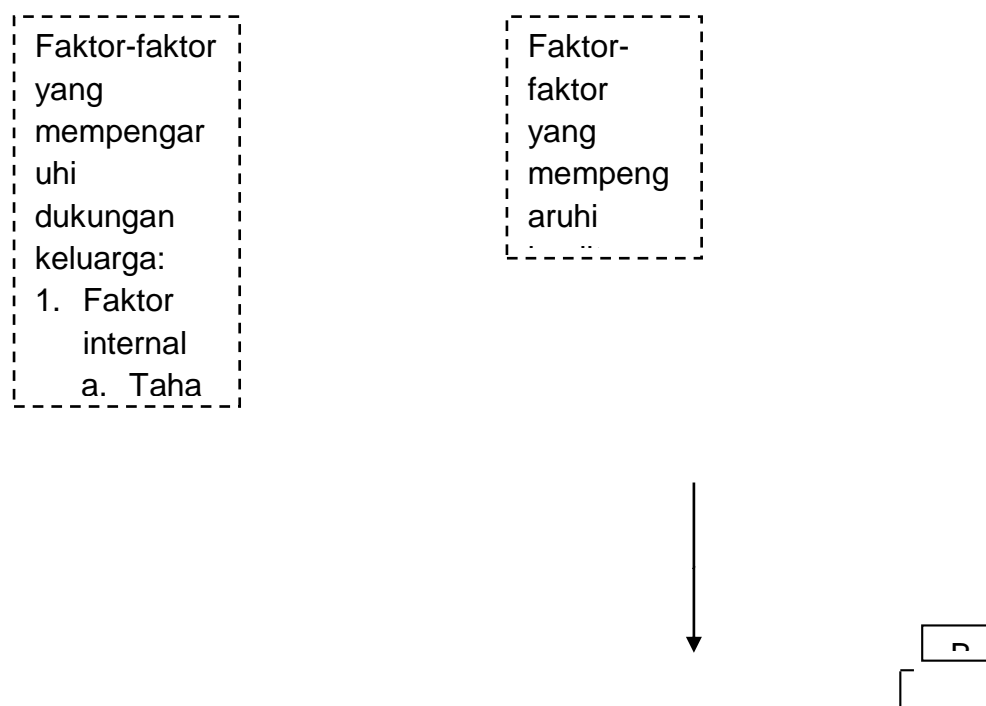
Menurut Nojomi (dalam Novrida dkk, 2015) dalam penelitiannya, agar terjadi peningkatan kualitas hidup ODHA harus merasa aman berada di lingkungan tempat tinggalnya dengan cara keluarga tidak menghindari, mengasingkan serta tidak menolak keberadaannya, memberikan dukungan kepada ODHA berupa pemberian informasi, bantuan tingkah laku ataupun materi sehingga ODHA merasa diperhatikan, bernilai dan dicintai.

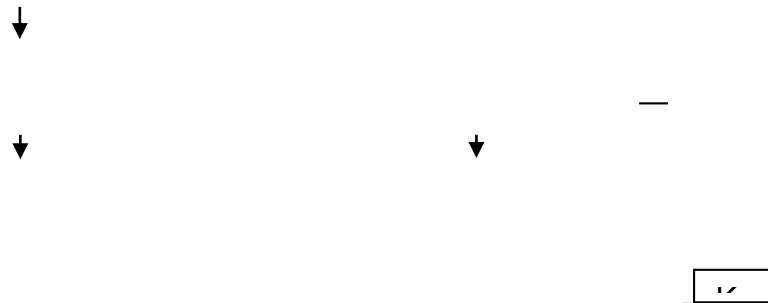
Selain dukungan keluarga, dukungan dari orang-orang terdekat juga sangat dibutuhkan oleh ODHA. Salah satu contoh yaitu dukungan dari teman sebaya, seperti dukungan kelompok sebaya sangatlah penting bagi ODHA dengan memberikan semangat atau dukungan dalam menjalani pengobatan. Kesebayaan disini diartikan sebagai kesamaan dalam perilaku beresiko, orientasi seksual, usia, status

sosial dan sejenisnya. Oleh sebab itu, karena unsur kesamaan atau kesebayaan tersebut, orang-orang yang berada di dalamnya merasa lebih nyaman dan saling terbuka, lebih leluasa mengeluarkan pikiran, lebih mudah merasakan dan memahami permasalahan yang ada di komunitasnya (USAID, 2011).

2.6 Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan model konseptual yang berkaitan dengan bagaimana seorang peneliti menyusun teori atau menghubungkan secara logis beberapa faktor yang dianggap penting untuk masalah (Alimul, 2014).





Keterangan:

- : Berhubungan □ : Diteliti
 → : Mempengaruhi □ : Tidak diteliti

Gambar 2.1 Kerangka Konsep Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Binaan LSM Perjuangan Kupang

2.7 Hipotesis

Hipotesis adalah suatu pertanyaan asumsi tentang hubungan antara dua variabel yang diharapkan bisa menjawab suatu pertanyaan dalam penelitian (Nursalam, 2013).

H0: Tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS (ODHA) binaan LSM Perjuangan Kupang.

H1: Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS (ODHA) binaan LSM Perjuangan Kupang.

Tingkat kesalahan (α) yang digunakan dalam penelitian ini adalah 0,05. H1 diterima jika *p value* < α dan H1 ditolak jika hasil yang diperoleh *p value* > α .

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan rencana penelitian yang disusun sedemikian rupa sehingga peneliti dapat memperoleh jawaban terhadap pertanyaan penelitian (Setiadi, 2013).

Jenis penelitian ini menggunakan penelitian kuantitatif. Desain yang digunakan adalah korelasional (hubungan) yang mana peneliti dapat mencari, menjelaskan suatu hubungan, memperkirakan dan menguji berdasarkan teori yang ada (Nursalam, 2016). Pendekatan yang digunakan adalah *cross-sectional* (potong lintang). *Cross-sectional* adalah jenis penelitian yang menekankan waktu pengukuran/observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali pada satu saat (Nursalam, 2016). Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS (ODHA) binaan LSM Perjuangan Kupang.

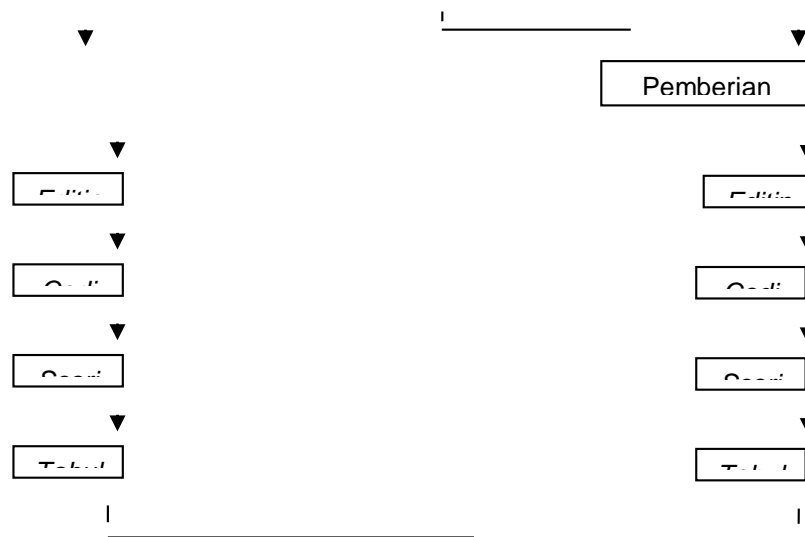
3.2 Kerangka Kerja

Kerangka kerja merupakan tahapan atau langkah-langkah kegiatan penelitian yang akan dilakukan untuk mengumpulkan data yang diteliti untuk mencapai tujuan penelitian (Setiadi, 2013).

Populasi Targaet :



Populasi Terjangkau :
Semua ODHA yang memenuhi kriteria inklusi yaitu:
1) ODHA yang tinggal bersama keluarga (keluarga inti dan keluarga kandung



Gambar 3.1 Kerangka Kerja Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Binaan LSM Perjuangan Kupang

3.3 Identifikasi Variabel

Variabel adalah karakteristik yang diamati yang mempunyai variasi nilai dan merupakan operasionalisasi dari suatu konsep agar

dapat diteliti secara empiris atau ditentukan tingkatannya (Setiadi, 2013).

3.3.1 Variabel Bebas (Independen)

Variabel independen (bebas) adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2016). Variabel independen (bebas) dalam penelitian ini adalah dukungan keluarga pada ODHA binaan LSM Perjuangan Kupang.

3.3.2 Variabel Terikat (Dependen)

Variabel dependen (terikat) adalah variabel yang dipengaruhi nilainya ditentukan oleh variabel lain (Nursalam, 2016). Variabel dependen (terikat) dalam penelitian ini adalah kualitas hidup ODHA binaan LSM Perjuangan Kupang.

3.4 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah unsur penelitian yang menjelaskan bagaimana caranya menentukan variabel dan mengukur suatu variabel, sehingga definisi operasional merupakan suatu informasi ilmiah yang akan membantu peneliti lain yang ingin menggunakan variabel yang sama (Setiadi, 2013).

Tabel 3.1 Definisi Operasional

| Variabel | Definisi Operasional | Parameter | Alat Ukur | Skala | Skor |
|--|--|--|-----------|---------|--|
| Variabel Independen : Dukungan Keluarga | Suatu upaya bantuan yang dapat diterima oleh ODHA dari anggota keluarga (keluarga inti: istri dan anak serta keluarga kandung yang ikut merawat selama sakit) berupa sikap, tindakan, perhatian dan penerimaan kepada ODHA binaan LSM Perjuangan Kupang. | Jenis dukungan keluarga: 1. Dukungan Instrumental 2. Dukungan Informatif 3. Dukungan Penghargaan 4. Dukungan Emosional | Kuesioner | Ordinal | Jika responden menjawab: 1: Tidak pernah 2: Kadang-kadang 3: Jarang 4: Sering 5: Selalu Hasil presentase menggunakan rumus $\% = \frac{n}{N} \times 100\%$ Keterangan: %= presentase n= jumlah nilai yang diperoleh responden N= jumlah nilai maksimal yang diharapkan Interpretasi hasil yang diharapkan: a. 68-100% = dukungan keluarga baik b. 34-67 = dukungan keluarga cukup c. 0-33% = dukungan keluarga kurang |

| | | | | | |
|---|---|---|------------------|----------------|--|
| <p>Variabel dependen: Kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS (ODHA)</p> | <p>Suatu persepsi dari individu (ODHA) dalam meningkatkan derajat kesehatan baik fisik, psikologis, emosional, hubungan sosial dan lingkungan binaan LSM Perjuangan Kupang.</p> | <p>Domain kualitas hidup: 1. Domain Fisik 2. Domain Psikologis 3. Domain Hubungan Sosial 4. Domain Lingkungan (WHO, 2004)</p> | <p>Kuesioner</p> | <p>Ordinal</p> | <p>Jika responden menjawab: 1 : Tidak pernah 2 : Jarang 3 : Kadang-kadang 4 : Sering 5 : Selalu Hasil presentase menggunakan rumus $\% = \frac{n}{N} \times 100\%$: Keterangan: %= presentase n= jumlah nilai yang diperoleh responden N= jumlah nilai maksimal yang diharapkan Interpretasi hasil yang diharapkan: a. 71-100% = kualitas hidup baik b. 36-70% = kualitas hidup cukup c. 0-35 = kualitas hidup kurang</p> |
|---|---|---|------------------|----------------|--|

3.5 Populasi, Sampel dan Sampling

3.5.1 Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Setiadi, 2013).

1. Populasi Tidak Terjangkau (*Populasi Target*)

Populasi target adalah populasi yang akan menjadi sasaran akhir penerapan hasil penelitian (Riyanto, 2011). Populasi target dalam penelitian ini adalah semua ODHA binaan LSM Perjuangan Kupang berjumlah 138 orang.

2. Populasi Terjangkau (*Sumber*)

Populasi sumber adalah bagian dari populasi target yang dapat dijangkau oleh peneliti (Riyanto, 2011). Populasi terjangkau dalam penelitian ini adalah semua ODHA yang memenuhi kriteria inklusi binaan LSM Perjuangan Kupang berjumlah 103 orang dan apabila responden yang tidak memenuhi kriteria sebanyak 103 maka peneliti akan mengambil dari responden baru dari kabupaten terdekat di Kota Kupang.

3.5.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Setiadi, 2013). Besar sampel dalam penelitian ini adalah 103 responden binaan LSM Perjuangan Kupang.

Menurut Nursalam (2016) rumus yang digunakan adalah:

$$n = \frac{N}{1 + N(d)^2}$$

$$n = \frac{138}{1 + 138(0,05)^2}$$

$$n = \frac{138}{1 + 138(0,0025)}$$

$$n = 102,6$$

$$n = 103$$

Keterangan :

N= jumlah populasi

n= jumlah sampel

d= tingkat signifikan atau tingkat kesalahan (d^2)

Sampel yang digunakan dalam penelitian ini berjumlah 103 orang dengan kriteria inklusi sebagai berikut:

- 1) ODHA yang tinggal bersama keluarga (keluarga inti dan keluarga kandung yang ikut merawat ODHA)
- 2) ODHA bersedia menjadi responden
- 3) ODHA yang alamatnya dapat dijangkau
- 4) ODHA sendiri yang mengisi kuesioner

Kriteria eksklusi sebagai berikut:

- 1) ODHA yang tidak mampu berkomunikasi dengan baik
- 2) ODHA yang keluarganya tidak mengetahui terkait penyakitnya

3.5.3 Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2016). Teknik sampling merupakan suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel akan mewakili keseluruhan populasi yang ada, secara umum ada dua jenis pengambilan sampel, yakni *probability sampling* dan *nonprobability sampling* (Hidayat, 2009). Sampel *probability sampling* yaitu teknik yang memberi kesempatan yang sama bagi anggota populasi untuk dipilih menjadi sampel, sedangkan sampel *non probability* yaitu teknik yang tidak memberi kesempatan yang sama bagi anggota populasi untuk dipilih menjadi sampel. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *purposive sampling*. Teknik *purposive sampling* adalah teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu sesuai yang dikehendaki peneliti (Setiadi, 2013). Peneliti menentukan pengambilan sampel dengan cara menetapkan ciri-ciri khusus yang telah dibuat (kriteria eksklusi) sehingga diharapkan dapat menjawab permasalahan penelitian.

3.6 Pengumpulan dan Analisis Data

3.6.1 Pengumpulan data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2016). Langkah-langkah dalam pengumpulan data adalah sebagai berikut:

3.6.1.1 Proses Pengumpulan Data

1. Peneliti melakukan permohonan ijin penelitian pada Ketua STIKes CHMK, Ketua Program Studi Ners, Kepala LSM Perjuangan Kupang.
2. Setelah mendapat ijin untuk melakukan dari STIKes CHMK, Ketua Program Studi Ners, Kepala LSM Perjuangan Kupang, peneliti mengambil data dan alamat ODHA di LSM Perjuangan Kupang dan melakukan kontrak waktu yang dibantu oleh sekretaris dengan menghubungi ODHA via telepon untuk mengadakan kunjungan di rumah-rumah.
3. Peneliti melakukan pendekatan dengan memperkenalkan diri, setelah itu menjelaskan maksud dan tujuan penelitian kepada responden sebelum diberikan *informed consent*.
4. Kemudian untuk mendapatkan persetujuan dari ODHA sebagai responden penelitian, peneliti memberikan surat persetujuan kepada ODHA yaitu dengan menggunakan surat persetujuan responden (*informed consent*).
5. Setelah mendapat persetujuan dari responden, peneliti memberikan penjelasan terkait pengisian kuesioner yang akan diberikan. Kemudian peneliti memberikan kode untuk setiap responden.
6. Setelah semua data terkumpul, peneliti kemudian mentabulasi data dengan menggunakan aplikasi excel dan menganalisis data menggunakan aplikasi perangkat lunak SPSS.

3.6.1.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen penelitian adalah alat ukur penelitian (Notoatmodjo, 2012). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Kuesioner merupakan alat ukur berupa angket atau kuesioner dengan beberapa pertanyaan (Hidayat, 2014). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner dukungan keluarga dan kuesioner kualitas hidup diadopsi dari penelitian Henni Kusuma tahun 2016 dimana uji kedua instrumen dilakukan pada 30 pasien HIV/AIDS. Kuesioner dukungan keluarga berisi 18 pernyataan dengan nilai koefisien korelasi validitas $\geq 0,3$ ($r=0,375-0,720$) dan nilai koefisien reliabilitas *alpha cronbach* 0,883 ($\geq 0,7$), sedangkan kuesioner kualitas hidup berisi 20 pernyataan dengan nilai koefisien validitas $\geq 0,3$ ($r=0,302-0,811$) dan nilai koefisien reliabilitas *alpha cronbach* 0,893 ($\geq 0,7$).

3.6.1.3 Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

Tempat penelitian dilakukan di rumah warga di Kota Kupang.

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada tanggal 04 – 21 Juli 2018.

3.6.2 Analisis Data

Analisis data merupakan bagian yang sangat penting untuk tujuan pokok penelitian, yaitu menjawab pertanyaan-pertanyaan penelitian yang mengungkap fenomena. Data mentah yang didapat, tidak dapat menggambarkan informasi yang diinginkan untuk

menjawab masalah penelitian (Nursalam, 2016). Dalam pengolahan data terdapat langkah-langkah yang harus dilakukan, diantara:

1. *Editing*/memeriksa

Menurut Setiadi (2013), *editing*/memeriksa adalah memeriksa daftar pertanyaan yang diserahkan oleh pengumpul data. Peneliti akan memeriksa daftar pertanyaan yang telah selesai dibuat terhadap:

- 1) Kelengkapan jawaban, apakah tiap pertanyaan sudah ada jawabannya, meskipun jawaban hanya berupa tidak tahu atau tidak mau menjawab.
- 2) Keterbacaan tulisan, tulisan yang tidak terbaca akan mempersulit pengolahan data atau berakibat pengolahan data salah membaca.
- 3) Relevansi jawaban, bila ada jawaban yang kurang atau tidak relevan maka editor harus menolaknya.

2. *Coding*/Memberi Tanda Kode

Coding/memberi tanda kode adalah mengklasifikasikan jawaban-jawaban dari para responden ke dalam kategori. Setelah peneliti memeriksa kembali kebenaran data, peneliti memberikan kode numerik (angka) terhadap data yang diperoleh untuk membedakan responden laki-laki dan perempuan pada masing-masing kuesioner yang telah diisi.

3. *Scoring*/Pemberian Nilai

Scoring/pemberian nilai adalah menentukan skor atau nilai dari pertanyaan dan tentukan nilai terendah dan tinggi. Skoring disini menilai variabel yang diteliti sebagai berikut:

- 1) Untuk kuesioner dukungan sosial keluarga berjumlah 18 soal dengan item jawaban bila responden menjawab 1= tidak pernah, 2= jarang, 3= kadang-kadang, 4= sering dan 5= selalu.

Hasil presentase dengan menggunakan rumus:

$$\% = \frac{n}{N} \times 100\%$$

Keterangan:

%= presentase

n= jumlah nilai yang diperoleh responden

N= jumlah nilai maksimal yang diharapkan

Interpretasi hasil dari dukungan keluarga yang diharapkan:

- a. 68-100% = dukungan keluarga baik
- b. 34-67 = dukungan keluarga cukup
- c. 0-33% = dukungan keluarga kurang

- 2) Untuk lembar penilaian kualitas hidup berjumlah 20 soal dengan item jawaban bila responden menjawab 1= tidak pernah, 2= jarang, 3= kadang-kadang, 4= sering dan 5= selalu.

Hasil presentase dengan menggunakan rumus:

$$\% = \frac{n}{N} \times 100\%$$

Keterangan:

%= presentase

n= jumlah nilai yang diperoleh responden

N= jumlah nilai maksimal yang diharapkan

Interpretasi hasil dari kualitas hidup yang diharapkan:

- a. 71-100% = kualitas hidup baik
- b. 36-70% = kualitas hidup cukup
- c. 0-35 = kualitas hidup kurang

2) *Tabulating*

Tabulating adalah memasukkan data ke dalam tabel-tabel dan mengatur angka-angka sehingga dapat dihitung jumlah kasus dalam berbagai kategori adalah mentabulasi hasil data yang diperoleh sesuai dengan item pertanyaan. Setelah semua data terkumpul peneliti memberikan skor terhadap item-item yang perlu diskor sesuai dengan yang telah ditetapkan dalam definisi operasional. Selanjutnya data yang telah diolah dan diuji dengan menggunakan uji statistik *Spearman Rho* (dengan menggunakan perangkat lunak komputer yaitu program Windows SPSS) dengan tingkat kemaknaan $p \leq 0,05$. Penggunaan uji statistik tersebut dipilih dengan pertimbangan bahwa tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui adanya hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS (ODHA) binaan LSM Perjuangan Kupang.

3) Uji Statistik Uji *Spearman Rho*

Analisa bivariat adalah analisis yang menghubungkan dua variabel bebas dan variabel terikat. Analisis bivariat pada penelitian ini guna untuk mengetahui hubungan dukungan sosial keluarga dengan kualitas hidup dengan HIV/AIDS (ODHA) binaan LSM Perjuangan Kupang. Rumus yang digunakan dalam uji bivariat ini adalah uji *spearman rho*. Uji *spearman rho* adalah uji yang digunakan untuk mengukur tingkat atau eratnya hubungan antara dua variabel yang berskala ordinal (Hidayat, 2014). Kriteria tingkat kemaknaan nilai α yaitu jika nilai signifikan $< 0,05$ maka, dapat disimpulkan bahwa terdapat korelasi yang signifikan antara variabel yang dihubungkan, sedangkan jika nilai signifikan $> 0,05$ maka, dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat korelasi yang signifikan antara variabel yang dihubungkan. Kriteria kekuatan korelasi antar variabel berkisar antara 0,000-0,199: sangat lemah, 0,200-0,399: lemah, 0,400-0,599: sedang, 0,600-0,799: kuat dan 0,800-1.000: sangat kuat.

3.7 Etika Penelitian

Menurut Hidayat (2014) masalah etika penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan. Masalah etika penelitian yang harus diperhatikan adalah:

3.7.1 Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

Informed Consent merupakan bentuk persetujuan antar peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Peneliti akan memberikan surat permohonan menjadi responden kepada responden sebelum melakukan penelitian. Setelah responden bersedia peneliti akan memberikan kuesioner untuk seterusnya diisi responden setelah diberikan penjelasan maksud dan tujuan penelitian serta syarat-syarat mengisi kuesioner.

3.7.2 Tanpa Nama (*Anonimity*)

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang disajikan. Peneliti tidak menulis nama lengkap dari responden tetapi hanya menggunakan inisial.

3.7.3 Kerahasiaan(*Confidentiality*)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian dan pembahasan tentang hubungan dukungan sosial dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS (ODHA) binaan LSM Perjuangan Kupang yang dilaksanakan pada tanggal 4 Juli s/d 21 Juli 2018. Data diperoleh dengan pemberian kuesioner dukungan keluarga dan kualitas hidup kepada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA).

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Karakteristik Lokasi Penelitian

LSM Perjuangan berlokasi di Jalan Amabi nomor 11, RT/RW 007/003, Kelurahan Oepura, Kecamatan Maulafa, Kota Kupang. Berada di sebelah timur berbatasan langsung dengan Pustu Oepura, sebelah utara dengan jalan Amabi nomor 2, dan sebelah barat berbatasan dengan terminal Oepura. Luas bangunan 40 m², sekaligus menjadi rumah ketua LSM Perjuangan dan menjadi tempat persinggahan dan atau tempat tinggal bagi ODHA yang mendapat penolakan dari keluarga. Sejak berdirinya LSM Perjuangan pada tanggal 14 Februari 2014 dengan keanggotaan ..orang dan mempunyai 348 dampingan. Pada saat ini memiliki 15 anggota dan 138 dampingan. LSM Perjuangan memiliki beberapa program kerja antara lain:

1. Pertemuan-pertemuan, Pendidikan dan Latihan.
2. *Hospital Visit* yaitu pendampingan ke Rumah Sakit untuk membantu orang dengan HIV/AIDS (ODHA), orang hidup dengan HIV/AIDS (OHIDHA), Penderita TBC dan Profesi PSK dalam mengakses obat dan layanan kesehatan lainnya.
3. *Home Visit* yaitu kunjungan rutin ke rumah-rumah dampingan untuk mengetahui keadaan ODHA, OHIDHA, Penderita TBC dan Profesi PSK terkait statusnya.
4. Diseminasi informasi dalam bentuk KIE.
5. Pembentukan Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) “PERJUANGAN” di setiap kabupaten/kota se-Nusa Tenggara Timur.
6. Pembentukan Kelompok Usaha Bersama (KUBE) di setiap kabupaten/kota se-Nusa Tenggara Timur.
7. Pembentukan Lembaga Koperasi “PERJUANGAN” guna mendukung/menunjang Program Pemberdayaan Ekonomi Bagi Komunitas ODHA, OHIDHA, Penderita TBC dan Profesi PSK di Provinsi Nusa Tenggara Timur.

4.1.2 Data Umum

4.1.2.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

Tabel 4.1 Distribusi Responden Berdasarkan Usia ODHA di LSM Perjuangan Kupang Tahun 2018

| Usia | Frekuensi (n) | Presentase (%) |
|--------------|---------------|----------------|
| 21-30 Tahun | 36 | 35,0 |
| 31-40 Tahun | 46 | 44,7 |
| 41-50 Tahun | 18 | 17,5 |
| 51-60 Tahun | 3 | 2,9 |
| Total | 103 | 100,0 |

Sumber data primer Juli 2018

Berdasarkan tabel 4.1 di atas menggambarkan bahwa responden terbanyak berusia 31–40 tahun yaitu sebanyak 46 orang (44,7 %) dan paling sedikit berusia 51-60 tahun sebanyak 3 orang (2,9%).

4.1.2.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 4.2 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin ODHA di LSM Perjuangan Kupang Tahun 2018

| Jenis Kelamin | Frekuensi (n) | Presentase (%) |
|---------------|---------------|----------------|
| Laki-laki | 63 | 61,2 |
| Perempuan | 40 | 38,8 |
| Total | 103 | 100,0 |

Sumber data primer Juli 2018

Berdasarkan tabel 4.2 di atas menggambarkan bahwa responden terbanyak berjenis kelamin laki-laki sebanyak 63 orang (61,2%).

4.1.2.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan

Tabel 4.3 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan ODHA di LSM Perjuangan Kupang Tahun 2018

| Pendidikan | Frekuensi (n) | Presentase (%) |
|-------------------|----------------------|-----------------------|
| SD | 14 | 13,6 |
| SMP | 11 | 10,7 |
| SMA | 66 | 64,1 |
| Sarjana | 12 | 11,7 |
| Total | 103 | 100,0 |

Sumber data primer Juli 2018

Berdasarkan tabel 4.3 di atas menggambarkan bahwa responden terbanyak berpendidikan SMA sebanyak 66 orang (64,1%) dan paling sedikit berpendidikan SMP sebanyak 11 orang (10,7%).

4.1.2.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan

Tabel 4.4 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan ODHA di LSM Perjuangan Kupang Tahun 2018

| Pekerjaan | Frekuensi (n) | Presentase (%) |
|-------------------|----------------------|-----------------------|
| PNS | 2 | 1,9 |
| Wiraswasta | 22 | 21,4 |
| Ibu Rumah Tangga | 31 | 30,1 |
| Pelajar/Mahasiswa | 12 | 11,7 |
| Swasta | 36 | 35,0 |
| Total | 103 | 100,0 |

Sumber data primer Juli 2018

Berdasarkan tabel 4.4 di atas menggambarkan bahwa responden terbanyak jenis pekerjaan lain-lain sebanyak 36 orang (35,0%) dan paling sedikit jenis pekerjaan PNS sebanyak 2 orang (1,9%).

4.1.2.5 Karakteristik Responden Berdasarkan Status Perkawinan

Tabel 4.5 Distribusi Responden Berdasarkan Status Perkawinan ODHA di LSM Perjuangan Kupang Tahun 2018

| Status Perkawinan | Frekuensi (n) | Presentase (%) |
|-------------------|---------------|----------------|
| Belum kawin | 30 | 29,1 |
| Sudah Kawin | 73 | 70,9 |
| Total | 103 | 100,0 |

Sumber data primer Juli 2018

Berdasarkan tabel 4.5 di atas menggambarkan bahwa responden terbanyak berstatus sudah kawin sebanyak 73 orang (70,9%).

4.1.2.6 Karakteristik Responden Berdasarkan Penghasilan

Tabel 4.6 Distribusi Responden Berdasarkan Penghasilan ODHA di LSM Perjuangan Kupang Tahun 2018

| Penghasilan | Frekuensi (n) | Presentase (%) |
|-----------------|---------------|----------------|
| <Rp. 500.000,00 | 84 | 81,6 |
| >Rp. 500.000,00 | 19 | 18,4 |
| Total | 103 | 100,0 |

Sumber data primer Juli 2018

Berdasarkan tabel 4.6 di atas menggambarkan bahwa responden terbanyak berpenghasilan <Rp. 500.000,00 sebanyak 84 orang (81,6%).

4.1.2.7 Karakteristik Responden Berdasarkan Jumlah CD4

Tabel 4.7 Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah CD4 ODHA di LSM Perjuangan Kupang Tahun 2018

| Jumlah CD4 | Frekuensi (n) | Presentase (%) |
|----------------------------|---------------|----------------|
| <500 sel/mmol ³ | 93 | 90,3 |
| >500 sel/mmol ³ | 10 | 9,7 |
| Total | 103 | 100,0 |

Sumber data primer Juli 2018

Berdasarkan tabel 4.7 di atas menggambarkan bahwa responden terbanyak jumlah CD4 <500 sel/mmol³ sebanyak 93 orang (90,3%).

4.1.2.8 Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Sakit

Tabel 4.8 Distribusi Responden Berdasarkan Lama Sakit ODHA di LSM Perjuangan Kupang Tahun 2018

| Lama Sakit | Frekuensi (n) | Presentase (%) |
|--------------|---------------|----------------|
| <5 Tahun | 70 | 68,0 |
| >5 Tahun | 33 | 32,0 |
| Total | 103 | 100,0 |

Sumber data primer Juli 2018

Berdasarkan tabel 4.8 di atas menggambarkan bahwa responden terbanyak lamanya sakit <5 tahun sebanyak 70 orang (68,0%).

4.1.2.9 Karakteristik Responden Berdasarkan Dugaan Penularan

Tabel 4.9 Distribusi Responden Berdasarkan Dugaan Penularan ODHA di LSM Perjuangan Kupang Tahun 2018

| Dugaan Penularan | Frekuensi (n) | Presentase (%) |
|------------------|---------------|----------------|
| Hubungan Seksual | 85 | 82,5 |
| Tato | 12 | 11,7 |
| Jarum Suntik | 6 | 5,8 |
| Total | 103 | 100,0 |

Sumber data primer Juli 2018

Berdasarkan tabel 4.9 di atas menggambarkan bahwa responden terbanyak dugaan penularan melalui hubungan seksual sebanyak 85 orang (82,5%) dan paling sedikit dugaan melalui jarum suntik sebanyak 6 orang (5,8%).

4.1.3 Data Khusus

Deskripsi variabel penelitian ditunjukkan dari hasil distribusi frekuensi masing-masing variabel penelitian, pengelompokan ini bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga yang

diteliti dengan kualitas hidup ODHA yang dianalisis menggunakan analisis bivariat (dengan menggunakan uji *Spearman-Rho*) untuk melihat hubungan dari kedua variabel tersebut.

4.1.3.1 Mengidentifikasi Dukungan Keluarga Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Binaan LSM Perjuangan Kupang

Tabel 4.10 Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Binaan LSM Perjuangan Kupang

| Dukungan Keluarga | Frekuensi (n) | Presentase (%) |
|-------------------|---------------|----------------|
| Baik | 65 | 63,1 |
| Cukup | 29 | 28,2 |
| Kurang | 9 | 8,7 |
| Total | 103 | 100,0 |

Sumber data primer Juli 2018

Berdasarkan tabel 4.10 di atas menggambarkan bahwa responden terbanyak dukungan keluarga baik sebanyak 65 orang (63,1%) dan paling sedikit dukungan keluarga kurang sebanyak 9 orang (8,7%).

4.1.3.2 Mengidentifikasi Kualitas Hidup Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Binaan LSM Perjuangan Kupang

Tabel 4.11 Distribusi Responden Berdasarkan Kualitas Hidup Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Binaan LSM Perjuangan Kupang

| Kualitas Hidup | Frekuensi (n) | Presentase (%) |
|----------------|---------------|----------------|
| Baik | 64 | 62,1 |
| Cukup | 30 | 29,1 |
| Kurang | 9 | 8,7 |
| Total | 103 | 100,0 |

Sumber data primer Juli 2018

Berdasarkan tabel 4.11 di atas menggambarkan bahwa responden terbanyak kualitas hidup baik sebanyak 64 orang (62,1%) dan paling sedikit kualitas hidup kurang sebanyak 9 orang (8,7%).

4.1.3.3 Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Binaan LSM Perjuangan Kupang

Tabel 4.12 Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Binaan LSM Perjuangan Kupang

| Variabel | | Dukungan Keluarga | Kualitas Hidup |
|-------------------|---|-------------------|----------------|
| Dukungan Keluarga | r | 1,000 | 0,984 |
| | P | . | 0,000 |
| | N | 103 | 103 |
| Kualitas Hidup | r | 0,984 | 1,000 |
| | P | 0,000 | . |
| | N | 103 | 103 |

Sumber data primer Juli 2018

Berdasarkan hasil uji statistik menggunakan uji *Spearman Rho* diperoleh hasil $p= 0,000$. Ini berarti terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di binaan LSM Perjuangan Kupang. Dapat disimpulkan bahwa hipotesis peneliti (H1)

diterima, yaitu ada hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di binaan LSM Perjuangan Kupang. Nilai r yang diperoleh untuk dukungan keluarga 1,000, sedangkan untuk kualitas hidup 0,984 dimana rentang nilai r berkisar (0,800-1,000: sangat kuat). Hal tersebut menunjukkan hubungan yang sangat erat antara dukungan keluarga erat dengan kualitas hidup.

4.2 Pembahasan

4.2.1 Dukungan Keluarga Orang Dengan HIV/AIDS Binaan LSM Perjuangan Kupang

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden memiliki dukungan keluarga baik. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Simboh, dkk (2015) yang menyatakan bahwa sebagian besar responden mendapatkan dukungan dari keluarga yang dilakukan di Klinik VCT RSUD Bethesda GMIM Tomohon.

Menurut Novrianda (2015) dalam penelitiannya tentang dukungan keluarga dan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS yang dilakukan di Lentara *Support* Padang menunjukkan bahwa ODHA yang memiliki dukungan keluarga yang baik dikarenakan keluarga telah mengetahui bahwa anggota keluarganya menderita HIV/AIDS. Dukungan keluarga yang dapat diberikan keluarga terhadap ODHA dapat berupa sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap ODHA. Keluarga yang memberi dukungan yang baik terhadap ODHA dapat mengurangi kecemasan dan stress dari

akibat masalah fisik, psikis dan sosial yang sering dialami oleh ODHA. Selain itu, menurut Siboro (2013), bahwa pengetahuan keluarga tentang informasi HIV AIDS mempengaruhi dukungan keluarga terhadap ODHA. Menurut Purnawan (2008 dalam Suparyanto, 2012) faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga ada dua, yaitu faktor internal yang terdiri dari tahap perkembangan dan faktor emosi, sedangkan faktor eksternal yaitu praktik di keluarga, pendidikan dan tingkat pengetahuan, spiritual, faktor sosial ekonomi dan latar belakang budaya.

Hasil penelitian diatas sesuai dengan Friedman (2010) yang mengatakan bahwa dukungan keluarga dapat berfungsi sebagai strategi pencegahan untuk mengurangi stress, dengan cara keluarga memberikan semangat dan motivasi serta menghibur ODHA.

Menurut peneliti, ODHA yang mendapatkan dukungan keluarga baik karena ODHA selalu terlibat dalam aktivitas sosial seperti ikut berpartisipasi dalam undangan perayaan apapun dari gereja dan tetangga sekitar rumah, mengikuti kegiatan sosial yang dibuat oleh LSM Perjuangan Kupang dan mengikuti kegiatan bakti sosial di lingkungan masyarakat. Keluarga juga tidak melarang ODHA untuk berhubungan dengan teman-temannya.

Sebagian besar responden berstatus sudah kawin. Menurut peneliti, ODHA yang sudah menikah memiliki kualitas hidup tinggi karena mereka mendapat dukungan sosial baik dari suami, istri dan keluarga dari kedua belah pihak selama dalam sakitnya.

Selain itu sebagian besar ODHA juga sudah bekerja, menurut peneliti ODHA yang bekerja akan mempunyai sumber penghasilan yang cukup untuk memenuhi kebutuhan hidupnya dan mereka juga bisa mendapatkan dukungan sosial tidak hanya dari keluarganya tapi juga dari rekan di tempat kerjanya.

4.2.2 Kualitas Hidup Orang Dengan HIV/AIDS Binaan LSM Perjuangan Kupang

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar memiliki kualitas hidup baik. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Diatmi dan Fridari (2014) di Yayasan Sipirit Paramacitta yang menyatakan sebagian besar responden memiliki kualitas hidup tinggi.

Menurut Kusuma Tuapattinaja (2014) ODHA memiliki kualitas hidup baik apabila mendapatkan dukungan sosial dari keluarga maupun masyarakat karena dukungan sosial mampu meredakan perasaan cemas ataupun kondisi stres yang muncul terkait dengan sakit yang dihadapinya. Menurut Simboh, dkk (2015) dalam penelitiannya menyatakan keluarga yang mendukung ODHA memiliki peluang 61.100 kali lebih besar untuk memperoleh kualitas hidup yang baik dibandingkan dengan yang tidak mendukung.

Menurut Moons, dkk (2004 dalam Nofitri, 2009) faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup yaitu jenis kelamin, laki-laki dan perempuan memiliki perbedaan dalam peran serta akses dan kendali terhadap berbagai sumber. Usia, semakin bertambah usia

seseorang lebih matang terutama dari segi psikologis, termasuk kesiapan ketika menghadapi kondisi sakit. Pendidikan, tingkat pendidikan dapat mempengaruhi kualitas hidup. Pekerjaan, orang yang bekerja memiliki mutu hidup lebih baik karena status ekonomi mereka yang bagus dapat membantu dalam memenuhi kebutuhan hidup. Status pernikahan, individu yang telah menikah memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi dikarenakan mereka mendapat dukungan dari suami, istri dan keluarga memberi kontribusi yang besar terhadap kualitas hidup. Penghasilan, jumlah penghasilan yang tinggi membantu seseorang untuk memenuhi kebutuhan terkait perawatan dan pengobatan selama sakit.

Hasil penelitian ini sejalan dengan teori Sarafino (2011 dalam Diatmi & Fridari, 2014) mengungkapkan bahwa dengan adanya dukungan sosial maka akan tercipta lingkungan kondusif yang mampu memberikan motivasi maupun memberikan wawasan baru serta meningkatkan kualitas hidup bagi ODHA dalam menghadapi kehidupannya.

Menurut peneliti dari hasil penelitian ini, responden yang memiliki kualitas hidup tinggi disebabkan ODHA merasakan bahwa Tuhan menyayanginya dan ingin mengangkat derajat keimanan mereka. Selain itu pernyataan ODHA yang menyatakan bahwa membutuhkan pengobatan dan perawatan kesehatan untuk dapat beraktifitas sehari-hari. Dalam penelitian ini juga usia ODHA tertinggi berkisar antara 31-40 tahun dimana pada usia ini seseorang memiliki

cara yang tepat untuk menyikapi masalah yang dihadapi. Selain itu semakin bertambah usia, seseorang lebih matang terutama dari segi psikologis, termasuk kesiapan ketika menghadapi kondisi sakit. Sebagian responden berstatus sudah kawin. Menurut peneliti, ODHA yang sudah menikah memiliki kualitas hidup tinggi karena mereka mendapat dukungan keluarga lebih banyak baik dari suami, istri, anak dan keluarga dari kedua belah pihak selama dalam sakitnya sehingga dapat mengurangi stres yang dialaminya sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup ODHA.

4.2.3 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Binaan LSM Perjuangan Kupang

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di LSM Perjuangan Kupang didapatkan hasil bahwa ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS. Hal tersebut sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Kusuma (2011) yang mendapatkan hasil adanya hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dan kualitas hidup.

Penelitian ini didukung dalam teori (Friedman, Bowden, & Jones, 2010 dalam Kusuma, 2011) bahwa keluarga menjadi unsur penting dalam kehidupan seseorang karena keluarga merupakan sistem yang di dalamnya terdapat anggota-anggota keluarga yang saling berhubungan dan saling ketergantungan dalam memberikan dukungan, kasih sayang, rasa aman, dan perhatian yang secara

harmonis menjalankan perannya masing-masing untuk mencapai tujuan bersama.

Dukungan keluarga sangat dibutuhkan oleh pasien HIV/AIDS sebagai *support system* atau sistem pendukung utama sehingga ia dapat mengembangkan respon atau coping yang efektif untuk beradaptasi dengan baik dalam menangani *stressor* yang ia hadapi terkait penyakitnya baik fisik, psikologis, maupun sosial (IYW, 2008; Lasserma & Perkins, 2009 dalam Novrianda, 2015).

Kualitas hidup ODHA sangat penting untuk selalu diperhatikan karena penyakit HIV/AIDS merupakan penyakit kronis dan bersifat progresif yang bisa menyebabkan masalah fisik, psikis dan sosial bagi ODHA itu sendiri. Ketiga masalah ini sangat membutuhkan dukungan dari keluarga. Sehingga keluarga dituntut untuk terlibat dalam proses pengobatan dan perawatan pasien agar termotivasi untuk selalu berpikir positif dan dapat mengurangi stress akibat masalah yang dihadapinya. Semakin baik dukungan keluarga maka kualitas hidup seseorang khususnya orang dengan HIV/AIDS semakin meningkat. ODHA akan semakin percaya diri dalam melakukan berbagai aktivitas yang bermanfaat bagi dirinya dan orang lain.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup binaan LSM Perjuangan Kupang.

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka peneliti menarik kesimpulan:

1. Sebagian besar dukungan keluarga terhadap ODHA di LSM Perjuangan Kupang adalah baik.
2. Sebagian besar kualitas hidup ODHA di LSM Perjuangan Kupang adalah baik.
3. Adanya hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup di tempat binaan LSM Perjuangan Kupang.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi LSM Perjuangan Kupang

Dari hasil penelitian, diharapkan LSM Perjuangan dapat membantu ODHA dalam meningkatkan kualitas hidup dengan cara memberikan informasi terkait dengan pelayanan kesehatan, dukungan sosial (emosional) dan mendampingi ODHA yang mempunyai masalah dengan kesehatannya.

5.2.2 Bagi Responden

Diharapkan bagi ODHA untuk tetap meminimalkan hal-hal yang dapat memperburuk penyakitnya, rutin melakukan terapi ARV, lebih mendekatkan diri kepada Tuhan dan melakukan manajemen stress dengan belajar berpikir positif sehingga tidak memperberat masalah fisik, psikis dan sosial yang dialami.

5.2.3 Bagi Keluarga

Keluarga lebih sering mencari tahu bahkan bisa menggunakan bantuan dari berbagai media elektronik maupun media massa yang sumbernya dapat dipercaya untuk mendapatkan informasi yang lengkap mengenai HIV/AIDS, sehingga dapat

membantu ODHA dalam menjalani perawatan dan pengobatan tanpa adanya stigma dan diskriminasi terhadap ODHA.

5.2.4 Bagi Peneliti Selanjutnya

Dari hasil penelitian ini, diharapkan peneliti selanjutnya agar dapat menghubungkan faktor lain yang dapat mempengaruhi kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS (ODHA) terkait depresi, kecemasan, kepatuhan terapi ARV. Selain itu peneliti selanjutnya dapat meneliti faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga terhadap ODHA.

DAFTAR PUSTAKA

- Alimul, Hidayat Aziz. (2014). **Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data**. Jakarta: Salemba Medika.
- Andarmoyo, Sulisty. (2012). **Keperawatan Keluarga Konsep Teori, Proses dan Praktik Keperawatan**. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Diatmi, Komang & I. G. A. Diah Fridari (2014). **Hubungan Antara Dukungan Sosial dengan Kualitas Hidup pada Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA) Di Yayasan Spirit Paramacitta**. <https://ojs.unud.ac.id/index.php/psikologi/article/view/25103/16314>. Diakses pada tanggal 22 Oktober 2017 pukul 16.30
- Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik. (2006). **Pedoman Pelayanan Kefarmasian Untuk Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA)**.

<https://tunggulpharmacist.files.wordpress.com/2010/03/pedoman-pelayanan-farmasi-untuk-odha.pdf>. Diakses pada tanggal 08 November 2017 pukul 13.00

Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (2016). **Laporan Situasi Perkembangan HIV/AIDS dan PIMS s.d Desember 2016**. www.spiritia.or.id. Diakses pada tanggal 20 Oktober 2017 pada pukul 16.30.

Friedman, Marilyn M. (2010). **Buku Ajar Keperawatan Keluarga : Riset, Teori dan Praktek**. Editor Estu Tiar, Alih Bahasa Achir Yani S. & Hamid, dkk. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Green, Chris W. (2016). **HIV dan TB**. Yogyakarta: Yayasan Spiritia.

Harmoko. (2012). **Asuhan Keperawatan Keluarga**. Jakarta: Pustaka Belajar.

Irianto, Koes. (2014). **Epidemiologi Penyakit Menular dan Tidak Menular**. Bandung: Alfabeta.

Kamus Besar Bahasa Indonesia. <https://kbbi.web.id>. Diakses pada tanggal 29 Februari 2018 pukul 18.00.

Komisi Nasional Indonesia Untuk UNESCO. (2009). **Pendiidkan Pencegahan HIV-Kit Informasi Guru**. Jakarta: Sekretariat Komisi Nasional Indonesia Untuk UNESCO, Pusat Informasi dan Hubungan Masyarakat & Kementrian Pendidikan Nasional RI.

Kusuma, Henni. (2011). **Hubungan Antara Depresi dan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS yang Menjalani Perawatan Di RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta**. lib.ui.ac.id/file?file=digital/20282772-T-Henni%20Kusuma.pdf. Diakses pada tanggal 16 Februari 2018 pukul 14.00


Makkau, Amir Makkau. (2014). **Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Orang Dengan HIV Dan AIDS (ODHA) Di Yayasan Peduli Kelompok Dukungan Sebaya (YPKDS) Kota Makassar**. <http://repository.unhas.ac.id:4002/digilib/gdl.php?mod=browse&op=read&id=--maqfiraham-16167&PHPSESSID=f528421bf0dc3de9d7c91897eaa649fc>. Diakses pada tanggal 27 Februari 2018 pukul 10.00.

Nofitri.(2009). **Gambaran Kualitas Hidup Penduduk Dewasa pada Lima Wilayah Di Jakarta**.<http://lib.ui.ac.id/file?file=pdf/metadata-125595.pdf>. Diakses pada tanggal 15 Februari 2018 pada pukul 19.00.

- Notoadmodjo, Soekidjo. (2012). **Metode Penelitian Kesehatan**. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- _____. (2003). **Pendidikan dan Perilaku Kesehatan**. Jakarta: PT.Rineka Cipta.
- Novrianda, dkk. (2018). **Dukungan Keluarga Dan Kualitas Hidup Orang Dengan HIV/AIDS Di Lantera Minangkabau Support**. <http://jka.stikesalirsyadclp.ac.id/index.php/jka/article/view/21>. Diakses pada tanggal 23 Maret 2018 pukul 13.05.
- Nursalam & Ninuk D. Kurniawati. (2013). **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS**. Jakarta: Salemba Medika.
- _____. (2014). **Manejemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan, Konsep dan Praktek**. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2016). **Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis**. Jakarta Salemba Medika.
- Padila. (2012). **Buku Ajar Keperawatan Keluarga**. Jogjakarta: Nuha Medika.
- Price & Wilson. (2005). **Patofisiologi Konsep Klinis Proses-proses Penyakit Edisi 6. Vol. 2**. Jakarta: EGC.
- Profil Kesehatan Kota Kupang. (2016). **Provinsi Nusa Tenggara Timur Dalam Angka**. <https://www.scribd.com/document/326600919/Provinsi-Nusa-Tenggara-Timur-Dalam-Angka-2016-2>. Diakses pada tanggal 21 Oktober 2017.
- Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia**. (2016). www.pusdatin.kemendes.go.id. Diakses pada tanggal 20 Oktober 2017 pukul 16.00.
- Radji, Maksum & M. Biomed. (2010). **Imunologi dan Virologi**. Jakarta: PT. ISFI Penerbitan.
- Rahakbauw, Nancy. (2016). **Dukungan Terhadap Kelangsungan Hidup ODHA**. http://stisipwiduri.ac.id/File/N/Full/2892-INSANI%20Vol.%203%20No.%202%20Des%202016%20STISIP%20Widuri_Nancy.pdf. Diakses pada tanggal 12 November 2017 pukul 20.00.

- Riyanto, Agus. (2011). **Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan**. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Salsabila, Mustamira Sofa. (2012). **Kualitas Hidup Pasien Epilepsi (Studi Kasus Pasien Epilepsi Dewasa Awal di Yogyakarta)**. Yogyakarta: UIN Sunan Kalijaga.
- Sari, Mekar Duwi Indah & Eli Nur Hayati. (2015). **Regulasi Emosi Pada Penderita HIV/AIDS**. www.journal.uad.ac.id. Diakses pada tanggal 1 November 2017 pukul 12.00.
- Setiadi. (2013). **Konsep dan Praktek Penulisan Riset Keperawatan, Ed. 2**. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Setiadi. (2008). **Konsep dan Keperawatan Keluarga**. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Simboh, dkk. (2015). **Hubungan Dukungan Keluarga Bagi Kualitas Hidup Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Di Klinik VCT RSU Bethesda GMIM Tomohon**. <http://ejournal.unsrat.ac.id>. Diakses pada tanggal 24 Juli 2018 pukul 17.00.
- Suparyanto. (2012). **Konsep Dukungan Keluarga**. <http://www.scribd.com/mobile/doc/185857958/Konsep-Dukungan-Keluarga-Dr-Suparyanto>. Diakses pada tanggal 14 Februari 2018 pukul 13.10.
- www.who.int/mental_health/media. Diakses pada tanggal 11 Januari 2018 pada pukul 18.00.
- Zainudin, Haryati. 2016. **Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Di LSM Perjuangan Kupang**. <http://cyber-chmk.net/ojs/index.php/kesehatan/article/download/38/55>. Diakses pada tanggal 11 Maret 2018 pada pukul 21.00.

**Citra Husada Mandiri Kupang
Institute of Health Sciences
(STIKes CHMK)**



*The Leading Health Institute
for Global Community*

Nomor : 0001/PRA-PLT/STIKesCHMK/ADUM/I/2018
Lampiran : -
Perihal : Ijin Pengambilan Data Pra Penelitian

Kepada Yth.
Kepala LSM Perjuangan Kupang

di
Tempat

Dengan Hormat,


Sehubungan dengan kegiatan pengambilan data untuk penyelesaian Tugas Akhir (Skripsi), maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu sebagaimana perihal surat di atas. Adapun data mahasiswa/i kami adalah sebagai berikut :

Nama Mahasiswa : Mentari Chrystiani Lasi
NIM : 141111033
Program Studi : S1 Keperawatan
Tahun Masuk / Semester : 2014 / VII (Tujuh)
Judul : Hubungan Dukungan Sosial Keluarga Dengan Kualitas Hidup Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) di LSM Perjuangan Kupang

Waktu : 16 Januari 2018 s/d 23 Januari 2018
Lokasi : LSM Perjuangan Kupang

Demikian surat permohonan kami. Atas bantuan dan kerjasama Bapak/Ibu kami sampaikan terima kasih.

Kupang, 15 Januari 2018
Sekretaris Ka. Lembaga Penjamin Mutu


Aysurus F. Paulus, S.KM., M.Kes (Epid)

Tembusan :
1. Mahasiswa yang bersangkutan;
2. Arsip

17th Manafe Street, Kayu Putih
0380-8553961
chmk.ac.id



Nomor : 0044/PLT/STIKesCHMK/ADUM/VII/2018
 Lampiran : -
 Perihal : Ijin Pengambilan Data Penelitian

Kepada Yth.
 Ketua LSM Perjuangan Kupang


di
 Tempat

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan kegiatan pengambilan data untuk penyelesaian Tugas Akhir (Skripsi), maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu sebagaimana perihal surat di atas. Adapun data mahasiswa/i kami adalah sebagai berikut :

| | |
|------------------------|--|
| Nama Mahasiswa | : Mentari Chrystiani Lasi |
| NIM | : 141111033 |
| Program Studi | : S1 Keperawatan |
| Tahun Masuk / Semester | : 2014 / VIII (Delapan) |
| Judul | : Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Di Tempat Binaan LSM Perjuangan Kupang |
| Waktu | : 04 Juli 2018 s/d 08 Agustus 2018 |
| Lokasi | : LSM Perjuangan Kupang |

Demikian surat permohonan kami. Atas bantuan dan kerjasama Bapak/Ibu kami sampaikan terima kasih.

Kupang, 02 Juli 2018
 Kepala Unit Penjamin Mutu

 Aysanti Y. Paulus, S.KM., M.Kes (Epid)

Tembusan :
 1. Mahasiswa yang bersangkutan;
 2. Arsip

SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth. Calon Responden

di

Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Mentari Chrystiani Lasi

NIM : 141111033

Program Studi : Ners STIKes Citra Husada Mandiri Kupang

Bermaksud akan mengadakan penelitian dengan judul “Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Binaan LSM Perjuangan Kupang”. Batasan keluarga yang dimaksud dalam penelitian ini adalah keluarga inti (suami/istri dan anak-anak) serta keluarga kandung yang ikut dalam merawat ODHA selama dalam masa perawatan.

Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi responden. Semua informasi dari hasil penelitian akan dijaga kerahasiaannya dan hanya dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Jika saudara/i bersedia, maka saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan.

Atas perhatian dan kesediaannya menjadi responden saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,

Mentari Ch. Lasi

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertandatangan di bawah ini bersedia menjadi responden setelah diberikan penjelasan dalam penelitian yang dilakukan oleh peneliti yaitu:

Nama : Mentari Chrystiani Lasi

NIM : 141111033

Program Studi : Ners STIKes Citra Husada Mandiri Kupang

Judul : Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup
Dengan HIV/AIDS (ODHA) Binaan LSM Perjuangan
Kupang

Demikianlah surat persetujuan ini saya tandatangi tanpa adanya paksaan dari pihak manapun.

Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan merugikan saya sebagai responden, oleh sebab itu saya bersedia menjadi responden.

Responden,

Kupang, 2018

()

KUESIONER PENELITIAN
HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP
ORANG DENGAN HIV/AIDS (ODHA) BINAAN
LSM PERJUANGAN KUPANG

Petunjuk Pengisian:

Jawablah pertanyaan berikut dengan mengisi salah satu jawaban pada setiap pernyataan dengan memberikan tanda centang (✓) pada kotak yang tersedia di bawah ini!

Identitas Responden :

No. Responden :

Nama :

Usia :

Jenis Kelamin : Laki-Laki Perempuan

Pendidikan Terakhir : SD SMP SMA Lain-lain.....

Pekerjaan

Status perkawinan :

Penghasilan :

Jumlah CD4 terakhir : < 500 > 500

Lama sakit : < 5 Tahun > 5 Tahun

Dugaan Penularan : Hubungan Seksual
 Tato
 Jarum Suntik
 Dan lain-lain.....

1. Kuesioner Dukungan Keluarga

Keterangan:

SL = Selalu

SR = Sering

JR = Jarang

KK = Kadang-kadang

TP = Tidak Pernah

| No. | Dukungan Keluarga | SL | SR | JR | KK | TP |
|-----|--|----|----|----|----|----|
| | Dukungan Emosional | | | | | |
| 1. | Keluarga mendampingi saya dalam menjalani perawatan | | | | | |
| 2. | Tanpa saya minta, keluarga saya menunjukkan kepeduliannya dengan mengajak saya untuk membicarakan masalahn yang saya hadapi. | | | | | |
| 3. | Keluarga tetap mencintai dan memperhatikan keadaan saya selama saya sakit. | | | | | |
| 4. | Keluarga memberikan perhatian yang baik setiap saya membutuhkan bantuan. | | | | | |
| | Dukungan Instrumental | | | | | |
| 5. | Keluarga menghibur saya bila saya terlihat sedang sedih dengan masalah yang saya hadapi. | | | | | |
| 6. | Keluarga menyediakan waktu dan fasilitas jika saya memerlukan untuk keperluan pengobatan. | | | | | |
| 7. | Keluarga sangat berperan aktif dalam setiap pengobatan dan perawatan sakit saya. | | | | | |
| 8. | Keluarga bersedia membiayai biaya perawatan dan pengobatan. | | | | | |
| 9. | Keluarga berusaha mencarikan kekurangan sarana dan peralatan perawatan yang saya perlukan. | | | | | |

| | Dukungan Informasi | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|
| 10. | Keluarga siap membantu saya dalam melakukan aktivitas sehari-hari bila saya sakit seperti mandi, berpakaian, menyuapi makanan bangun dan beranjak dari tempat tidur bila saya tidak mampu dan lain-lain. | | | | | |
| 11. | Keluarga memberitahu tentang hasil pemeriksaan dan pengobatan dari dokter/perawat yang merawat saya. | | | | | |
| 12. | Keluarga mengingatkan saya tentang perilaku-perilaku yang dapat memperburuk penyakit saya seperti merokok dan kurang istirahat. | | | | | |
| | Dukungan Penghargaan | | | | | |
| 13. | Keluarga menjelaskan kepada saya setiap saya bertanya hal-hal yang tidak jelas tentang penyakit saya. | | | | | |
| 14. | Keluarga member pujian dan perhatian kepada saya bila saya melakukan anjuran yang diberikan oleh tenaga kesehatan (seperti mengkonsumsi obat secara teratur, berhenti atau mengurangi merokok). | | | | | |
| 15. | Keluarga melibatkan saya dalam pengambilan keputusan mengenai pengobatan/perawatan yang akan saya jalani. | | | | | |
| 16. | Keluarga melibatkan saya dalam pengambilan keputusan tentang hal-hal yang menyangkut masalah keluarga. | | | | | |
| 17. | Keluarga melibatkan saya dalam aktivitas sosial. | | | | | |
| 18. | Keluarga tidak melarang saya untuk berhubungan dengan teman. | | | | | |

2. Kuesioner Kualitas Hidup

Keterangan:

TP : Tidak Pernah

JR : Jarang

KK : Kadang-kadang

SR : Sering

SL : Selalu

| No. | Pernyataan | TP | JR | KD | SR | SL |
|-----|---|----|----|----|----|----|
| 1. | Saya merasa terganggu dengan kondisi sakit yang menghambat saya dalam beraktivitas sehari-hari | | | | | |
| 2. | Saya dapat mengatasi rasa nyeri atau ketidaknyamanan fisik akibat kondisi sakit saya | | | | | |
| 3. | Saya merasa puas dengan tenaga yang saya miliki untuk beraktifitas | | | | | |
| 4. | Saya merasa puas terhadap kualitas tidur saya | | | | | |
| 5. | Saya menikmati hidup saya | | | | | |
| 6. | Saya dapat berkonsentrasi atau fokus dengan apa yang sedang saya lakukan | | | | | |
| 7. | Saya dapat menerima penampilan tubuh saya | | | | | |
| 8. | Saya merasa diri saya berharga | | | | | |
| 9. | Saya merasa tidak cemas dengan kondisi sakit yang saya alami | | | | | |
| 10. | Saya merasa masih mempunyai harapan yang baik untuk masa depan | | | | | |
| 11. | Saya merasa orang-orang disekitar saya dapat menerima keadaan saya dan masih mau berteman dengan saya | | | | | |
| 12. | Saya merasa puas terhadap dukungan yang diberikan oleh keluarga dan teman saya | | | | | |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|
| 13. | Saya merasa orang-orang disekitar saya tidak menyukai saya dan menghindari saya | | | | | |
| 14. | Saya masih dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari tanpa bantuan | | | | | |
| 15. | Saya dapat bergerak dan berjalan dengan baik | | | | | |
| 16. | Saya membutuhkan pengobatan dan perawatan kesehatan untuk dapat beraktifitas sehari-hari | | | | | |
| 17. | Saya merasa puas dengan lingkungan tempat saya tinggal | | | | | |
| 18. | Saya merasa kualitas badah saya semakin baik | | | | | |
| 19. | Saya merasa kehidupan yang saya jalani saat ini lebih berarti | | | | | |
| 20. | Saya merasa Tuhan menyayangi saya dan ingin mengangkat derajat keimanan saya | | | | | |

Lampiran

Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Dukungan Keluarga

Case Processing Summary

| | | N | % |
|-------|--------------|----|-------|
| Cases | Valid | 30 | 100,0 |
| | Excluded(a) | 0 | ,0 |
| | Total | 30 | 100,0 |

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|------------------|------------|
| ,867 | 20 |

Item-Total Statistics

| Item | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|----------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| VAR00001 | 59,33 | 159,954 | ,444 | ,861 |
| VAR00002 | 59,07 | 159,995 | ,443 | ,862 |
| VAR00003 | 58,10 | 161,748 | ,682 | ,856 |
| VAR00004 | 58,87 | 177,913 | -,069 | ,882 |
| VAR00005 | 58,10 | 167,541 | ,461 | ,862 |
| VAR00006 | 58,60 | 160,662 | ,577 | ,857 |
| VAR00007 | 58,33 | 160,506 | ,625 | ,856 |
| VAR00008 | 58,33 | 162,506 | ,503 | ,860 |
| VAR00009 | 58,57 | 163,426 | ,385 | ,864 |
| VAR00010 | 58,63 | 156,723 | ,589 | ,856 |
| VAR00011 | 59,00 | 155,586 | ,497 | ,860 |
| VAR00012 | 58,80 | 152,166 | ,634 | ,853 |
| VAR00013 | 58,20 | 162,924 | ,500 | ,860 |
| VAR00014 | 58,00 | 174,138 | ,160 | ,868 |
| VAR00015 | 59,20 | 157,338 | ,429 | ,863 |
| VAR00016 | 58,70 | 159,528 | ,497 | ,859 |
| VAR00017 | 58,57 | 155,978 | ,575 | ,856 |
| VAR00018 | 58,43 | 155,564 | ,717 | ,852 |
| VAR00019 | 58,80 | 159,200 | ,516 | ,859 |
| VAR00020 | 58,67 | 159,678 | ,371 | ,866 |

Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Kualitas Hidup

Case Processing Summary

| | | N | % |
|-------|--------------|----|-------|
| Cases | Valid | 30 | 100,0 |
| | Excluded(a) | 0 | ,0 |
| | Total | 30 | 100,0 |

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|------------------|------------|
| ,882 | 22 |

Item-Total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|----------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| VAR00001 | 84,57 | 156,461 | ,613 | ,872 |
| VAR00002 | 84,43 | 173,428 | ,065 | ,890 |
| VAR00003 | 84,23 | 157,357 | ,626 | ,872 |
| VAR00004 | 83,97 | 155,551 | ,686 | ,870 |
| VAR00005 | 83,60 | 153,214 | ,833 | ,866 |
| VAR00006 | 83,87 | 155,223 | ,717 | ,869 |
| VAR00007 | 83,87 | 165,982 | ,400 | ,879 |
| VAR00008 | 83,80 | 158,166 | ,735 | ,870 |
| VAR00009 | 84,50 | 169,086 | ,396 | ,881 |
| VAR00010 | 83,87 | 150,809 | ,815 | ,865 |
| VAR00011 | 83,80 | 163,752 | ,462 | ,877 |
| VAR00012 | 83,67 | 162,989 | ,562 | ,875 |
| VAR00013 | 84,13 | 163,844 | ,348 | ,881 |
| VAR00014 | 84,53 | 165,223 | ,307 | ,882 |
| VAR00015 | 83,20 | 177,407 | -,031 | ,884 |
| VAR00016 | 86,00 | 170,207 | ,302 | ,873 |
| VAR00017 | 83,53 | 171,292 | ,337 | ,880 |
| VAR00018 | 83,73 | 162,133 | ,557 | ,874 |
| VAR00019 | 84,30 | 167,872 | ,350 | ,880 |
| VAR00020 | 84,20 | 161,200 | ,495 | ,876 |
| VAR00021 | 83,83 | 152,833 | ,800 | ,866 |
| VAR00022 | 83,77 | 158,806 | ,609 | ,873 |



LEMBAGA SWADAYA MASYARAKAT (LSM)

"PERJUANGAN"

(Pelopor Pembangunan Ekonomi Odha, Ohida, Penderita TBC
dan Profesi PSK NTT)

SEKRETARIAT : Jl. Amabi Nomor 11, HP. 085 333 811 574

Kelurahan Oepura, Kecamatan Maulafa, Kota Kupang-NTT

SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN

Nomor: 005/P/LSM/VIII/2018

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Welhelmus Edward Lisnahan
Jabatan : Ketua
Nia : 001.0214

Menerangkan bahwa:

Nama : Mentari Chrystiani Lasi
Jenis Kelamin : Perempuan
NIM : 14.11.11033
Jurusan : Program Studi S1 Ners
Asal Instansi/Univ : STIKes CHM-Kupang

Benar-benar telah selesai melakukan penelitian di LSM Perjuangan Kupang, selama dua minggu, terhitung dari tanggal 4 s/d 17 Juli 2018, dengan judul penelitian:

"Hubungan Dukungan Sosial Dengan Kualitas Hidup Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Di Tempat Binaan LSM Perjuangan Kupang"

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, 18 Juli 2018

Dewan Pengurus LSM Perjuangan

Welhelmus E. Lisnahan
Ketua

Tembusan:

1. Ketua Stikes CHM-Kupang
2. Mahasiswa yang bersangkutan

Lembar Rekapitulasi Data Umum Dan Data Khusus

TABULASI DATA

```
FREQUENCIES VARIABLES=VAR00001 VAR00002 VAR00003 VAR00004 VAR00005
VAR00006 VAR00007 VAR00008
    VAR00009
  /STATISTICS=STDDEV MEAN MEDIAN
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Frequencies

| | | Notes |
|------------------------|--|---|
| Output Created | | 26-JUL-2018 15:44:38 |
| Comments | | |
| Input | Active Dataset | DataSet0 |
| | Filter | <none> |
| | Weight | <none> |
| | Split File | <none> |
| | N of Rows in Working Data File | 103 |
| Missing Value Handling | Definition of Missing | User-defined missing values are treated as missing. |
| | Cases Used | Statistics are based on all cases with valid data. |
| Syntax | FREQUENCIES VARIABLES=VAR00001 VAR00002 VAR00003 VAR00004 VAR00005 VAR00006 VAR00007 VAR00008 VAR00009 /STATISTICS=STDDEV MEAN MEDIAN /ORDER=ANALYSIS. | |
| Resources | Processor Time | 00:00:00,02 |
| | Elapsed Time | 00:00:00,02 |

[DataSet0]

Statistics

| | | Umur | Jenis Kelamin | Pendidikan | Pekerjaan | Status Perkawinan |
|----------------|---------|------|---------------|------------|-----------|-------------------|
| N | Valid | 103 | 103 | 103 | 103 | 103 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Mean | | 1,85 | 1,39 | 2,74 | 3,56 | 1,71 |
| Median | | 2,00 | 1,00 | 3,00 | 3,00 | 2,00 |
| Std. Deviation | | ,733 | ,490 | ,840 | 1,226 | ,457 |

Statistics

| | | Penghasilan | Jumlah CD4 | Lama sakit | Dugaan penularan |
|----------------|---------|-------------|------------|------------|------------------|
| N | Valid | 103 | 103 | 103 | 103 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Mean | | 1,18 | 1,09 | 1,32 | 1,23 |
| Median | | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| Std. Deviation | | ,390 | ,284 | ,469 | ,546 |

Frequency Table

Umur

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 21-30 tahun | 36 | 35,0 | 35,0 | 35,0 |
| | 31-40 tahun | 46 | 44,7 | 44,7 | 79,6 |
| | 41-57 tahun | 21 | 20,4 | 20,4 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

Jenis Kelamin

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | laki-laki | 63 | 61,2 | 61,2 | 61,2 |
| | perempuan | 40 | 38,8 | 38,8 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

Pendidikan

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|--|-----------|---------|---------------|--------------------|
|--|--|-----------|---------|---------------|--------------------|

| | | | | | |
|-------|-----------|-----|-------|-------|-------|
| Valid | SD | 14 | 13,6 | 13,6 | 13,6 |
| | SMP | 11 | 10,7 | 10,7 | 24,3 |
| | SMA | 66 | 64,1 | 64,1 | 88,3 |
| | Lain-lain | 12 | 11,7 | 11,7 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

Pekerjaan

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | PNS | 2 | 1,9 | 1,9 | 1,9 |
| | Wiraswasta | 22 | 21,4 | 21,4 | 23,3 |
| | IRT | 31 | 30,1 | 30,1 | 53,4 |
| | Mahasiswa | 12 | 11,7 | 11,7 | 65,0 |
| | lain-lain | 36 | 35,0 | 35,0 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

Status Perkawinan

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Belum kawin | 30 | 29,1 | 29,1 | 29,1 |
| | Sudah kawin | 73 | 70,9 | 70,9 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

Penghasilan

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | < Rp. 500.000 | 84 | 81,6 | 81,6 | 81,6 |
| | > Rp. 500.000 | 19 | 18,4 | 18,4 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

Jumlah CD4

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|-----------------------|
| Valid | < 500 | 94 | 91,3 | 91,3 | 91,3 |
| | > 500 | 9 | 8,7 | 8,7 | 100,0 |
| Total | | 103 | 100,0 | 100,0 | |

Lama Sakit

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|----------|-----------|---------|---------------|-----------------------|
| Valid | <5 tahun | 70 | 68,0 | 68,0 | 68,0 |
| | >5 tahun | 33 | 32,0 | 32,0 | 100,0 |
| Total | | 103 | 100,0 | 100,0 | |

Dugaan Penularan

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|------------------|-----------|---------|---------------|-----------------------|
| Valid | hubungan seksual | 85 | 82,5 | 82,5 | 82,5 |
| | Tato | 12 | 11,7 | 11,7 | 94,2 |
| | Jarum Suntik | 6 | 5,8 | 5,8 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

FREQUENCIES VARIABLES=VAR00001 VAR00002
/ORDER=ANALYSIS.

Frequencies

| Notes | | |
|------------------------|--------------------------------|---|
| Output Created | | 26-JUL-2018 16:39:33 |
| Comments | | |
| Input | Active Dataset | DataSet0 |
| | Filter | <none> |
| | Weight | <none> |
| | Split File | <none> |
| | N of Rows in Working Data File | 103 |
| Missing Value Handling | Definition of Missing | User-defined missing values are treated as missing. |
| | Cases Used | Statistics are based on all cases with valid data. |
| Syntax | | FREQUENCIES VARIABLES=VAR00001 VAR00002 /ORDER=ANALYSIS. |
| Resources | Processor Time | 00:00:00,02 |
| | Elapsed Time | 00:00:00,02 |

Statistics

| | | Dukungan Keluarga | Kualitas Hidup |
|---|---------|----------------------|----------------|
| N | Valid | 103 | 103 |
| | Missing | 0 | 0 |

Frequency Table

Dukungan Keluarga

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------|-----------|---------|---------------|-----------------------|
| Valid | Baik | 65 | 63,1 | 63,1 | 63,1 |
| | Cukup | 29 | 28,2 | 28,2 | 91,3 |
| | Kurang | 9 | 8,7 | 8,7 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

Kualitas Hidup

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------|-----------|---------|---------------|-----------------------|
| Valid | Baik | 64 | 62,1 | 62,1 | 62,1 |
| | Cukup | 30 | 29,1 | 29,1 | 91,3 |
| | Kurang | 9 | 8,7 | 8,7 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

```

CROSSTABS
  /TABLES=VAR00001 BY VAR00002
  /FORMAT=AVALUE TABLES
  /STATISTICS=CORR BTAU
  /CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
  /COUNT ROUND CELL.

```

Crosstabs

| Notes | | |
|------------------------|--|---|
| Output Created | | 26-JUL-2018 16:41:09 |
| Comments | | |
| Input | Active Dataset | DataSet0 |
| | Filter | <none> |
| | Weight | <none> |
| | Split File | <none> |
| | N of Rows in Working Data File | 103 |
| Missing Value Handling | Definition of Missing | User-defined missing values are treated as missing. |
| | Cases Used | Statistics for each table are based on all the cases with valid data in the specified range(s) for all variables in each table. |
| Syntax | CROSSTABS /TABLES=VAR00001 BY VAR00002 /FORMAT=AVALUE TABLES /STATISTICS=CORR BTAU /CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL /COUNT ROUND CELL. | |
| Resources | Processor Time | 00:00:00,05 |
| | Elapsed Time | 00:00:00,05 |
| | Dimensions Requested | 2 |
| | Cells Available | 349496 |

Case Processing Summary

| | | Valid | | Cases Missing | | Total | |
|---------------------------------------|--|-------|---------|---------------|---------|-------|---------|
| | | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| Dukungan Keluarga * Kualitas Hidup | | 103 | 100,0% | 0 | 0,0% | 103 | 100,0% |

Dukungan Keluarga * Kualitas Hidup Crosstabulation

| Dukungan Keluarga | | | Kualitas Hidup | | |
|-------------------|----------------------------|----------------------------|----------------|--------|--------|
| | | | Baik | Cukup | Kurang |
| Dukungan Keluarga | Baik | Count | 64 | 1 | 0 |
| | | % within Dukungan Keluarga | 98,5% | 1,5% | 0,0% |
| | | % within Kualitas Hidup | 100,0% | 3,3% | 0,0% |
| | | % of Total | 62,1% | 1,0% | 0,0% |
| | Cukup | Count | 0 | 29 | 0 |
| | | % within Dukungan Keluarga | 0,0% | 100,0% | 0,0% |
| | | % within Kualitas Hidup | 0,0% | 96,7% | 0,0% |
| | | % of Total | 0,0% | 28,2% | 0,0% |
| | Kurang | Count | 0 | 0 | 9 |
| | | % within Dukungan Keluarga | 0,0% | 0,0% | 100,0% |
| | | % within Kualitas Hidup | 0,0% | 0,0% | 100,0% |
| | | % of Total | 0,0% | 0,0% | 8,7% |
| Total | Count | 64 | 30 | 9 | |
| | % within Dukungan Keluarga | 62,1% | 29,1% | 8,7% | |
| | % within Kualitas Hidup | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | % of Total | 62,1% | 29,1% | 8,7% | |

Dukungan Keluarga * Kualitas Hidup Crosstabulation

| Dukungan Keluarga | | | Total |
|-------------------|-------|----------------------------|--------|
| | | | |
| Dukungan Keluarga | Baik | Count | 65 |
| | | % within Dukungan Keluarga | 100,0% |
| | | % within Kualitas Hidup | 63,1% |
| | | % of Total | 63,1% |
| | Cukup | Count | 29 |
| | | % within Dukungan Keluarga | 100,0% |
| | | % within Kualitas Hidup | 28,2% |
| | | % of Total | 28,2% |

| | | |
|--------|----------------------------|--------|
| Kurang | Count | 9 |
| | % within Dukungan Keluarga | 100,0% |
| | % within Kualitas Hidup | 8,7% |
| | % of Total | 8,7% |
| Total | Count | 103 |
| | % within Dukungan Keluarga | 100,0% |
| | % within Kualitas Hidup | 100,0% |
| | % of Total | 100,0% |

Symmetric Measures

| | | Value | Asymptotic Standard Error ^a | Approximate T ^b |
|----------------------|----------------------|-------|---|----------------------------|
| Ordinal by Ordinal | Kendall's tau-b | ,983 | ,017 | 13,025 |
| | Spearman Correlation | ,984 | ,016 | 54,780 |
| Interval by Interval | Pearson's R | ,989 | ,011 | 66,110 |
| N of Valid Cases | | 103 | | |

Symmetric Measures

| | | Approximate Significance |
|----------------------|----------------------|--------------------------|
| Ordinal by Ordinal | Kendall's tau-b | ,000 |
| | Spearman Correlation | ,000 ^c |
| Interval by Interval | Pearson's R | ,000 ^c |
| N of Valid Cases | | |

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

```

NONPAR CORR
  /VARIABLES=VAR00001 VAR00002
  /PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
  /MISSING=PAIRWISE.

```

Nonparametric Correlations

| Notes | | |
|------------------------|--|---|
| Output Created | | 26-JUL-2018 16:37:38 |
| Comments | | |
| Input | Active Dataset | DataSet0 |
| | Filter | <none> |
| | Weight | <none> |
| | Split File | <none> |
| | N of Rows in Working Data File | 103 |
| Missing Value Handling | Definition of Missing | User-defined missing values are treated as missing. |
| | Cases Used | Statistics for each pair of variables are based on all the cases with valid data for that pair. |
| Syntax | NONPAR CORR /VARIABLES=VAR00001 VAR00002 /PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG /MISSING=PAIRWISE. | |
| Resources | Processor Time | 00:00:00,00 |
| | Elapsed Time | 00:00:00,02 |
| | Number of Cases Allowed | 349525 cases ^a |

a. Based on availability of workspace memory

Correlations

| | | | Dukungan Keluarga | Kualitas Hidup |
|----------------|-------------------|-------------------------|----------------------|----------------|
| Spearman's rho | Dukungan Keluarga | Correlation Coefficient | 1,000 | ,984** |
| | | Sig. (2-tailed) | . | ,000 |
| | | N | 103 | 103 |
| | Kualitas Hidup | Correlation Coefficient | ,984** | 1,000 |
| | | Sig. (2-tailed) | ,000 | . |
| | | N | 103 | 103 |

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
 CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
 Jl. Manafe No. 17 Kota Baru Oeufu Kupang
 Telp/faks. (62-0380) 8553961/8553590, Email: stikeschmk@yahoo.com

LEMBAR KONSULTASI SKRIPSI

Nama Mahasiswa : Mentari Chrystiani Lasi
 NIM : 141111033
 Pembimbing I : Ns. Yoani M. B. V. Aty, S.Kep., M.Kep

| No | Hari/Tanggal | Materi Bimbingan | Catatan Pembimbing I | Paraf |
|----|----------------|---|---|-------|
| 1 | Senin, 6/8/18 | Perbaiki penulisan Revisi BAB IV & V | Pada bagian Pembahasan tidak perlu menulis hasil dalam angka. | |
| 2 | Rabu, 8/8/18 | Revisi tabel uji statistik dan Pembahasan bab VI | Tabel yang ditampilkan tabel tabulasi silang | |
| 3 | Jumat, 10/8/18 | Revisi pembahasan dan Revisi bab V Kesimpulan dan Saran | Pembahasan harus lebih spesifik dan saran di perpendek lagi. | |
| 4 | Senin, 13/8/18 | Acc bab VI & V | ACC | |
| | | | | |
| | | | | |



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
Jl. Manafe No. 17 Kota Baru Oebufu Kupang
Telp/faks. (62-0380) 8553961/8553590, Email: stikeschmk@yahoo.com

LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL/SKRIPSI

Nama Mahasiswa : Mentari Cristiani Lasi
NIM : 141 111 033
Pembimbing II : Sebastianus K. Tahu, S.Kep, Ns., M.Kep

| No | Hari/Tanggal | Materi Bimbingan | Catatan Pembimbing I | Paraf |
|----|-----------------|-------------------------------|---|-------|
| 1 | Kamis, 02/08/18 | Bab <u>IV</u> Bab <u>V</u> | - Perbaiki penulisan - Presentasi hanya kateksi yang tinggi saja. | |
| 2 | Sabtu, 10/08/18 | Bab <u>IV</u> Bab <u>V</u> | - Opini hanya pendapat sendiri - Lebih di perkuat lagi dengan Penelitian selokan tinggi. | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

DOKUMENTASI



Gambar 1. Foto Bersama anggota LSM Perjuangan Kupang dan ODHA



Gambar 3. Pengisian Kuesioner
Dukungan Keluarga dan Kualitas Hidup

Gambar 2. Pengisian Kuesioner Dukungan Keluarga dan Kualitas Hidup



Gambar 4. Pengisian Kuesioner Dukungan Keluarga dan Kualitas Hidup