

**FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KUALITAS HIDUP PASIEN HIV/AIDS DI RSUD
Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI
TAHUN 2016**

SKRIPSI

**Diajukan Sebagai
Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
Sarjana Keperawatan**



Oleh :

ELKI RIZAL SAPUTRA
NIM :1214202183

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
FORT DE KOCK BUKITTINGGI
TAHUN 2016**

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Judul Skripsi : Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Kualitas Hidup
Pasien HIV/AIDS Di RSUD Dr. Achmad Mochtar
Bukittinggi Tahun 2016

Nama : ELKI RIZAL SAPUTRA

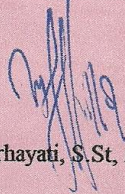
Nim : 1214202183

Skripsi ini telah disetujui, dan seminarkan dihadapan tim penguji
STIKes Fort De Kock Bukittinggi pada tanggal 6 April 2016.

Bukittinggi, 6 April 2016

Komisi Pembimbing :

Pembimbing I



Nurhayati, S.St, M.Biomed

Pembimbing II



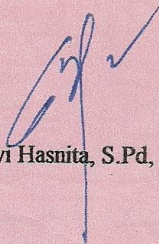
Ns. Yelmi Reni Putri, S.Kep, MAN

PENGESAHAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN

FORT DE KOCK BUKITTINGGI

KETUA



Dr. Hj. Evi Hasnita, S.Pd, Ns, M.Kes

**PANITIA SEMINAR SKRIPSI
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
FORT DE KOCK BUKITTINGGI
TAHUN 2016**

Bukittinggi, 6 April 2016

Moderator



Ns. Yelmi Reni Putri, S.Kep, MAN

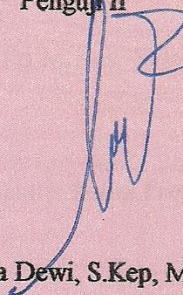
Tim penguji

Penguji I



Ns. Silvia, M.Biomed

Penguji II



Ns. Ratna Dewi, S.Kep, M.Kep

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN FORT DE KOCK
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SKRIPSI, JANUARI 2016**

Elki Rizal Saputra

**Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kualitas Hidup Pasien
HIV/AIDS Di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016**

Vii + VII BAb, 65 Halaman, 3 Skema 8 Tabel, 8 Lampiran

ABSTRAK

Situasi yang di hadapi penderita HIV/AIDS sangat kompleks, selain harus menghadapi penyakitnya sendiri, mereka juga menghadapi stigma dan deskriminasi, sehingga mengalami masalah pada fisik, psikis, dan sosial yang memerlukan intervensi komprehensif meliputi medikamentosa, nutrisi, dukungan sosial, dukungan keluarga maupun psikoterapi/konseling. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2015.

Jenis penelitian ini adalah *deskriptif analitik*, dengan pendekatan cross sectional. Penelitian ini di lakukan di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi pada bulan juni sampai october 2015 dengan populasi seluruh pasien yang berada di RSUD Dr. Achmad Mochtar yang berjumlah 133 orang. Pengambilan sampel menggunakan purposive sampling sehingga didapatkan sampel sebanyak 32 orang. Pengumpulan data di lakukan secara komputerisasi meliputi *analisis univariat* dan *analisis bivariat* menggunakan *uji chi square*.

Berdasarkan hasil penelitian di ketahui bahwa lebih dari sebagian responden (59,4 %) memiliki kualitas hidup kurang baik, lebih dari sebagian responden (50 %) memiliki kurang baik dalam kategori fisik, lebih dari sebagian responden (59,4 %) melakukan bersosial yang baik, lebih dari sebagian responden (56,2 %) memiliki lingkungan kurang baik. Sedangkan hasil analisis univariat menunjukkan bahwa ada pengaruh antara dukungan fisik ($P= 0,012$, $OR= 7,222$), dukungan sosial ($P= 0,016$, $OR= 7,26$), dukungan lingkungan ($P= 0,016$, $OR= 7,562$) terhadap kualitas hidup.

Disimpulkan bahwa kualitas hidup sangat dipengaruhi oleh dukungan fisik, dukungan sosial, dan dukungan lingkungan. Untuk itu diharapkan upaya dari berbagai pihak, khususnya pihak keluarga untuk lebih meningkatkan perhatian serta motivasi agar penderita merasa lebih diperhatikan dan lebih bersemangat.

**Kata Kunci : Kualitas Hidup, HIV/AIDS
Daftar Bacaan : 19 (2009-2015)**

**FORT DE KOCK HEALTH SCIENCES COLLEGE
STUDY PROGRAM OF NURSING
RESEACH, APRIL 2016**

Elki Rizal Saputra

**Factors Related Quality of Life of Patients With HIV / AIDS In
Hospital Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi 2016**

Vii + VII Bab, 65 Page, 3 Scheme, 8 Tables, 8 Attachments

ABSTRACT

The situation faced by people with HIV / AIDS is very complex, in addition to having to face the disease itself, they also face stigma and discrimination, and therefore experience problems in the physical, psychological, social and requiring comprehensive intervention includes medikametosa, nutrition, social support, family support and psychotherapy /counseling. This study aims to determine the factors associated with quality of life of patients with HIV / AIDS at the Hospital Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi 2016.

This type of research is descriptive analytic with cross sectional approach. This research was conducted in Hospital Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi in June until October of 2015 the population of all patients in Hospital Dr. Achmad Mochtar totaling 133 people. sampling using purposive sampling to obtain a sample of 32 people. Data collection is done by computerized include univariate and bivariate analysis using chi square test.

Based on the results of research in the know that more than the majority of respondents (59.4%) had a poor quality of life, more than the majority of respondents (50%) have less well in physical categories, more than the majority of respondents (59.4%) did bersosial the well, more than the majority of respondents (56.2%) had a poor neighborhood. whereas the results of the univariate analysis showed that there is influence between the physical support ($P = 0.012$, $OR = 7.222$), social support ($P = 0.016$, $OR = 7.26$), environmental support ($P = 0.016$, $OR = 7.562$) on the quality of life.

It was concluded that the quality of life is influenced by the physical support, social support, and support the environment. for the expected efforts from various parties, especially the family to further increase the attention and motivation so that people feel more noticed and more excited.

**Keywords: Quality of Life, HIV / AIDS
Reading List: 19 (2009-2015)**

KATA PENGANTAR

AssalamualaikumWr.Wb

Puji syukur peneliti ucapkan kepada Allah SWT, karena berkat izin-Nyalah peneliti dapat menyelesaikan Skripsi ini yang berjudul **“Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS Di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015”** yang merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan Program PendidikanS1 Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Fort De Kock Bukittinggi. Sholawat beriring salam taklupa peneliti haturkan untuk NabiBesar Muhammad SAW.

Dalam penyusunan Skripsiini Peneliti banyak mendapat bimbingan, arahan dan dukungan dari Ibu **Nurhayati, S.ST, M.Biomed** selaku Pembimbing I dan Ibu **Ns. Yelmi Reni Putri, S.Kep, MAN** selaku Pembimbing II yang telah banyak memberikan arahan dan bimbingan dalam menyelesaikan Skripsi ini.

Berbagai pihak, maka kesempatan ini perkenankanlah peneliti menyampaikan rasa terima kasih kepada yang terhormat :

1. IbuDr. Ns. Hj. Evi Hasnita, S.PdM.Kes, Selaku Ketua STIKes Fort De Kock Bukittinggi.
2. Ibu Hj. Adriani, S.Kp, M.Kesselaku ketua Prodi S1 Keperawatan STIKes Fort De Kock Bukittinggi.
3. Dosen beserta Staf Program Studi Ilmu Keperwatan STIKes Fort de Kock Bukittinggi yang telah memberikan ilmu pengetahuan, peran serta dan semangat selama penulis mengikuti pendidikan.

4. Kabid SDM Drg. Sesmarry serta semua petugas yang berada di poli klinik Serunai di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi yang telah mengizinkan saya untuk melakukan penelitian tentang Faktor- Faktor Yang Berhubungan Dengan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS di RSUS Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
5. Sembah sujud penulis ucapkan kepada Ayahanda, Ibunda, dan istri ku tercinta Miko Sasmita, S.ST, beserta seluruh keluarga tercinta yang telah begitu sabar membantu, berkorban, memberi dorongan, motivasi dan semangat bagi penulis baik moril maupun materil serta doa yang tulus dan kasihsayang.
6. Semua sahabat dan rekan-rekan mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan yang telah mencurahkan perhatian, kekompakan dan kerja sama untuk kesuksesan bersama.

Penulis menyadari bahwa Skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari pembaca demi kesempurnaan skripsi ini di masa yang akan datang dan bermanfaat bagi kita semua.

Bukittinggi, April 2016

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN

HALAMAN JUDUL	
HALAMAN PERSETUJUAN	
KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
DAFTAR SKEMA	v
DAFTAR TABEL.....	vi
DAFTAR LAMPIRAN	vii

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	7
E. Ruang Lingkup Penelitian.....	8

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Defeni <i>HIV/AIDS</i>	9
B. Pengertian <i>HIV</i>	10
C. Sejarah <i>AIDS</i>	11
D. Epidemiologi <i>HIV/AIDS</i>	12
E. Patogenesis <i>HIV/AIDS</i>	12
F. Etiologi <i>HIV/ AIDS</i>	14
G. Penularan Penyakit <i>HIV/AIDS</i>	15
H. Sistem Tahapan Infeksi	20
I. Siklus Hidup <i>HIV</i>	22
J. Perjalanan Penyakit.....	23
K. Manifestasi Klinis	24
L. Tinjauan Umum Tentang Upaya Pencegahan <i>HIV/AIDS</i>	25
M. Kualitas Hidup	32

BAB III KERANGKA KONSEP

A. Kerangka Konsep	42
B. Definisi Operasional.....	43
C. Hipotesis.....	44

BAB IV METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian	45
B. Tempat dan Waktu Penelitian	45
C. Populasi dan Sampel	45
D. Jenis Pengumpulan Data	47
E. Cara Pengumpulan Data.....	47
F. Teknik Pengolahan Data	47
G. Analisis Data	48

BAB V HASIL PENELITIAN

A. Gambaran umum lokasi penelitian.....	49
B. Analisa univariat	50
C. Analisa bivariat	51

BAB VI PEMBAHASAN

A. Analisa univariat	55
B. Analisa bivariat	60

BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	64
B. saran	64

DAFTAR PUSTAKA **LAMPIRAN**

DAFTAR SKEMA

Skema 2. 1 Kerangka Teori.....	40
Skema 2. 2 Perjalanan Penyakit.....	41
Skema 3. 1 Kerangka Konsep.....	42

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 2 Definisi Operasional.....	43
Tabel 5. 1 distribusi frekuensi dukungan fisik.....	50
Tabel 5. 2 distribusi frekuensi dukungan sosial	50
Tabel 5. 3 distribusi frekuensi dukungan lingkungan.....	51
Tabel 5. 4 distribusi frekuensi dukungan hidup.....	51
Tabel 5.5 hubungan dukungan fisik dengan kualitas hidup.....	52
Tabel 5.6 hubungan dukungan sosial dengan kualitas hidup.....	53
Tabel 5.7 hubungan dukungan lingkungan dengan kualitas hidup.....	54

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Permohonan menjadi responden
- Lampiran 2 : pormat persetujuan (*Informed Consent*)
- Lampiran 3 : Kisi – Kisis Kuesioner
- Lampiran 4 : Kuesioner Penelitian
- Lampiran 5 : Lembar Konsul pembimbing I
- Lampiran 6 : lembar konsul pembimbing II
- Lampiran 7 : master tabel
- Lampiran 8 : hasil output spss

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masalah *HIV/AIDS(Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome)* dapat mengancam seluruh lapisan masyarakat dari berbagai kelas ekonomi, usia maupun jenis kelamin. Situasi yang dihadapi penderita *HIV/AIDS* sangat kompleks, selain harus menghadapi penyakitnya sendiri, mereka juga menghadapi stigma dan diskriminasi, sehingga mengalami masalah pada fisik, psikis, dan sosial yang memerlukan intervensi komprehensif meliputi medikamentosa, nutrisi, dukungan sosial, dukungan keluarga maupun psikoterapi/konseling (Effendy, 2008).

AIDS(Acquired Immuno Deficiency Syndrome) merupakan sekumpulan gejala yang disebabkan oleh menurunnya sistem kekebalan tubuh manusia, yang disebabkan oleh *HIV*. *AIDS* merupakan tahap akhir dari infeksi *HIV*, dimana perjalanan *HIV* akan berlanjut menjadi *AIDS* membutuhkan waktu sekitar 10 sampai 15 tahun (WHO,2014).

Terdapat sekitar 260.000 orang yang baru terinfeksi *HIV* dan 300.000 kematian yang berhubungan dengan *HIV* pada tahun 2007.Lima negara – India, Thailand, Myanmar, Indonesia dan Nepal – merupakan mayoritas dari beban regional ini.Kasus *HIV* tertinggi terjadi di antara para pekerja seks dan klien mereka, lelaki yang berhubungan dengan sesama jenis, dan para pengguna jarum suntik narkoba (PBB,2012).

Walaupun secara keseluruhan prevalensi *HIV* di antara orang dewasa di Asia Tenggara (0,35% pada tahun 2007) telah sedikit berubah selama lima tahun terakhir, ada variasi penting terkait dengan negara. Di Indonesia dan Bangladesh, contohnya, epidemic meningkat dengan cepat, sedangkan di India, Myanmar, Nepal, Thailand dan Sri Lanka, epidemic *HIV* telah menurun atau stabil. Negara-negara lainnya memiliki tingkat epidemi yang rendah. Bahkan di negara-negara ini, kerentanan dan resiko, juga tingkat infeksi menular seksual (IMS) lainnya yang tinggi, menimbulkan kondisi yang menguntungkan bagi penyebaran virus (PBB, 2012).

Kasus *HIV/AIDS* di Indonesia tahun 2014 terdata dari 1 Januari sampai dengan 30 September 2014 terdata 22.869 kasus *HIV* dan 1876 *AIDS* di Indonesia. Rasio kasus *HIV* antara laki-laki dan perempuan adalah 1:1, persentase faktor risiko *HIV* tertinggi adalah hubungan seks tidak aman pada heteroseksual (57%), penggunaan jarum suntik tidak steril pada pengguna narkoba suntik (4%) dan pada laki-laki suka laki-laki (LSL) 15% (Ditjen PP & PL Kemenkes, 2014).

Sampai dengan akhir Desember tahun 2012 Sumatra Barat menduduki urutan ke-11 dari 33 Provinsi yang ada di Indonesia dengan jumlah 701 kasus *HIV* dan 802 kasus *AIDS* (Ditjen PP dan PL Kemenkes RI). Di RS Achmad Mochtar Bukittinggi terdapat sekitar 288 orang yang pernah masuk perawatan *HIV* sampai dengan akhir Desember tahun 2012 dengan rata-rata kunjungan setiap bulan sekitar 66 orang (Laporan Perawatan *HIV* dan ART RSAM Bukittinggi tahun 2012)

Penyakit *HIV/AIDS(Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome)*telah menimbulkan masalah yang cukup luas pada individu yang terinfeksi yakni meliputi masalah, fisik, sosial dan emosional. Masalah fisik terjadi akibat penurunan daya tahan tubuh yang progresif yang mengatakan ODHA (orang dengan *HIV/AIDS* rentan terinfeksi. Banyak pasien *HIV(Human Immunodeficiency Virus)*melawan berbagai masalah sosial seperti stigma masyarakat dan depresi, yang dapat mempengaruhi kualitas hidup mereka dalam hal kesehatan fisik, mental, dan sosial mereka. Kualitas hidup merupakan indikator tidak hanya seberapa baik fungsi individu dalam kehidupan sehari-hari, tetapi juga bagaimana persepsi individu dari status kesehatan mempengaruhi sikap hidup atau kualitas hidup (Bella & Bello, 2013).

WHO telah mendefinisikan kondisi sehat bukan hanya berarti bebas dari penyakit dan kelainan fisik namun lebih pada pencapaian keadaan sejahtera (*wellbeng*)dengan hidup yang berkualitas. Pada pasien ODHA, sangat penting untuk mempertahankan aspek kaulitas hidup karena penyakit infeksi ini bersifat kronis dan progresif sehingga berdampak luas pada segala aspek kehidupan baik fisik, psikologis, sosial, maupun spiritual. Selain itu, dengan adanya kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi khususnya dalam hal *treatment* medis berupa terapi ARV yang dapat menurunkan angka mortalitas maka diharapkan pula pasien mendapatkan kehidupan yang berkualitas (Ventegodt, 2012).

Kualitas hidup adalah persepsi individu terhadap kemampuan, keterbatasan, gejala, dan kondisi psikososial hidupnya untuk berfungsi dan

menjalankan bermacam-macam perannya secara memuaskan (Molken, 2010). Sedangkan menurut Polonsky (2012) untuk mengetahui kualitas hidup seseorang maka dapat diukur dengan mempertimbangkan penilaian akan kepuasan seseorang terhadap status fisik, lingkungan, sosial, dan spiritual.

Alexander, et al. (1998, dalam Loren, et al., 2001) membandingkan kualitas hidup pada HIV/AIDS dengan populasi umum pada 154 pasien HIV/AIDS di salah satu rumah sakit yang ada di London menyimpulkan bahwa kualitas hidup pada HIV/AIDS lebih rendah dibandingkan dengan populasi umum. Sedangkan, dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Douaihy (2005) mendapatkan 62,6% pasien HIV memiliki kualitas hidup yang buruk. Hasil yang sama juga diketahui dari penelitian Nojomi, Ranjbar, Anbary (2008) yang mendapat mayoritas dari pasien dengan HIV baik yang asimtomatik maupun yang simptomatik serta pasien AIDS memiliki nilai kualitas hidup yang rendah.

Berdasarkan data dan hasil penelitian yang lakukan oleh saudari Dona Purnama Sari dari STIKes Fort De Kock Bukittinggi pada tahun 2014 di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi, saat ini jumlah penderita HIV/AIDS di Kota Bukittinggi, mencapai lebih kurang 150 orang. Umur para penderita HIV/AIDS tersebut, berkisaran di atas 20 sampai 50 tahun.

Akan tetapi pasien HIV/AIDS di RSUD Dr. Achmad Mochtar tepatnya di poliklinik serunai yang tercatat sebagai pasien yang rutin berobat setiap bulannya berjumlah lebih kurang 80 orang selebihnya ada yang datang pada saat merasakan sakit/gejala dan sudah ada yang hilang kontak serta dari

beberapa pernyataan dari hasil wawancara, penderita HIV/AIDS merasakan bahwa dalam menjalani kehidupan di tengah masyarakat sangat sulit karena pandangan masyarakat terhadap ODHA sangat buruk. Sebanyak 64% laki-laki dan perempuan sebanyak 36% serta pada kelompok umur didapatkan distribusinya yaitu 10-20 tahun 2,3%, 21-30 tahun 23,4%, 31-40 tahun 58% dan 41-50 tahun sebanyak 16,3%, yang menjadi faktor penyebab pada pasien HIV/AIDS di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi adalah penggunaan NAPZA melalui jarum suntik 48 %, Seks Bebas 42%, LSL (Lelaki Seks Lelaki) 8% dan Seks bebas sekaligus pemakaian NAPZA sebanyak 3%.

Berdasarkan data awal yang peneliti lakukan pada tanggal 21 Oktober 2015 bahwa cakupan penderita HIV/AIDS berjumlah 133 orang di Dr. Achmad Mochtar Tahun 2015 mulai dari bulan Juni sampai Oktober. Hasil wawancara yang dilakukan oleh peneliti dengan beberapa pasien ODHA yang dirawat di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi, diketahui bahwa sebagian besar dari mereka sejak ditetapkan menderita *HIV* seringkali merasakan ketakutan terhadap penyakit, pesimis dengan masa depan, dan merasa apa yang akan dilakukan sia-sia. Dengan kondisi fisik yang memburuk, ancaman kematian, serta adanya tekanan sosial yang begitu hebat menyebabkan pasien cenderung untuk mengalami emosional atau psikososial. Selain itu beberapa dari pasien tersebut juga mengatakan bahwa setelah mereka diketahui terinfeksi *HIV* 23,4%, keluarga beserta lingkungan justru menunjukkan sikap penolakan dan tidak peduli dengan kondisi mereka. Ini menunjukkan sikap keluarga dan orang disekitarnya tidak memberikan dukungan *supportif* pada pasien. Akibatnya pasien akan semakin menilai

dirinya negatif dan tidak optimal dalam penanganan penyakit sehingga dapat memperburuk derajat kesehatannya, hal-hal tersebut dapat berdampak pada penurunan kualitas hidup pasien.

Berdasarkan fenomena diatas maka dari itu penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Faktor – faktor Yang Berhubungan Dengan Kualitas Hidup Pasien *HIV/AIDS* di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi”

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana faktor – faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien *HIV/AIDS* di RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2015

C. Tujuan Penelitian

a. Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor- faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien *HIV/AIDS* di RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2015

b. Tujuan Khusus

- a. Diketuainya distribusi frekuensi dukungan Fisik mengenai faktor kualitas hidup pasien *HIV/AIDS* di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015

- b. Diketuahuinya distribusi frekuensi dukungan sosial mengenai faktor kualitas hidup pasien *HIV/AIDS* di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015
- c. Diketuahuinya distribusi frekuensi dukungan lingkungan mengenai faktor kualitas hidup pasien *HIV/AIDS* di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015
- d. Diketuahuinya distribusi frekuensi kualitas hidup pasien *HIV/AIDS* di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015
- e. Diketuahuinya hubungan dukungan fisik dengan faktor kualitas hidup pasien *HIV/AIDS* di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015
- f. Diketuahuinya hubungan dukungan sosial dengan faktor kualitas hidup pasien *HIV/AIDS* di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015
- g. Diketuahuinya hubungan dukungan lingkungan dengan faktor kualitas hidup pasien *HIV/AIDS* di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015

D. Manfaat Penelitian

a. Bagi Peneliti

Menambah wawasan ilmu pengetahuan, dalam mempersiapkan, mengumpulkan, mengelola, menganalisis dan menginformasikan data temuan.

b. Bagi Petugas Kesehatan

Sebagai masukan bagi pemimpin dan petugas kesehatan yang lainnya dari peroleh hasil penelitian ini dapat mengetahui faktor – faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien *HIV/AIDS* di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambahkan informasi dan kepustakaan serta sebagai bahan acuan untuk pengembangan dan peningkatan pengetahuan.

E. Ruang Lingkup

Ruang lingkup penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor – faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien *HIV/AIDS* di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2015. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh pasien *HIV/AIDS* yang ada di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2015 yang berjumlah 133 orang. Jenis penelitian deskriptif analitik dengan desain *cross sectional*, sedangkan data diambil menggunakan kuesioner. Penelitian ini direncanakan pada bulan Desember 2015 sampai dengan bulan Januari 2016.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. HIV/AIDS

1. Defenisi AIDS

AIDS (Acquired Immuno Deficiency Syndrome) adalah suatu penyakit retrovirus oportunitik, neoplasma sekunder dan kelainan neurologik. *AIDS (AcquireImmune Deficiency Syndrome)* merupakan stadium akhir dari suatu kelaianan imonologil dan klinis kontinum yang dikenal sebagai spektrum infeksi *HIV (Human Immunodeficiency Virus)* (Sylvia & Wilson, 2005).

HIV (Human Immunodeficiency Virus) di Indonesia sudah merupakan ancaman dan dalam 10 tahun terakhir merupakan *the emerging infectious disease*. Virus *HIV (Human Immunodeficiency Virus)* menular ke orang lain terutama melalui: hubungan seksual dengan orang yang terinfeksi, penggunaan obat-obat narkotika dengan jarum suntik yang sudah terinfeksi secara bergantian, penularan dari ibu kepada anaknya masa perinatal baik selama kehamilan, melahirkan maupun menyusui atau dapat juga menular lewat donor darah yang terinfeksi (CDC, 2003).

Diagnosis infeksi *HIV/AIDS (Human Immunodeficiency Virus/AcquiredImmune Deficiency Syndrome)* ditegakkan melalui pemeriksaan laboratorium dengan petunjuk gejala klinis atau

adanyaperilaku beresiko tinggi. Untuk diagnosis *HIV(Human Immunodeficiency Virus)*, yang lazim dipakai adalah ELISA,*Western blot* dan PCR. Penderita infeksi *HIV(Human Immunodeficiency Virus)*dinyatakan *AIDS(Acquired Immuno Deficiency Syndrome)*bila dalam perkembanganinfeksi *HIV(Human Immunodeficiency Virus)* selanjutnya menunjukkan infeksi dan kanker oportunistik yang mengancamjiwa penderita dengan hitungan jumlah $CD4 < 200/mm^3$ (Setyono J, 2004).

2. Pengertian HIV

*HIV (Human Immunodeficiency Virus)*merupakan sejenis virus.Virus adalah jasad renik yang terkecil yang dapat mengakibatkan penyakit. Virus dapat berkembang biak hanya di dalam sel – sel tumbuh-tumbuhan atau hewan/manusia (Ronald Hutape, 1995).

*AIDS(Acquired Immuno Deficiency Syndrome)*merupakan suatu sindrom atau kumpulan gejala penyakit dengan karakteristik defisiensi kekebalan tubuh yang berat dan merupakan manifestasi stadium akhir infeksi virus *HIV* (Titi Parwati, 1996).

Virus penyebab *AIDS* yang menyerang system kekebalan tubuh manusia, sehingga tubuh tidak mampu lagi melindungi. *HIV* adalah penyakit lain (*infeksi oportunistik*) dan dapat berlangsung lama/bertahun-tahun tanpa memberikan gejala. Infeksi oportunistik pada umumnya tidak berbahaya pada orang yang tubuhnya normal namun

dapat berakibat fatal pada ODHA (Orang Dengan *HIV/AIDS*) karena sistem kekebalan tubuhnya lemah (Sylvia & Wilson, 2005).

3. Sejarah AIDS

Pertama kali kasus *AIDS(Acquired Immuno Deficiency Syndrome)* dilaporkan oleh CDC (*Center For Disease Control*) di Amerika Serikat pada sekelompok homoseks di California dan New York pada tahun 1981. Pada mereka ditemukan adanya *sarkoma kaposi*, *pneumonia pneumocystis carini*, dan beberapa gejala klinis yang jarang muncul. Gejala penyakit tersebut semakin jelas sebagai adanya kegagalan sistem imun dan karenanya disebut *AIDS(Acquired Immuno Deficiency Syndrome)*. Kasus serupa dilaporkan dari Eropa Barat, Australia, Amerika Latin, Afrika Dan Asia. Teori tentang adanya faktor infeksi penyebab baru dapat dikonfirmasi pada tahun 1983 dengan di isolasinya virus penyebab *AIDS(Acquired Immuno Deficiency Syndrome)* yang sekarang disebut *HIV(Human Immunodeficiency Virus)* (Notoatmodjo, 2007).

Kasus AIDS di Indonesia pertama kali diketahui pada bulan April tahun 1987, pada seorang warga negara Belanda yang meninggal di RSUP Sanglah Bali akibat infeksi sekunder pada paru-paru, sampai pada tahun 1990 penyakit ini masih belum mengkhawatirkan, namun sejak awal tahun 1991 telah mulai adanya peningkatan kasus *HIV/AIDS* menjadi dua kali lipat (*doubling time*) kurang dari setahun, bahkan mengalami kasus secara eksponensial (Rasmaliah, 2001).

4. Epidemiologi HIV/AIDS

Dilihat penyebaran penderita *HIV/AIDS* berdasarkan gender, laki-laki 57,71% dan pada perempuan 42,29%. Penyebaran berdasarkan umur, terbanyak mengenai pada kelompok umur produktif (15-60 tahun) dengan jumlah terbesar pada kelompok umur 20-29 tahun (*HIV* sebesar 55,09%, *AIDS* sebesar 24,58%) (Notoatmodjo, 2007). Walaupun jumlah kasus infeksi *HIV/AIDS* di Indonesia yang dilaporkan sampai tahun 2003 mencapai 2.156 orang, namun estemensi jumlah yang sebenarnya saat ini diperkirakan lebih dari 30.000, bahkan ada tim ahli yang memperkirakan saat ini sudah lebih dari 150.000 orang terinfeksi *HIV*. 2 tim yang berada memproyeksikan jumlah penderita infeksi *HIV* di Indonesia lebih dari 500.000 orang pada tahun 2000. Jadi, infeksi *HIV/AIDS* menjadi masalah yang serius bagi Indonesia (Soekidjo Notiatmodjo, 2007).

5. Patogenesis HIV/AIDS

Perjalanan khas infeksi *HIV* yang tidak diobati, berjangka waktu 10 tahun. Tahap-tahapnya meliputi infeksi primer, penyebaran virus ke organ limfoid, latensi klinis, peningkatan ekspresi *HIV*, penyakit klinis, dan kematian. Setelah infeksi primer, terdapat 4-11 hari masa antara infeksi mukosa dan viremia permulaan, viremia dapat terdeteksi selama sekitar 8-12 minggu. Virus tersebar luas ke seluruh tubuh selama masa ini, dan menjangkiti organ limfoid. Respon imun terhadap *HIV* terjadi 1-3 bulan setelah infeksi, viremia menurun, dan level sel CD4 kembali meningkat. Tetapi, respon imun tidak mampu menyingkirkan infeksi

secara sempurna, dan sel-sel yang terinfeksi *HIV* menetap dalam limfonodi. Masa klinis bisa berlangsung selama 10 tahun. Selama masa ini, terjadi banyak replikasi virus.

Waktu virus dalam plasma sekitar 6 jam, dan siklus hidup virus (dari saat infeksi sel ke saat produksi keturunan baru yang menginfeksi sel berikutnya) rata-rata 2,6 hari. Limfosit TCD4+, target utama yang bertanggung jawab pada produksi virus tampaknya mempunyai angka pembalikan yang sama tinggi. Akhirnya, pasien akan menderita gejala-gejala konstitusional dan penyakit klinis yang nyata, seperti infeksi oportunistik atau neoplasma (Geo, F, 2005).

Dalam tubuh ODHA, partikel virus akan bergabung dengan DNA sel pasien, sehingga orang yang terinfeksi *HIV* seumur hidup akan tetap terinfeksi. Sebagian pasien memperlihatkan gejala tidak khas seperti demam, nyeri menelan, pembengkakan kelenjar getah bening, ruam, diare, atau batuk pada 3-6 minggu setelah infeksi (Sudoyo & Nursalam, 2007).

Seiring dengan makin memburuknya kekebalan tubuh, ODHA mulai menampakkan gejala akibat infeksi oportunistik (penurunan berat badan, demam lama, pembesaran kelenjar getah bening, diare, tuberkulosis, infeksi jamur, herpes dan lain-lain (Sudoyo & Nursalam, 2007).

6. Etiologi *HIV/AIDS*

a. Konsep Virus

Virus adalah suatu mikroorganisme terkecil yang dapat melewati saringan kuman yang memiliki sifat : Mengubah asam ribonukleat (RNA) menjadi asam deoksiribonukleat (DNA).

- 1) Struktur genomic, virus-virus memiliki perbedaan bahwa protein HIV-1, Vpu yang membantu pelepasan virus, tampaknya diganti oleh protein Vpx pada HIV2. Berbentuk sferis yang terdiri atas capsid yang terselimuti dengan envelope yang berupa komponen membran yang berasal dari sel Host.
- 2) Capsid berbentuk peluru yang terbentuk dari protein p24 dari gen gag, capsid berisi dari dua duplikat atas RNA yang merupakan genom virus.
- 3) RNA virus yang terdapat dalam capsid terdapat protein nukleocapsid p7 dan p9.
- 4) Didalam capsid terdapat enzim reverse transcritase, RNase H, Integrase protease.
- 5) Capsid ini akan dibungkus oleh membran lipid Host yang di dapatkan dari budding dari sel yang terinfeksi, sehingga terdapat protein permukaan sel Host pada membran HIV.
- 6) Dibawah membran yang membungkus capsid terdapat matriks yang tersusun oleh protein p17 gag outer care. Protein tersebut pada envelope virus mengalami glikosilasi kuat berupa penambahan kompleks rantai samping karbohidrat oleh enzim

seluler selama melewati retikulum endoplasma dan apparatus golgi.

- 7) Kegunaan dari rantai samping karbohidrat untuk evasi dari respon antibody host (Agung, dkk, 2007).

HIV yang terdahulu disebut *virus limfotrofik* sel T manusia tipe III (HTL-, V-III) atau *virus Limfadenopati* (LAV), adalah suatu retrovirus manusia sitopatik dari famili lentivirus. Retrovirus mengubah RNA menjadi DNA setelah masuk ke sel penjamu. *HIV*-I dan *HIV*-2 adalah lentivirus sitopatik dengan *HIV*-1 menjadi penyebab utama AIDS di seluruh dunia (Sylvia & Wilson, 2005).

b. Anatomi Virus

- 1) Reverse transcriptase
- 2) Protein luar gp41
- 3) Protein luar gp120
- 4) Protein kapsul p24
- 5) Selaput lipid
- 6) Protein matrik p17
- 7) RNA

7. Penularan Penyakit *HIV*

HIV hanya dapat hidup di dalam tubuh manusia yang hidup dan hanya bertahan beberapa jam saja di luar tubuh.

HIV tidak dapat menular melalui air ludah, air mata, muntahan, kotoran manusia dan air kencing, walaupun jumlah virus yang sangat kecil terdapat di cairan ini. *HIV* tidak ditemukan di keringat.

HIV tidak dapat menembus kulit yang utuh dan tidak menyebar melalui sentuhan dengan orang yang terinfeksi *HIV*, atau sesuatu yang dipakai oleh orang terinfeksi *HIV*, saling penggunaan perabot makan atau minum; atau penggunaan toilet atau air mandi bergantian.

a. Penularan Melalui Hubungan Seksual

Hubungan seksual, baik secara vaginal, oral, maupun anal dengan seorang pengidap. Ini adalah cara yang paling umum terjadi, meliputi 80-90% dari total kasus sedunia. Penularan mudah terjadi apabila terdapat lesi penyalit kelamin dengan ulkus atau peradangan jaringan seperti herpes genetalis, sifilis, gonorea, klamidia, kankroid, dan trikomoniasis. Risiko pada seks anal lebih besar dibandingkan seks vagina, dan risiko lebih besar pada reseptif daripada insertif (Notoatmodjo, 2007).

Penularan (transmisi) *HIV* secara seksual terjadi ketika ada kontak antara sekresi cairan vagina atau cairan preseminal seseorang dengan rektum, alat kelamin, atau membran mukosa mulut pasangannya.

Hubungan seksual reseptif tanpa pelindung lebih berisiko daripada hubungan seksual insertif tanpa pelindung, dan risiko hubungan seks anal lebih besar daripada risiko hubungan seks biasa dan seks oral. Seks oral tidak berarti tak berisiko karena *HIV* dapat masuk

melalui seks oral reseptif maupun insertif. Kekerasan seksual secara umum meningkatkan risiko penularan *HIV* karena pelindung umumnya tidak digunakan dan sering terjadi trauma fisik terhadap rongga vagina yang memudahkan transmisi *HIV*.

b. Kontak Langsung dengan Darah, Produk Darah, atau Jarum Suntik

Transfusi darah atau produk darah yang tercemar mempunyai risiko sampai >90%, ditemukan 3-5% total kasus sedunia. Pemakaian jarum suntik tidak steril atau pemakaian bersama jarum suntik dan spuitnya pada pecandu narkotik berisiko 0,5-1%, ditemukan 5-10% total kasus sedunia. Penularan melalui kecelakaan tertusuk jarum pada petugas kesehatan mempunyai risiko 0,5%, dan mencakup <0,1% total kasus sedunia (Mansjoer, 1977).

Alur penularan ini terutama berhubungan dengan pengguna obat suntik, penderita hemofilia, dan resipien transfusi darah dan produk darah. Berbagi dan menggunakan kembali jarum suntik (syringe) yang mengandung darah yang terkontaminasi oleh organisme biologis penyebab penyakit (patogen), tidak hanya merupakan risiko utama atas infeksi *HIV*, tetapi juga hepatitis B dan hepatitis C. Berbagi penggunaan jarum suntik merupakan penyebab sepertiga dari semua infeksi baru *HIV* dan 50% infeksi hepatitis C di Amerika Utara, Republik Rakyat Cina, dan Eropa Timur. Risiko terinfeksi dengan *HIV* dari satu tusukan dengan jarum yang digunakan orang yang terinfeksi

HIV diduga sekitar 1 banding 150. Post-exposure prophylaxis dengan obat anti-*HIV* dapat lebih jauh mengurangi risiko itu.

Pekerja fasilitas kesehatan (perawat, pekerja laboratorium, dokter, dan lain-lain) juga dikhawatirkan walaupun lebih jarang. Jalur penularan ini dapat juga terjadi pada orang yang memberi dan menerima rajah dan tindik tubuh. Kewaspadaan universal sering kali tidak dipatuhi baik di Afrika Sub Sahara maupun Asia karena sedikitnya sumber daya dan pelatihan yang tidak mencukupi. WHO memperkirakan 2,5% dari semua infeksi *HIV* di Afrika Sub Sahara ditransmisikan melalui suntikan pada fasilitas kesehatan yang tidak aman. Oleh sebab itu, Majelis Umum Perserikatan Bangsa-Bangsa, didukung oleh opini medis umum dalam masalah ini, mendorong negara-negara di dunia menerapkan kewaspadaan universal untuk mencegah penularan *HIV* melalui fasilitas kesehatan.

Resiko penularan *HIV* pada penerima transfusi darah sangat kecil di negara maju. Di negara maju, pemilihan donor bertambah baik dan pengamatan *HIV* dilakukan. Namun demikian, menurut WHO, mayoritas populasi dunia tidak memiliki akses terhadap darah yang aman dan “antara 5% dan 10% infeksi *HIV* dunia terjadi melalui transfusi darah yang terinfeksi”.

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

penyampur, pengaduk, dan gelas pengoplos obat, sehingga berpotensi tinggi untuk menularkan *HIV* (Nursalam, dkk, 2006).

c. Penularan Lewat Air Susu Ibu (ASI)

Penularan ini dimungkinkan dari seorang ibu hamil yang *HIV* positif, dan melahirkan lewat vagina, kemudian menyusui bayinya dengan ASI. Kemungkinan penularan dari ibu ke bayi (*mother-to-child transmission*) berkisar antara 30%, artinya dari setiap 10 kehamilan ibu *HIV* positif kemungkinan ada 3 bayi yang lahir dengan *HIV* positif (Komisi Penanggulangan *AIDS*, 2010).

Penularan *HIV* dari ibu juga 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 ad gejala *AIDS*, kemungkinan bayi terinfeksi sebanyak 20% sampai 35%, sedangkan kalau gejala *AIDS* sudah jelas pada ibu kemungkinan nya mencapai 50% (DEPKES, 2010).

Penularan juga terjadi selama proses persalinan melalui transfusi *fetomaternal* atau kontak antara kulit atau membran mukosa pada bayi dengan darah atau sekresi maternal saat melahirkan (Lily V, 2004).

Semakin lama proses persalinan akan semakin besar resiko penularan. Oleh karena itu, lama persalinan bisa di persingkat dengan operasi *secsio caesaria* (HIS dan STB, 2000).

d. Pemakaian Alat Kesehatan yang 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* (DEPKES, 2010).

e. Alat-alat untuk menoreh kulit

Alat tajam dan runcing seperti jarum, pisau, silet, menyuntat seseorang, membuat tato, memotong rambut, dan sebagainya bisa menularkan *HIV* sebab alat tersebut dipakai tanpa disterilkan terlebih dahulu (Nursalam, dkk, 2006).

HIV tidak menular melalui peralatan makan, pakaian, handuk, sapu tangan, hidup serumah dengan penderita *HIV/AIDS*, gigitan nyamuk dan hubungan sosial yang lain (Nursalam, dkk, 2006).

8. Sistem Tahapan Infeksi

Pembagian Stadium :

a. Stadium pertama : *HIV*

Infeksi dimulai dengan masuknya *HIV* dan diikuti terjadinya perubahan serologis ketika antibody terhadap virus tersebut berubah dari negatif menjadi positif. Rentang waktu sejak *HIV* masuk kedalam tubuh sampai tes antibody terhadap *HIV* positif disebut *Window period*. Lama *window period* antara satu sampai tiga bulan, bahkan ada yang dapat berlangsung sampai enam bulan.

b. Stadium kedua : Asimptomatik (tanpa gejala)

Asimptomatik berarti bahwa dalam organ tubuh terdapat *HIV* tetapi tubuh tidak menunjukkan gejala-gejala. Keadaan ini dapat

berlangsung rata-rata selama 5-10 tahun. Cairan tubuh *HIV/AIDS* yang tampak sehat ini sudah dapat menularkan *HIV* kepada orang lain.

- c. Stadium ketiga : pembesaran kelenjar limfe secara menetap dan merata (*Persistent Generalized Lymphadenopathy*), tidak hanya muncul pada satu tempat saja, dan berlangsung lebih dari satu bulan.
- d. Stadium keempat : *AIDS*

Keadaan ini disertai adanya bermacam-macam penyakit, antara lain penyakit konstitusional, penyakit syaraf, dan penyakit infeksi sekunder. (Nursalam, dkk, 2006)

Pada bulan September tahun 2005 *World Health Organization* (WHO) mengelompokkan tahapan infeksi dan kondisi *AIDS* untuk pasien dengan *HIV-1* Sebagai berikut :

1. Stadium I : infeksi *HIV* asimtomatik dan tidak dikategorikan sebagai *AIDS*
2. Stadium II : termasuk manifestasi membran mukosa kecil dan radang saluran pernafasan atas yang berulang.
3. Stadium III : termasuk diare kronik yang tidak dapat dijelaskan selama lebih dari sebulan, infeksi bakteri parah, dan tuberkulosis.
4. Stadium IV : termasuk toksoplasmosis otak, kandidiasis esofagus, trakea, bronkus atau paru-paru, dan sarkoma kaposi. Semua penyakit ini adalah indikator *AIDS*.

9. Siklus Hidup *HIV*

Seperti virus lain pada umumnya, *HIV* hanya dapat bereplikasi dengan memanfaatkan sel inang. Siklus hidup *HIV* diawali dengan penempelan partikel virus (virion) dengan reseptor pada permukaan sel inang, diantaranya adalah CD4, dan CXCR5. Sel-sel yang menjadi target *HIV* adalah sel dendritik, sel T, dan makrofaga. Sel-sel tersebut terdapat pada permukaan lapisan kulit dalam (mukosa) penis, vagina, dan oral yang biasanya menjadi tempat awal infeksi *HIV*. Selain itu, *HIV* juga dapat langsung masuk ke aliran darah dan masuk serta bereplikasi di noda limpa.

Setelah menempel, selubung virus akan melebur (fusi) dengan memberan sel sehingga isi partikel virus akan terlepas di dalam sel. Selanjutnya, enzim transkriptase baik yang dimiliki *HIV* akan mengubah genom virus yang berupa RNA menjadi DNA. Kemudian, DNA virus akan di bawa ke inti sel manusia sehingga dapat menyisip atau terintegrasi dengan DNA manusia. DNA virus yang menyisip di DNA manusia disebut sebagai provirus dan dapat bertahan cukup lama didalam sel. Saat sel teraktivasi, enzim-enzim tertentu yang dimiliki sel inang akan memproses provirus sama dengan DNA manusia, yaitu diubah menjadi mRNA. Kemudian, mRNA akan dibawa keluar dari inti sel dan menjadi setakan untuk membuat protein dan enzim *HIV*. Sebagai RNA dari provirus yang merupakan genom RNA virus. Bagian genom RNA tersebut akan dirakit dengan protein dan enzim hingga menjadi virus utuh.

Pada tahap perakitan ini, enzim protease virus berperan penting untuk memotong protein panjang menjadi bagian pendek yang menyusun inti virus. Apabila *HIV* utuh telah matang, maka virus tersebut dapat keluar dari sel inang dan menginfeksi sel berikutnya. Proses penularan virus tersebut melalui pertunasan (*budding*), di mana virus akan mendapatkan selubung dari membran permukaan sel inang.

10. Perjalanan Penyakit

Perjalanan klinis pasien dari tahap terinfeksi *HIV* sampai tahap *AIDS*, sejalan dengan penurunan derajat imunitas pasien, terutama imunitas seluler dan menunjukkan gambaran penyakit yang kronis. Penurunan imunitas biasanya diikuti adanya peningkatan risiko dan derajat keparahan infeksi oportunistik serta penyakit keganasan (Depkes RI, 2003).

Dalam tubuh ODHA, partikel 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 3-6 minggu setelah infeksi, kondisi ini dikenal dengan infeksi primer (Sudoyo, 2006).

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 aktivasi

imun,yaitu pada tingkat seluler, serum, atau humoral (Hoffmann, dkk, 2006).

Selama infeksi primer jumlah limfosit CD4+ dalam darah menurun dengan cepat. Target virus ini adalah limfosit CD4+ pada nodus limfa dan thymus selama waktu tersebut, yang membuat individu yang terinfeksi HIV akan mungkin terkena infeksi oportunistik dan membatasi kemampuan thymus untuk memproduksi limfosit T. Test antibody HIV menggunakan *enzym linked immunoabsorbent assay* (ELISA) yang akan menunjukkan hasil positif (Calles, N.R,2000).

Seiring dengan makin memburuknya kekebalan tubuh, ODHA mulai menampilkan gejala akibat infeksi oportunistik (penurunan berat badan, demam lama, pembesaran kelenjar getah bening, diare, tuberkulosis, infeksi jamur, herpes, dan lain-lain (Sudoyo, 2006).

Perjalanan penyakit lebih progresif pada pengguna narkoba. Lamanya penggunaan jarum suntik barbanding lurus dengan infeksi pneumonia dan tuberkulosis. Infeksi oleh kuman lain akan membuat HIV membelah lebih cepat. Selain itu dapat mengakibatkan reaktivasi virus didalam limfosit T sehingga perjalanan penyakit bisa lebih progresif (Sudoyo, 2006)

11. Manifestasi Klinis

Berbagai gejala *AIDS* umumnya tidak akan terjadi pada orang-orang yang memiliki sistem kekebalan tubuh yang baik.keanyakan kondisi tersebut akibat infeksi oleh bakteri, virus, fungi, dan parasit, yang

biasanya di kendalikan oleh unsur-unsur system kekebalan tubuh yang dirusak *HIV*. Infeksi oportunistik umumnya di dapati pada penderita *AIDS*. *HIV* mempengaruhi hampir semua organ tubuh. Penderita *AIDS* juga berisiko lebih besar menderita kanker seperti sarcoma kaposi, kanker leher rahim, dan kanker system kekebalan yang disebut limfoma. Biasanya penderita *AIDS* memiliki gejala infeksi sistemik seperti : demam, berkeringat, (terutama pada malam hari), pembengkakan kelenjar, kedinginan, merasa lemah, serta penurunan badan. Infeksi oportunitis tertentu yang diderita pasien *AIDS*, juga tergantung pada tingkat kekerapan terjadinya infeksi tersebut di wilayah geografis tempat hidup pasien (Anderson, 2006).

12. Tinjauan Umum Tentang Upaya Pencegahan *HIV/AIDS*

Preventif atau pencegahan penyakit adalah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup dan meningkatkan kesehatan fisik dan mental dan efisiensi, untuk berbagai kelompok dan masyarakat oleh petugas kesehatan masyarakat, untuk perorangan dan keluarga oleh dokter umum dan dokter gigi melalui proses kegiatan perorangan dan masyarakat (Tahir, 2008).

Untuk mengatasi masalah kesehatan termasuk penyakit *HIV/AIDS* di kenal tiga tahap pencegahan, Pencegahan primer: promosi kesehatan (*Health Promotion*) dan perlindungan khusus (*specific protection*).

Pencegahan sekunder: diagnosis dini dan pengobatan segera (*early diagnosis and prompt treatment*), dan pembatasan cacat (*disability limitation*). Pencegahan tersier: rehabilitasi.

a. Pencegahan primer dilakukan pada masa individu belum menderita sakit, upaya yang dilakukan ialah:

- 1) Promosi kesehatan/*health promotion* yang ditujukan untuk meningkatkan daya tahan tubuh terhadap masalah kesehatan, seperti gaya hidup yang lebih sehat dengan berolah raga,
- 2) Perlindungan khusus (*specific protection*): upaya spesifik untuk mencegah terjadinya penularan penyakit *HIV/AIDS*, seperti penggunaan kondom, tidak berganti-ganti pasangan seks, dll seperti konsep *ABCDE* yang direkomendasikan oleh WHO sebagai berikut :

a) *Abstinent*

Artinya tidak melakukan hubungan seksual . Mayoritas infeksi *HIV* berasal dari hubungan seksual tanpa pelindung antar individu yang salah satunya terkena *HIV*. Hubungan homoseksual merupakan salah satu faktor resiko infeksi *HIV/AIDS*.

Abstinent merupakan salah satu poin dalam seks aman yang memberikan solusi agar terhindar dari *HIV/AIDS* dengan tidak berhubungan seks, meskipun sebenarnya hal ini tidaklah mudah sebab mengingat salah satu kebutuhan biologis manusia adalah seks.

b) *Be faithful*

Artinya melakukan hubungan seks dengan pasangan saja. *Be faithful* lebih didasari dengan kesetiaan terhadap pasangan, tidak berganti-ganti pasangan seks yang dapat meningkatkan resiko tertular *HIV/AIDS*.

Bagi waria, memiliki pasangan seks yang setia merupakan satu tantangan tersendiri. Hal ini dipengaruhi karena kondisi mereka yang sering hanya dijadikan sebagai tempat untuk menghasilkan uang saja. Oleh karena itu, sebenarnya penting bagi mereka untuk menanggihkan aktifitas seks sampai mereka menemukan pasangan yang dapat diyakini untuk menjalani hubungan jangka panjang dan didasari karena kesetiaan.

Be faithful akan mengurangi resiko tertular *HIV*. Di Uganda antara 1989-1995, Presiden Museveni melaporkan 20% penurunan mitra seks sejalan dengan 11% penurunan kasus *HIV*.

c) *Condom*

Kondom oleh *WHO* diakui memiliki keefektifan yang tinggi dalam mencegah transmisi *HIV* dan *AIDS* jika digunakan secara benar dan konsisten. Kegagalan kondom biasanya disebabkan oleh penggunaan yang tidak benar atau tidak konsisten selain disamping karena kerusakan ataupun kadaluarsa.

Sekitar tahun 1989, yakni pada saat penyebaran virus *HIV* dan *AIDS* mulai merajalela tanpa ada yang bisa membendung, Thailand memberikan satu solusi dengan mensosialisasikan penggunaan kondom yang kemudian diimplementasikan di beberapa negara Asia, seperti Kamboja, Vietnam, China, Myanmar, Philipina, Mongolia dan Republik Laos. Kondom diyakini mampu sebagai penahan laju wabah ini. Hal ini merujuk pada pendapat beberapa ahli seperti Markus Steiner dan Willard Cates dari Family Health International yang menyatakan bahwa kondom cukup efektif untuk mencegah penularan *HIV* dan *AIDS*. Terlebih, hampir separuh dari penderita *HIV* dan *AIDS* ini bermula dari hubungan seksual yang tidak sehat baik homo maupun heteroseksual (Tawi, 2008) .

Davis dan welle memperkirakan penggunaan kondom dapat menurunkan penularan *HIV/AIDS* sebanyak 85% dibanding dengan yang tidak pernah menggunakan kondom. Kondom tidak berfungsi untuk mematikan *HIV*. Kondom hanya berfungsi mencegah terjadinya kontak penyebaran virus secara langsung melalui penghalangan oleh dinding kondom itu. Namun dengan adanya penghalangan terjadinya kontak cairan kelamin maka penularan virus ini juga dapat dicegah. Oleh karena itu penggunaan kondom saat berhubungan seks tetap

dianjurkan dalam rangka mencegah penularan penyakit berbahaya ini (Kompas, 2009).

Berdasarkan Penelitian yang dilakukan oleh Djoht (2003) Penggunaan kondom di kalangan waria sangat rendah dari 15 Waria hanya 3 yang memakai kondom ketika hubungan seks. Hal ini tentu sangat berisiko mengingat perilaku seks pada waria memiliki tingkat resiko tinggi terjadinya Penyakit menular seksual salah satunya *HIV*. Penularan *HIV* melalui seks anal dilaporkan memiliki risiko 10 kali lebih tinggi dari seks vaginal.

d) *Drugs*

Artinya tolak penggunaan NAPZA. Laporan *AIDS* di Asia, yang didukung oleh *Asian Development Bank* dan dikoordinasikan dengan *Joint United Nations Programme on HIV and AIDS* (UNAIDS), memperingatkan bahwa pengguna narkoba, bertanggung jawab untuk peningkatan jumlah infeksi *HIV* di banyak negara di Asia.

Resiko lebih lanjut terletak pada prevalensi tinggi penggunaan narkoba non-suntik, seperti amphetamine stimulan, dimana pengguna sering terlibat dalam perilaku yang menimbulkan risiko tinggi infeksi *HIV*, terutama melalui hubungan seks.

Pada STBP 2007 diperoleh data Proporsi waria yang menyuntik napza cukup rendah , yaitu hanya 2% atau

kurang di empat kota besar yaitu Bandung, Surabaya, Malang, dan Semarang. Hal ini didasari karena waria cenderung lebih menjaga kecantikan kulit mereka, jika harus menggunakan narkoba suntik maka itu berarti akan meninggalkan bekas suntikan di kulit mereka. Sedangkan, proporsi pemakaian napza non suntik pada waria juga tergolong rendah, hanya berkisar 3% di Malang, dan di Jakarta sebesar 17%. Pada dasarnya waria cenderung menggunakan pemanasan hubungan seksual dengan minuman keras, hirup lem, isap ganja dan nonton VCD porno, serta konsumsi obat-obatan yang tentunya sangat berisiko terhadap kesehatan, apalagi kecenderungan berganti-ganti pasangan lebih mudah dilakukan dalam kondisi hubungan seks yang diselingi dengan minuman dan narkoba yang tentunya berdampak pada resiko penularan *HIV/AIDS* (Djoht, 2003).

e) *Equipment*

Artinya hindari tindik dan tato di tubuh, karena seringkali sebelum jarum digunakan untuk mentato/menindik seseorang yang sehat, alat itu telah dipakai pada seseorang yang terkena penyakit menular yang salah satunya *HIV*.

Pada saat sekarang ini tato dan tindik sudah mulai menjadi bagian dari *trend* kehidupan masa sekarang.

Berbagai alasan yang melatarbelakangi seseorang memutuskan bersedia di tato atau ditindik antarlain karena pengaruh lingkungan pergaulan, anggapan sebagai bentuk seni dan keindahan, bagian dari adat, atau karena kesenangan seseorang dalam bidang melukis yang kemudian bereksperimen untuk menuangkan hasil karyanya dalam media lainnya yang bukan kertas melainkan kanvas.

Penindikan menyebabkan pendarahan, luka dan infeksi bakteri. Lokasi penindikan beragam antara lain lidah, hidung, pusar, putting dan telinga bagian atas. Akibat tusukan jarum tato dan tindik, sejumlah orang terkena penyakit *AIDS*, hepatitis B,C, tetanus, sipilis,TBC, dan penyakit lainnya.

Pembuatan tato di badan dan tindik memberi sumbangan besar dalam penularan *HIV/AIDS*, hal ini dikemukakan oleh hasil survei Dr. Bob Haley yang dipublikasikan di *journal of medicine* bahwa sebelum jarum dipergunakan untuk mentato dan menindik seseorang yang sehat.

- b. Pencegahan sekunder dilakukan pada masa individu mulai sakit.
 - 1) Diagnosa dini dan pengobatan segera (*early diagnosis and prompt treatment*), tujuan utama dari tindakan ini ialah mencegah penyebaran penyakit bila penyakit ini merupakan

penyakit menular, dan untuk mengobati dan menghentikan proses penyakit, menyembuhkan orang sakit dan mencegah terjadinya komplikasi dan cacat. Dalam *HIV/AIDS* terdapat satu layanan konseling yang dikenal dengan VCT.

- 2) Pembatasan cacat (*disability limitation*) pada tahap ini cacat yang terjadi diatasi, terutama untuk mencegah penyakit menjadi berkelanjutan hingga mengakibatkan terjadinya cacat yang lebih buruk lagi.

c. Pencegahan tersier

Rehabilitasi, pada proses ini diusahakan agar cacat yang di derita tidak menjadi hambatan sehingga individu yang menderita dapat berfungsi optimal secara fisik, mental dan sosial. Adapun skema dari ketiga upaya pencegahan itu dapat di lihat pada gambar dua. Pada gambar dua proses perjalanan penyakit dibedakan atas a) fase sebelum orang sakit: yang ditandai dengan adanya keseimbangan antara agen (kuman penyakit, bahan berbahaya), host/tubuh orang dan lingkungan dan b) fase orang mulai sakit: yang akhirnya sembuh atau mati (Joe, 2009).

B. KUALITAS HIDUP

1. Pengertian

Kualitas hidup masih menjadi suatu permasalahan, sampai saat ini belum ada suatu pengertian yang dapat diterima secara universal untuk menilai kualitas hidup seseorang. Kualitas hidup merupakan suatu

ide yang abstrak yang tidak terkait oleh tempat atau waktu, bersifat situasional dan meliputi konsep yang saling tumpang tindih (Kinghorn & Gamlin, 2004).

Sedangkan, Farquahar (1995) menjelaskan bahwa kualitas hidup merupakan suatu model konseptual, yang bertujuan untuk menggambarkan perspektif seseorang dengan berbagai macam istilah terhadap dimensi kehidupan. Dengan demikian pengertian kualitas hidup ini akan berbeda bagi orang sakit dan orang sehat.

WHO, *World Health Organisation*, (2002) mendefinisikan kesehatan sebagai keadaan sempurna fisik, mental dan kesejahteraan sosial dan tidak semata-mata ketiadaan penyakit atau kelemahan. Banyak definisi lain yang menjelaskan tentang “kesehatan” dan “Kualitas hidup” yang telah dicoba, keduanya saling berhubungan dan untuk kualitas hidup biasanya ditekankan pada komponen kesenangan dan kepuasan hidup. Sementara kualitas hidup adalah inklusif, konsep yang luas mencakup semua faktor yang mempengaruhi seseorang (status ekonomi, fungsi sosial, status kesehatan, kepuasan hidup, kesejahteraan), secara khusus berfokus pada kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan.

Kualitas hidup adalah istilah yang populer digunakan untuk menyampaikan rasa keseluruhan kesejahteraan dan mencakup aspek-aspek, seperti saat kebahagiaan dan kepuasan hidup. Kualitas hidup berhubungan baik kepada keadaan kecakupan materi dan perasaan pribadi tentang ini keadaan dengan keseluruhan subjektif perasaan kesejahteraan yang sangat berkaitan dengan semangat, kebahagiaan, dan

kepuasan kualitas hidup baru-baru ini ilmiah yang ditetapkan dan telah dianggap sinonim dengan kesehatan, status fungsional, psikologis, kesejahteraan kebahagiaan dengan, kehidupan, kepuasan kebutuhan, dan penilaian satu kehidupan sendiri.

Kualitas merupakan persepsi individu dari posisi mereka dalam kehidupan, konteks budaya dan sistem nilai di mana mereka hidup. Hasil survey dari *United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS) tentang “Indeks stigma pada ODHA di Asia Pasifik pada tahun 2011”, menunjukkan bahwa banyak ODHA pada kenyataannya sejauh ini hidup dilingkungan keluarga yang tidak aman. Berdasarkan data yang didapat, terlihat tingkat kekerasan pada ODHA, baik oleh pasangan dan anggota keluarga lain yang tinggal bersamanya. Alasan anggota keluarga mempraktekkan diskriminasi sangat bervariasi, tetapi hal ini penting menjadi catatan bahwa banyak keluarga nyatanya merasa dirugikan karena adanya anggota keluarga yang terinfeksi *HIV*. Selain itu terdapat faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pada pasien *HIV/AIDS* yaitu infeksi, terapi antiretroviral, dukungan sosial, jumlah CD4, kepatuhan pengobatan, pekerjaan, gender, gejala, depresi dan dukungan keluarga (Pohan, 2006).

Penurunan sistem kekebalan tubuh ini akan menyebabkan ODHA mengalami gejala-gejala menyerupai flu, seperti : lemas, batuk yang berkepanjangan, demam, sakit kepala, nyeri otot, nafsu makan buruk, mual, pembengkakan kelenjar, dan bercak di kulit. Tidak jarang bahwa ODHA mengalami penurunan berat badan secara drastis hingga

sering terkapar lemas ditempat tidur akibat dari terinfeksi *HIV*. ODHA akhirnya kan mengalami kesulitan untuk melakukan aktivitas sehari-hari, bahkan mereka tidak mampu untuk bekerja lagi. Ketidakmampuan ODHA untuk melakukan aktivitas sehari-hari bahkan ketidakmampuan untuk bekerja telah mengidentifikasikan bahwa ODHA mengalami penurunan Kualitas Hidup.

Sebenarnya kualitas hdiup ODHA tidak hanya mengalami tekanan akibat adanya virus *HIV* yang menyerang sistem kekebalan tubuh saja, tetapi ODHA juga dihadapkan dengan stigma dan diskriminasikan dari keluarga dan juga masyarakat seperti dikucilkan, dan dihindari dari lingkungan sekitar penderita ODHA, dan tanpa disadari bahwa tindakan tersebut sebenarnya sudah mempengaruhi kondisi psikologis ODHA.

Kualitas hidup merupakan komponen penting dalam evaluasi kesejahteraan dan kehidupan pasien ODHA. Indikator standar kualitas hidup tidak hanya mencakup kekayaan dan lapangan pekerjaan, tetapi juga membangun lingkungan, lingkungan fisik dan mental, psikologis, level ketergantungan pada perawatan dan pengobatan, hubungan sosial, spiritual.

Menurut Maslow dan Mitemann yang disitir Kartono Kartini oleh Sundari (2005) deskripsi kriteria pribadi yang ideal dan normal dengan mental yang sehat adalah sebagai berikut :

- a. Memiliki perasaan aman (*sence of security*) yang tepat. Mampu mengadakan kontak sosial dengan keluarga, bidang kerja dan masyarakat.
- b. Penilaian diri (*self evaluation*) dan wawasan yang rasional. Ada rasa harga diri yang cukup memiliki perasaan sehat secara moral tanpa ada rasa berdosa. Mempunyai kemampuan mengetahui tingkah laku orang lain yang tidak sosial.
- c. Mempunyai spontanitas dan emosional yang tepat. Mampu menciptakan hubungan yang erat, kuat dan lama, misalnya persahabatan dan hubungan cinta. Mampu mengepresikan kebencian, kekesalan hati tanpa kehilangan kontrol. Memiliki untuk mengerti pengalaman dan perasaan orang lain. dapat bergembira dan tertawa, mampu menghayati arti kebahagiaan dan penderitaan tanpa lupa diri.
- d. Mempunyai kontak dengan realitas yang efisien, yaitu kontak dengan dunia fisik tanpa ada fantasi dan angan-angan yang berlebihan. Kontak dengan dunia sosial, berpandangan realitas dan cukup luas dengan dunia manusia. Mampu menerima bermacam-macam percobaan hidup misalnya sakit, fitnah, duka dan nasib buruk. Mampu mengadakan adaptasi dengan lingkungan disekitar.
- e. Mempunyai tujuan hidup yang adekuat. Artinya tujuan dapat dicapai dengan kemapuan sendiri yang sifatnya realitis, dan aktifitas yang baik dan bermanfaat bagi masyarakat.

- f. Ada kesanggupan untuk memuaskan tuntutan-tuntutan dan kebutuhan dari kelompoknya. Mau dan mampu mengekang nafsu dan keinginan yang dianggap tabu, larangan dalam kelompok. Mampu memperlihatkan dan melaksanakan aktifitas yang fundamental dari ambisi kelompok, menunjukkan ketetapan bersikap persahabatan, tanggung jawab, loyalitas, aktifitas rekreasi yang sehat.
- g. Mempunyai sikap emansipasi yang sehat terhadap kelompok organisasi dan individualitas yang khas, dapat membedakan baik dan buruk.

Individu yang normal tidak mutlak sepenuhnya memiliki kriteria secara sempurna, melainkan mendekati tidak menyimpang atau menjauh.

2. Faktor – faktor

Menurut WHO (2002) faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup ODHA adalah :

a. Dukungan Fisik

Dukungan fisik adalah dukungan langsung berupa pertolongan langsung yang diberikan oleh bidan atau tenaga kesehatan, keluarga terhadap sipasien. Dalam faktor fisik ini merupakan aktifitas sehari – hari yang dilakukan oleh ODHA yaitu rasa sakit dan ketidaknyamanan atas penyakit yang diderita, energi dan kelelahan dan melakukan aktifitas, tidur dan istirahat.

b. Dukungan Sosial

Masalah sosial yang timbul pada *HIV* dan *AIDS* adalah diskriminasi, stigmasasi, pemberhentian dari pekerjaan, perceraian, serta beban finansial yang harus ditanggung ODHA. Masalah psikososial dan sosial ekonomi tersebut seringkali tidak saja dihadapi oleh keluarga dan kerabat dekat ODHA. Akhirnya ODHA dilihat sebagai masalah dan bukan sebagai bagian dari solusi untuk mengatasi epidemi *HIV* dan *AIDS*. Hal tersebut secara otomatis dapat menurunkan kualitas hidup ODHA dan dapat memperburuk keadaan fisiologis ODHA. Dengan adanya masalah sosial maka yang dinilai dalam kualitas hidup adalah hubungan pribadi, dukungan sosial, dan aktifitas seksual.

c. Dukungan Lingkungan

Lingkungan merupakan dunia luar yang tidak dikelola oleh suatu sistem tetapi mempunyai pengaruh besar terhadap sistem tersebut. Adapun aspek – aspek yang nantinya dinilai kualitas hidup ini adalah keselamatan dan keamanan fisik, lingkungan rumah, sumber keuangan, kesehatan dan kepedulian sosial, kesempatan untuk memperoleh informasi baru dan keterampilan, partisipasi dalam kesempatan untuk rekreasi atau kegiatan diwaktu luang, lingkungan fisik dan transportasi.

d. Psikologis

Apabila seseorang sudah dinyatakan *HIV* positif tentu secara otomatis bukanlah hak yang mudah diterima. Seseorang akan merasa

bahwa dirinya tidak berguna, tidak ada harapan, takut, sedih, marah dan muncul perasaan lainnya. Adapun faktor – faktor psikologis yang dapat meningkatkan kualitas hidup adalah perasaan positif dan negatif, berfikir, belajar, memori, konsentrasi, harga diri, citra tubuh dan penampilan. Kualitas hidup terdiri dari sebuah pendekatan untuk meningkatkan kesenangan atau keintervensi psikologi yang positif.

e. Domain Level ketergantungan

Level ketergantungan merupakan dimana secara biologis baik secara pengobatan dan perawatan. Adapun faktor – faktornya antara lain mobilitas seseorang untuk menjalani kehidupan sehari – hari, ketergantungan terhadap obat atau perawatan. Dengan tersedianya ARV (Antiretroviral) menjadi lebih nyata hasilnya. ODHA yang mendapatkan terapi berhasil mencapai kualitas hidup yang baik, mereka mengalami pemulihan hidup yang nyata dan dapat hidup secara produktif (DEPKES RI, 2007)

f. Domain Spiritual

Dalam bidang spiritual aspek – aspek yang dinilai adalah keprihatinan akan masa depan, pengampunan, memaafkan dan kematian.

3. Pengukuran Kualitas Hidup

Model konsepp kualitas hidup dari WHO (The World Health Organization Quality of Life / WHOQoL) mulai berkembang sejak tahun 1991. Kualitas hidup sangat berhubungan dengan aspek atau domain yang

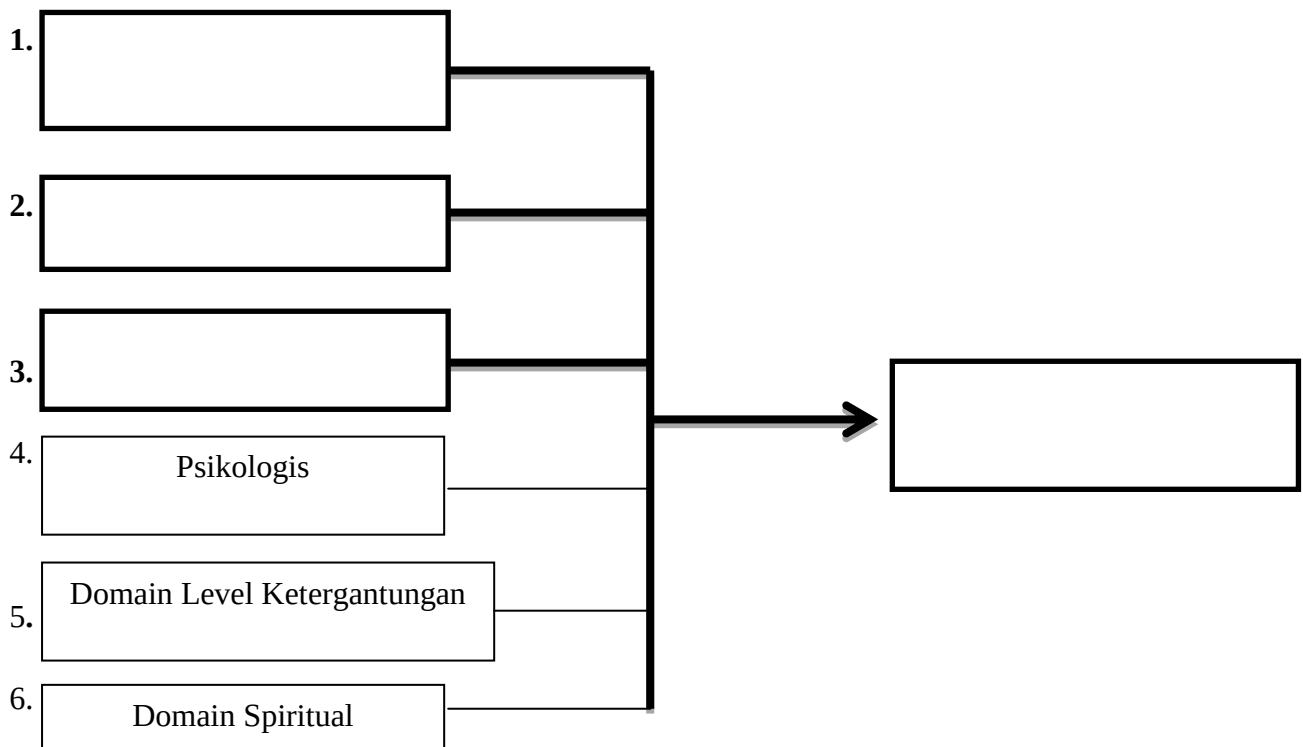
akan dinilai yang meliputi : fisik, psikologis, Hubungan sosial, dan lingkungan.

Pengukuran kualitas hidup dapat dilakukan dengan wawancara langsung atau dengan kuesioner yang menanyakan tentang isi materi yang ingin di ukur dari responden atau subjek penelitian. Kualitas hidup yang ingin diketahui, dapat disesuaikan dengan kehidupan dan kesehatan dari responden.

C. Kerangka Teori

Skema 2.2
Kerangka Teori

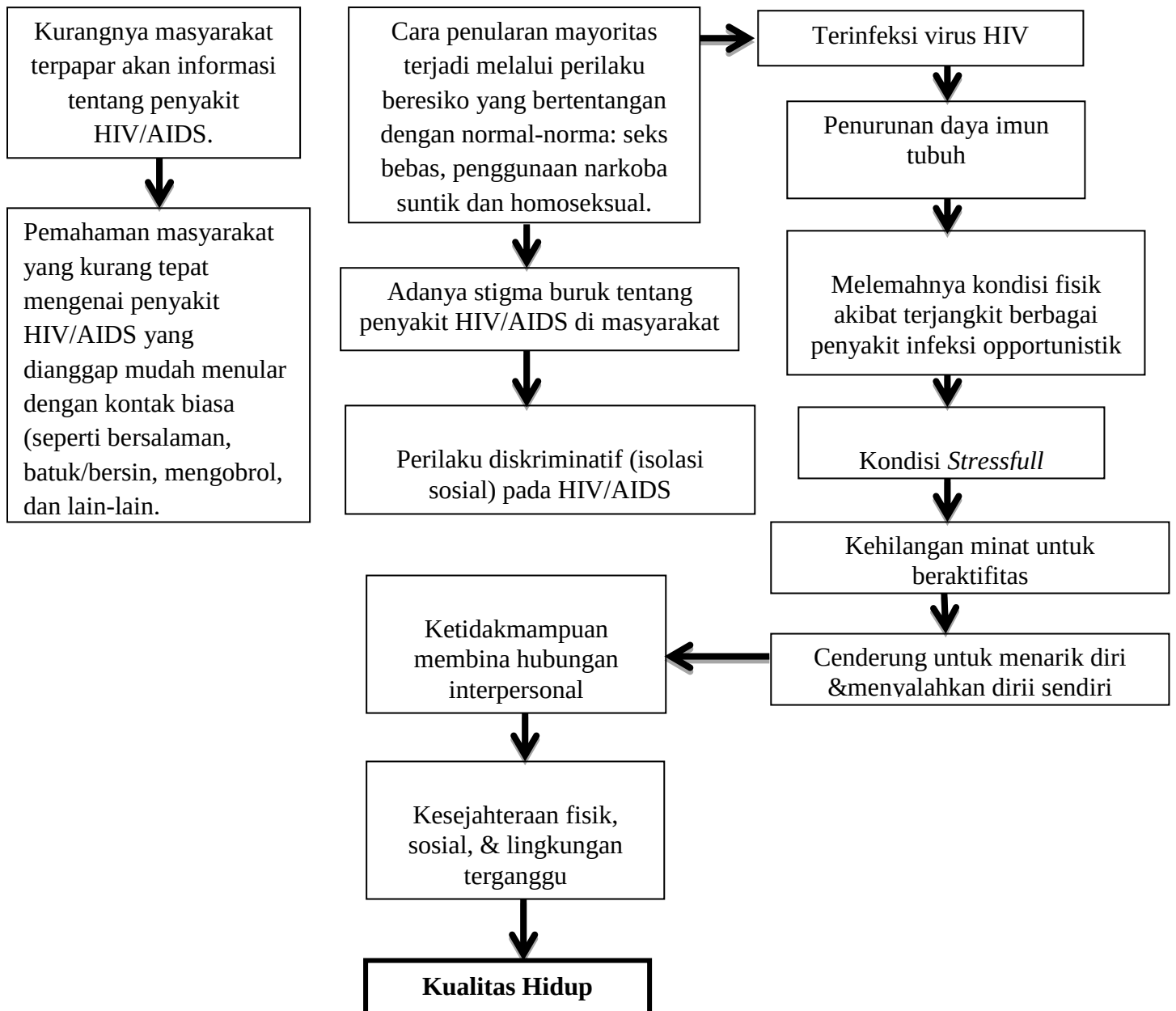
Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup



D. Perjalanan Penyakit

Skema 2.1

Perjalanan Penyakit



Sumber : Bagan ini dimodifikasi dari konsep psikoneuroimunologi (Nazir, 2006; Abiodun, et al.2010)

BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Kerangka Konsep

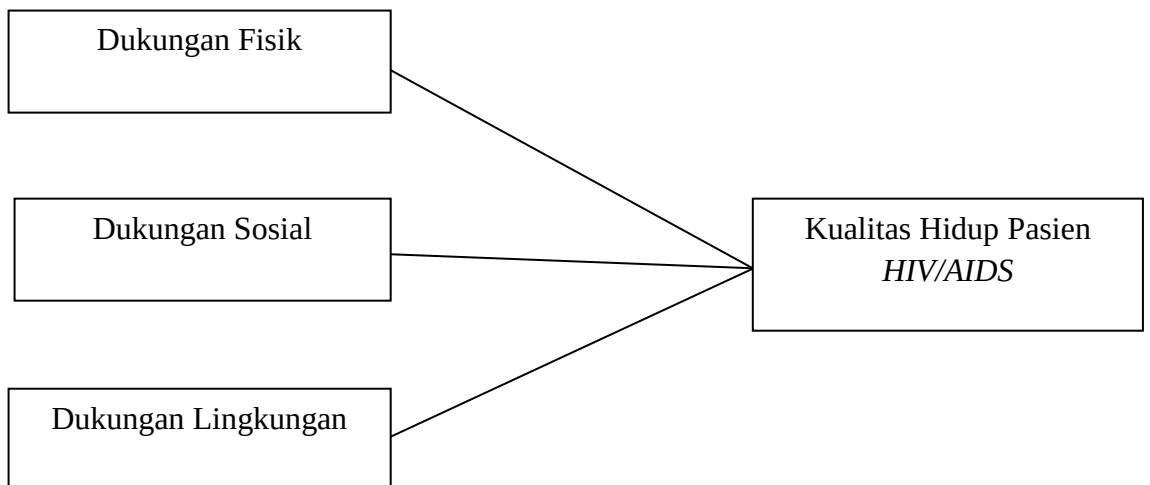
Kerangka konsep ini dibangun berdasarkan kerangka teori Anderson (1974), Variabel dependen yaitu kualitas hidup pasien *HIV/AIDS*, sedangkan variabel independen yaitu dukungan fisik, dukungan sosial dan dukungan lingkungan. Kerangka konsep ini disederhanakan dari kerangka teori berdasarkan variabel yang dapat peneliti dan keterbatasan waktu peneliti.

Skema 3.1

**Kerangka Konsep Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kualitas
Hidup Pasien *HIV/AIDS* di RSUD Dr.Achmad Mochtar
Bukittinggi Tahun 2015**

Variabel Independen

Variabel Dependen



B. Definisi Operasional

Tabel 3.2

**Definisi Operasional Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan
Kualitas Hidup Pasien *HIV/AIDS* Di RSUD Dr.Achmad Mochtar
Bukittinggi Tahun 2015**

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Dukungan Fisik	Dukungan perhatian, perawatan diri berupa pengobatan, dan istirahat terhadap pasien <i>HIV/AIDS</i>	Kuesioner	Wawancara	Kurang Baik Jika < dari Mean Baik Jika $\geq$ Mean	Ordinal
2.	Dukungan Sosial	Lingkungan memberikan dukungan berupa perhatian, rasa nyaman dan rasa dicintai terhadap pasien <i>HIV/AIDS</i>	Kuesioner	Wawancara	Kurang Baik Jika < dari Mean Baik Jika $\geq$ Mean	Ordinal
3.	Dukungan Lingkungan	Dukungan yang diberikan baik dari lingkungan sesama pasien <i>HIV/AIDS</i> dan diluar lingkungan pasien <i>HIV/AIDS</i>	Kuesioner	Wawancara	Kurang Baik Jika < dari Mean Baik Jika $\geq$ Mean	Ordinal
4.	Kualitas Hidup Pasien <i>HIV/AIDS</i>	Perasaan/Perilaku terhadap kehidupan yang dijalani setelah didiagnosa <i>HIV/AIDS</i> .	Kuesioner	Wawancara	Kurang Baik Jika < Mean Baik jika $\geq$ Mean	Ordinal

C. Hipotesis

Merupakan jawaban sementara dari pernyataan peneliti. Biasanya hipotesis ini dirumuskan dalam bentuk hubungan dua variabel, variabel bebas dan variabel terikat. Hipotesis berfungsi untuk menentukan kearah pembuktian, artinya hipotesis merupakan pernyataan yang harus dibuktikan (Notoatmodjo, 2010).

- a. Adanya hubungan antara Dukungan Fisik dengan faktor kualitas hidup pasien *HIV/AIDS* Di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015.
- b. Adanya hubungan antara Dukungan Sosial dengan faktor kualitas hidup pasien *HIV/AIDS* Di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015.
- c. Adanya hubungan antara Dukungan Lingkungan dengan faktor kualitas hidup pasien *HIV/AIDS* Di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015.

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif analitik. Deskriptif analitik merupakan metode yang bertujuan mendeskripsikan atau memberi gambaran terhadap suatu objek penelitian yang diteliti melalui sampel atau data yang telah terkumpul dan membuat kesimpulan yang berlaku umum (Sugino, 2009). Dengan desain *cross sectional*, dimana variabel independen dan variabel dependen diamati dalam waktu yang bersamaan (Notoadmodjo, 2008)

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Poli klinik Serunai Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi pada bulan November 2015 sampai dengan Bulan Januari 2016.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian (Arikunto, 2010). Populasi dalam penelitian adalah semua pasien penderita HIV/AIDS yang ada di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2016 dengan jumlah rata-rata kunjungan 1.035 orang.

2. Sampel

Sampel adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi tersebut. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah *purposivesampling* yaitu berdasarkan pada satu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri berdasarkan ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya (Notoatmodjo, 2010). Menurut Arikunto (2006), besarnya sampel dapat ditentukan jika populasi lebih dari 100 orang dapat diambil 10-15% atau 20-25%. Besarnya sampel pada penelitian ini dapat diambil dengan menggunakan rumus :

$$n = 25\% \times N$$

$$= 25\% \times 133$$

$$= 32 \text{ sampel}$$

Keterangan :

n= Besar sampel

N= Besar populasi

3. Menentukan kriteria *inklusi* dan kriteria *ekslusi*

Kriteria inklusi adalah kriteria dimana subjek penelitian dapat mewakili dalam sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel yaitu :

- 1) Bersedia menjadi responden
- 2) Responden yang bisa baca tulis
- 3) Penderita *HIV/AIDS* di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2016.

Kriteria *ekslusi* adalah kriteria dimana subjek peneliti tidak mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian.

- 1) Responden tidak bersedia untuk diteliti.

D. Jenis Pengumpulan Data

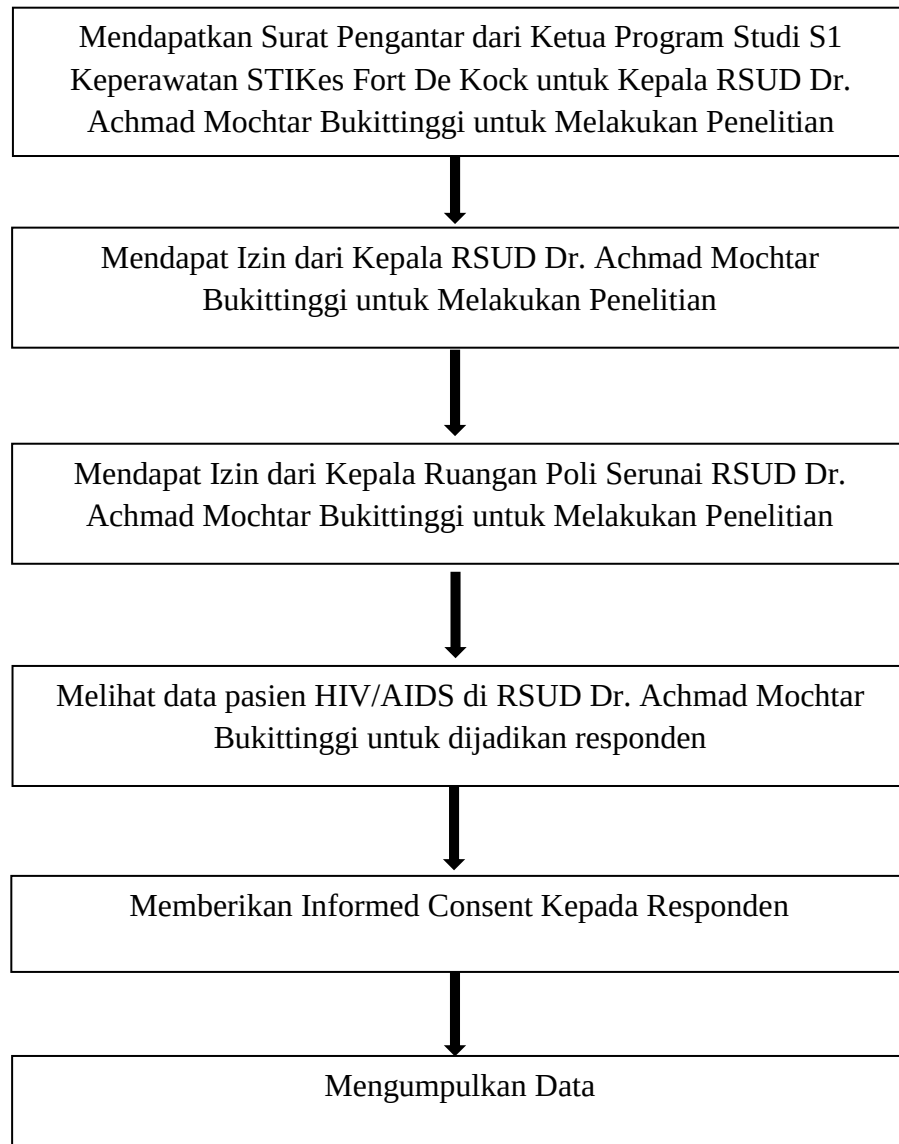
1. Data Primer

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer. Data diambil dengan menggunakan kuesioner yang langsung diisi oleh responden dihadapan penulis.

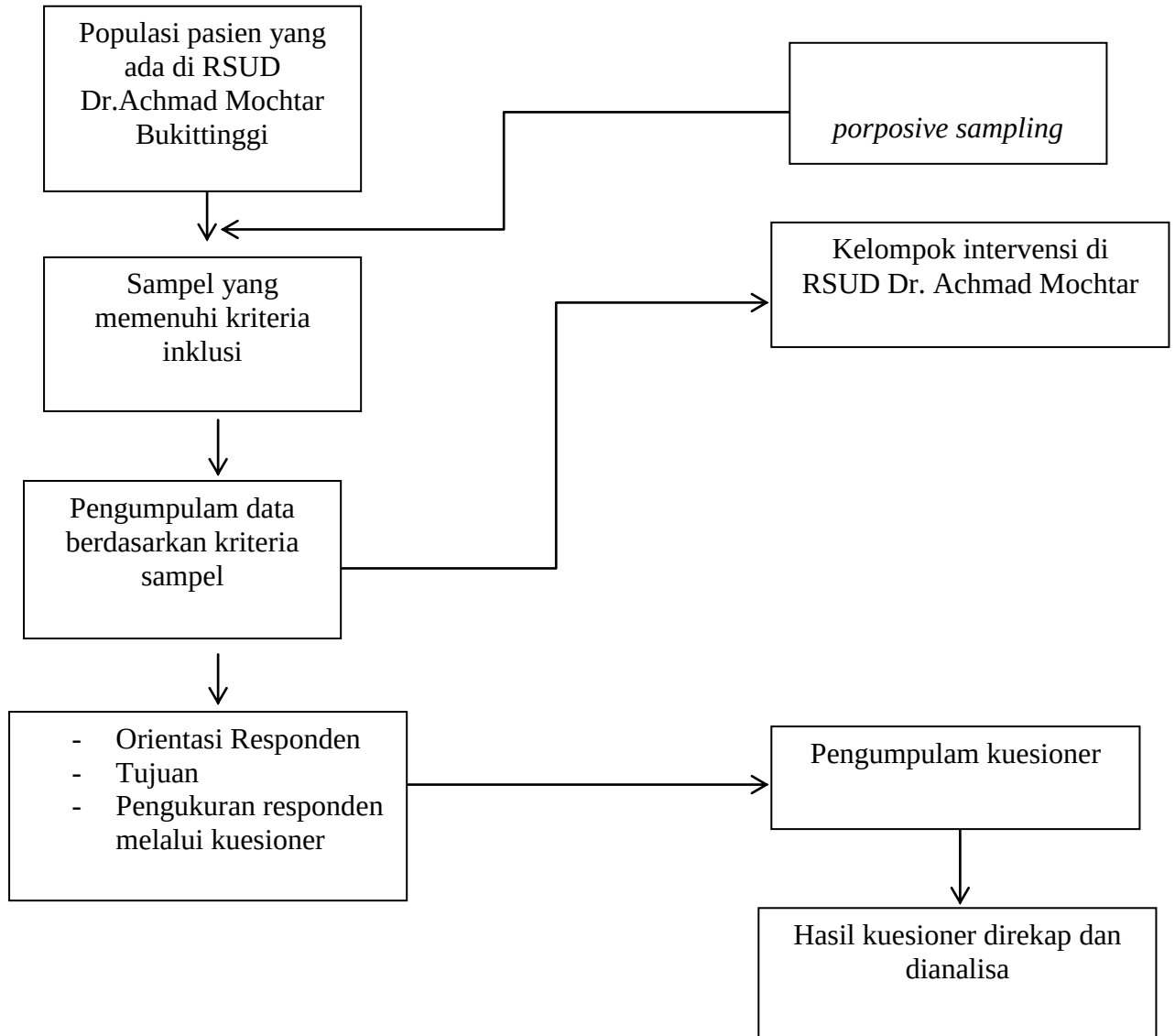
2. Alur Penelitian

Tahap persiapan penelitian meliputi *survey* pendahuluan untuk mengumpulkan data-data yang diperlukan dalam penelitian dan penyusunan rencana dalam pembuatan proposal, menyusun instrumen penelitian, serta mengurus surat izin penelitian. Proses tahap persiapan data dalam penelitian ini dapat dilihat pada bagian bawah ini :

Skema 4.1
Alur Penelitian



Skema 4.2
Prosedur Pelaksanaan



E. Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan alat bantu yaitu kuesioner sebagai alat untuk mengumpulkan data yang sesuai dengan data yang dibutuhkan yang mana akan ditanyakan langsung ke responden.

F. Teknik Pengolahan Data

Dalam proses pengolahan data terdapat langkah – langkah yang harus ditemukan, diantaranya:

1. *Editing* (Menyunting Data)

Kegiatan ini dilakukan untuk memeriksa kelengkapan data, kesinambungan data dan keseragaman data.

2. *Coding* (Mengkode Data)

Setelah *editing* selesai dilakukan, selanjutnya berupa pengkodean data dengan menyerhanakan jawaban tersebut yang dilakukan dalam bentuk *symbol-symbol* tertentu untuk jawaban.

3. *Scoring*

Pada tahap ini peneliti memberikan nilai terhadap setiap jawaban yang telah diisi oleh responden pada lembar kuesioner.

4. *Processing Data*(Proses Data) Merupaka kegiatan memproses data dengan cara mengentri data ke paket program komputer.

5. *Cleaning* (Pembersih Data) Pada tahap ini peneliti melakukan terhadap data yang sudah *dientry*, apakah terjadi kesalhan atau tidak.

G. Analisis Data

Analisa data yang dilakukan secara bertahap meliputi :

1. Analisis Univariat Analisa univariat untuk melihat gambaran distribusi frekuensi tiap variabel independen. Analisis ini disajikan dalam bentuk table distribusi frekuensi.
2. Analisis Bivariat Untuk melihat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Analisis data dilakukan dengan menggunakan komputerisasi dengan *uji chi square* dengan derajat kemakmuran α 0.05 (derajat kepercayaan 95%) bila nilai $p\text{ value} < 0.05$ hasil statistik bermakna jika $p > 0.05$ maka hasil perhitungan statistik tidak bermakna.

BAB V

HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi adalah Rumah Sakit Kelas B pendidikan yang terletak di kota Bukittinggi yang berada di tempat sejuk dengan ketinggian dari permukaan laut +/- M dan terletak diantara 1002 BT – 10025 BT, 00,76 LS – 00,19 LS. Kota Bukittinggi sendiri berbatasan dengan:

- a. Sebelah Utara dengan Nagari Gadut dan Kapau Kec. Tilatang Kamang
- b. Sebelah Selatan dengan Nagari Banuhampa Sunagai Puar
- c. Sebelah Barat dengan Nagari Sianok, Guguk dan Koto Gadang Kec. IV Koto
- d. Sebelah Timur dengan Nagari IV Angkek Canduang

RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi mempunyai luas 40.000 m² yang terdiri dari:

- a. 3 gedung Poli
- b. 15 gedung Perawatan
- c. 1 IGD
- d. 1 OK central
- e. 1 gedung Kamar Jenazah
- f. 1 gedung radiologi lengkap dengan CT Scan, Patologi anatomi, mikrobiologi, laundry, I.P.S dan Gizi
- g. 1 gedung rawatan Cindua Mato

B. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mengetahui gambaran distribusi frekuensi dari masing-masing variabel penelitian, baik variabel independen maupun variabel dependen. Hasil analisa univariat pada penelitian ini adalah :

1. Dukungan Fisik

Tabel 5.1

Distribusi Frekuensi Dukungan Fisik

No	Dukungan Fisik	f	%
1	Kurang Baik	17	53.1
2	Baik	15	46.9
	Jumlah	32	100

Dari tabel distribusi frekuensi 5.1 diketahui bahwa 53.1 % kurang baik dalam Dukungan fisik.

2. Dukungan Sosial

Tabel 5.2

Distribusi Frekuensi Dukungan Sosial

No	Dukungan Sosial	f	%
1	Kurang Baik	20	62.5
2	Baik	12	37.5
	Jumlah	32	100

Dari tabel distribusi frekuensi 5.2 diketahui bahwa lebih dari sebagian responden menyatakan bersosial kurang baik, yaitu sebanyak 20 orang (62.5%).

3. Dukungan Lingkungan

Tabel 5.3

Distribusi Frekuensi Dukungan Lingkungan

No	Dukungan Lingkungan	f	%
1	Kurang Baik	18	56.3
2	Baik	14	43.7
	Jumlah	32	100

Dari tabel distribusi frekuensi 5.4 diketahui terdapat 18 orang responden (56,3 %) kurang baik dalam dukungan lingkungan .

4. Kualitas Hidup

Tabel 5.4

Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup

No	Dukungan Lingkungan	f	%
1	Kurang Baik	19	59.4
2	Baik	13	40.6
	Jumlah	32	100

Dari tabel 5.4 diketahui bahwa lebih dari sebagian responden memiliki kurang baik kualitas hidup, yaitu sebanyak 19 orang (59,4 %).

C. Analisa Bivariat

Analisa bivariat adalah analisis yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi. Teknik analisa data untuk mengetahui hubungan antara dua variabel yang telah diketahui karakteristik masing-masingnya dengan menggunakan prosedur pengujian statistik/uji hipotesa. Analisis bivariat dalam

penelitian ini menggunakan uji *Chi-Square*.Kemaknaan hubungan dapat dilihat dari nilai p. Bila $p < \alpha$ (0,05) maka disimpulkan ada hubungan yang bermakna, H_0 ditolak. Sebaliknya bila $p > \alpha$ (0,05) maka disimpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara variabel independen dengan variabel dependen, H_0 diterima.

1. Hubungan Dukungan Fisik Dengan Kualitas Hidup

Tabel 5.5

Hubungan Dukungan Fisik Dengan Kualitas Hidup

Fisik	Kualitas hidup				Total		P _{value}	OR
	Kurang Baik		Baik					
	N	%	N	%	N	%	0,001	15.600
Kurang baik	12	70.5	5	29.5	17	100		
Baik	2	13.3	13	86.7	15	100		
Total	19		13		32	100		

Berdasarkan tabel analisa di atas dapat diketahui bahwa dari 17 responden kurang baik, terdapat 12 orang (70.5 %) memiliki kualitas hidup kurang baik. Dan dari 15 responden Dukungan fisik baik, hanya terdapat 2 orang (13.3 %) memiliki kualitas hidup kurang baik.

Setelah dilakukan uji statistic *Chi-Square* terhadap hubungan sikap dengan kinerja perawat diperoleh hasil $p < 0,05$ ($p = 0,001$) artinya terdapat hubungan yang bermakna Dukungan fisik dengan kualitas hidup (hipotesa diterima).

Hasil analisis lanjut $OR = 15.6$ dapat diartikan bahwa responden dengan Dukungan kurang baik berpeluang 15 kali untuk memiliki kualitas hidup tidak baik, dibandingkan dengan responden yang Dukungan baik.

2. Hubungan Dukungan Sosial Dengan Kualitas Hidup

Tabel 5.8

Hubungan Dukungan Sosial Dengan Kualitas Hidup

Sosial	Kualitas hidup				Total		p _{value}	OR
	Kurang Baik		Baik					
	N	%	N	%	N	%	0,017	7,500
Kurang baik	12	60	8	40	20	100		
Baik	2	16.7	10	83.3	12	100		
Total	14		18	100	32	100		

Berdasarkan tabel analisa di atas dapat diketahui bahwa dari 20 responden dengan dukungan sosial yang kurang baik, terdapat 12 orang (60 %) memiliki dukungan kualitas hidup yang kurang baik. Dan dari 12 responden dengan dukungan sosial yang baik, hanya terdapat 2 orang (16.7 %) yang memiliki kualitas hidup yang tidak baik.

Setelah dilakukan uji statistic *Chi-Square* Dukungan sosial dengan kualitas hidup diperoleh hasil $p < 0,05$ ($p = 0,017$) artinya terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan sosial dengan kualitas hidup (hipotesa diterima).

Hasil analisis lanjut OR = 7,500 dapat diartikan bahwa responden dengan Dukungan sosial kurang baik berpeluang 7.5 kali untuk mempunyai kualitas hidup yang kurang baik pula.

3. Hubungan Dukungan Lingkungan Dengan Kualitas Hidup

Tabel 5.9

Hubungan Dukungan Lingkungan Dengan Kualitas Hidup

Lingkungan	Kualitas hidup				Total		p _{value}	OR
	Kurang Baik		Baik					
	n	%	N	%	N	%	0,003	12
Kurang baik	12	66.7	6	33.3	18	100		
Baik	2	14.3	12	85.7	14	100		
Total	14		18		32	100		

Berdasarkan tabel analisa di atas dapat diketahui bahwa dari 18 responden yang menyatakan lingkungan kurang baik, terdapat 12 orang (66.7 %) memiliki kualitas hidup yang kurang baik pula. Dan dari 14 responden dengan lingkungan yang baik, hanya terdapat 2 orang (14.3 %) yang memiliki kualitas hidup yang kurang baik pula.

Setelah dilakukan uji statistic *Chi-Square* terhadap hubungan kualitas lingkungan dengan kualitas hidup diperoleh hasil $p \leq 0,0$ ($p = 0,003$) artinya terdapat hubungan yang bermakna antara lingkungan dengan kualitas hidup. (hipotesa diterima).

Hasil analisis lanjut OR = 12 dapat diartikan bahwa responden yang kualitas lingkungan kurang baik berpeluang 12 kali untuk memiliki kualitas hidup yang kurang baik.

BAB VI

PEMBAHASAN

A. Analisa Univariat

1. Dukunga Fisik

Dari tabel distribusi frekuensi 5.2 diketahui bahwa 53.1% memiliki kurang baik dalam dukungan fisik.

pada dasarnya ODHA mampu melakukan kegiatan-kegiatan yang berhubungan dengan perawatan dan pengobatan secara dukungan fisik seperti berolahraga, tidur yang cukup, serta keteraturan mengonsumsi obat hal ini dibuktikan dari banyaknya ODHA yang menjawab pada kategori sangat sering, memuaskan dan biasa-biasa untuk semua pertanyaan tentang dukungan fisik. Rasa Kepuasan akan tidur tidak ada yang merasakan sangat memuaskan dengan tidurnya. (Polonsky, 2012)

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Heni Kusuma dengan judul Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS Yang Menjalani Perawatan Di RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta Domain fisik yang memiliki kualitas hidup baik (36,4%) dan kurang baik (54,6%)

Menurut asumsi peneliti, Kegiatan ini mereka sadari dapat meningkatkan kesehatannya secara dukungan fisik karena terbukti, jika ODHA melakukan kegiatan ini mereka merasa produktif sehingga berdampak pada kualitas hidup ODHA itu sendiri. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Haroen yang mengatakan bahwa pelayanan perawatan

dan pengobatannya yang baik dapat meningkatkan kualitas hidup orang dengan HIV dan AIDS.

2. Dukungan Sosial

Dari tabel distribusi frekuensi 5.3 diketahui bahwa lebih dari sebagian responden menyatakan bersosial yang baik, yaitu sebanyak 20 orang (62.5%).

Masalah sosial yang timbul pada *HIV* dan *AIDS* adalah diskriminasi, stigmasasi, pemberhentian dari pekerjaan, perceraian, serta beban finansial yang harus ditanggung ODHA. Masalah psikososial dan sosioekonomi tersebut seringkali tidak saja dihadapi oleh keluarga dan kerabat dekat ODHA. Akhirnya ODHA dilihat sebagai masalah dan bukan sebagai bagian dari solusi untuk mengatasi epidemi *HIV* dan *AIDS*. Hal tersebut secara otomatis dapat menurunkan kualitas hidup ODHA dan dapat memperburuk keadaan fisiologis ODHA. Dengan adanya masalah sosial maka yang dinilai dalam kualitas hidup adalah hubungan pribadi, dukungan sosial, dan aktifitas seksual. (Toha muhaimin, 2010)

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Komang Diatmi dengan judul Kualitas Hidup Pada Orang Dengan HIV Dan Aids Di Yayasan Spirit Paramacita. Domain sosial yang memiliki kualitas hidup baik (44,4%) dan kurang baik (55,6%)

Menurut peneliti, Kepuasan hubungan seksual dan kepuasan dukungan teman tidak ada responden (0%) yang menjawab sangat memuaskan dan memuaskan. Hal ini terjadi karena mereka merasa dikucilkan dari teman bahkan dari keluarga sendiri yang mengetahui status HIV nya. Penyebab utama

ODHAmerasa demikian karena bagi ODHA, salah satu masalah sosial terbesar yang dialaminya adalah isolasi sosial dari keluarga maupun masyarakat

3. Dukungan Lingkungan

Dari tabel distribusi frekuensi 5.4 diketahui bahwa hanya terdapat 18 orang responden (56,3 %) kurang baik dalam dukungan lingkungan.

Lingkungan merupakan dunia luar yang tidak dikelola oleh suatu sistem tetapi mempunyai pengaruh besar terhadap sistem tersebut. Adapun aspek – aspek yang nantinya dinilai kualitas hidup ini adalah keselamatan dan keamanan fisik, lingkungan rumah, sumber keuangan, kesehatan dan kepedulian sosial, kesempatan untuk memperoleh informasi baru dan keterampilan, partisipasi dalam kesempatan untuk rekreasi atau kegiatan di waktu luang, lingkungan fisik dan transportasi. (bustama, 2007)

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Apri Astuti dengan judul Hubungan Antara Dukungan Sosial Yang Diterima Dengan Kebermaknaan Hidup Pada HIV/AIDS. Domain lingkungan yang memiliki kualitas hidup baik (21,8%) dan kurang baik (78,2%)

Menurut asumsi peneliti, keseringan merasa aman, seberapa sehat lingkungan tempat tinggal, kebutuhan akan uang, serta kesempatan rekreasi Hal ini terjadi karena kurangnya pemahaman tentang HIV dan AIDS mengakibatkan orang yang menderita penyakit ini sering sekali di kucilkan dari lingkungannya sehingga penderita cenderung menutup diri.

4. Kualitas Hidup

Dari tabel 5.1 diketahui bahwa lebih dari sebagian responden memiliki kurang baik kualitas hidup, yaitu sebanyak 19 orang (59,4 %).

Kualitas hidup masih menjadi suatu permasalahan, sampai saat ini belum ada suatu pengertian yang dapat diterima secara universal untuk menilai kualitas hidup seseorang. Kualitas hidup merupakan suatu ide yang abstrak yang tidak terkait oleh tempat atau waktu, bersifat situasional dan meliputi konsep yang saling tumpang tindih (Kinghorn & Gamlin, 2004).

Sedangkan, Farquahar (1995) menjelaskan bahwa kualitas hidup merupakan suatu model konseptual, yang bertujuan untuk menggambarkan perspektif seseorang dengan berbagai macam istilah terhadap dimensi kehidupan. Dengan demikian pengertian kualitas hidup ini akan berbeda bagi orang sakit dan orang sehat.

WHO, *World Health Organisation*, (2002) mendefinisikan kesehatan sebagai keadaan sempurna fisik, mental dan kesejahteraan sosial dan tidak semata-mata ketiadaan penyakit atau kelemahan. Banyak definisi lain yang menjelaskan tentang “kesehatan” dan “Kualitas hidup” yang telah dicoba, keduanya saling berhubungan dan untuk kualitas hidup biasanya ditekankan pada komponen kesenangan dan kepuasan hidup. Sementara kualitas hidup adalah inklusif, konsep yang luas mencakup semua faktor yang mempengaruhi seseorang (status ekonomi, fungsi sosial, status kesehatan, kepuasan hidup, kesejahteraan), secara khusus berfokus pada kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan.

Kualitas merupakan persepsi individu dari posisi mereka dalam kehidupan, konteks budaya dan sistem nilai di mana mereka hidup. Hasil survey

dari *United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS) tentang “Indeks stigma pada ODHA di Asia Pasifik pada tahun 2011”, menunjukkan bahwa banyak ODHA pada kenyataannya sejauh ini hidup dilingkungan keluarga yang tidak aman. Berdasarkan data yang didapat, terlihat tingkat kekerasan pada ODHA, baik oleh pasangan dan anggota keluarga lain yang tinggal bersamanya. Alasan anggota keluarga mempraktekkan diskriminasi sangat bervariasi, tetapi hal ini penting menjadi catatan bahwa banyak keluarga nyatanya merasa dirugikan karena adanya anggota keluarga yang terinfeksi *HIV*. Selain itu terdapat faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pada pasien *HIV/AIDS* yaitu infeksi, terapi antiretroviral, dukungan sosial, jumlah CD4, kepatuhan pengobatan, pekerjaan, gender, gejala, depresi dan dukungan keluarga (Pohan, 2006).

Sesuai penelitian Hardiansyah dengan judul *Kualitas Hidup Orang Dengan HIV Dan Aids Di Kota Makassar*, hasil penelitian menunjukkan bahwa berdasarkan enam domain, untuk domain fisik yang memiliki kualitas hidup baik (38,1%) dan kurang baik (61,9%). Domain psikologi yang memiliki kualitas hidup baik (23,8%) dan kurang baik (76,2%). Domain tingkat kemandirian yang memiliki kualitas hidup baik (28,6%) dan kurang baik (71,4%). Domain Interaksi sosial yang memiliki kualitas hidup baik (38,1%) dan kurang baik (61,9%). Lingkungan yang memiliki kualitas hidup baik (38,1%) dan kurang baik (61,9%) dan Spiritual yang memiliki kualitas hidup baik (47,6%) dan kurang baik (52,4%). Kesimpulan penelitian berdasarkan total enam domain responden yang mendapat kualitas hidup baik (47,6%),

Menurut analisa peneliti, kualitas hidup ODHA tidak hanya mengalami tekanan akibat adanya virus *HIV* yang menyerang sistem kekebalan

tubuh saja, tetapi ODHA juga dihadapkan dengan stigma dan diskriminasi dari keluarga dan juga masyarakat seperti dikucilkan, dan dihindari dari lingkungan sekitar penderita ODHA, dan tanpa disadari bahwa tindakan tersebut sebenarnya sudah mempengaruhi kondisi psikologis ODHA.

B. Analisa Bivariat

1. Hubungan dukungan Fisik dengan Kualitas Hidup

Berdasarkan tabel analisa di atas dapat diketahui bahwa dari 17 responden kurang baik, terdapat 12 orang (70.5 %) memiliki kualitas hidup kurang baik. Dan dari 15 responden dukungan fisik baik, hanya terdapat 2 orang (13.3 %) memiliki kualitas hidup kurang baik. Setelah dilakukan uji statistik *Chi-Square* terhadap hubungan fisik dengan kualitas hidup diperoleh hasil $p < 0,05$ ($p = 0,001$) artinya terdapat hubungan yang bermakna dukungan fisik dengan kualitas hidup (hipotesa diterima). Hasil analisis lanjut $OR = 15.6$ dapat diartikan bahwa responden dengan kategori kurang baik berpeluang 15 kali untuk memiliki kualitas hidup tidak baik, dibandingkan dengan responden yang dukungan baik..

Dukungan fisik adalah dukungan langsung berupa pertolongan langsung yang diberikan oleh bidan atau tenaga kesehatan, keluarga terhadap sipasien. Dalam faktor fisik ini merupakan aktifitas sehari – hari yang dilakukan oleh ODHA yaitu rasa sakit dan ketidaknyamanan atas penyakit yang diderita, energi dan kelelahan dan melakukan aktifitas, tidur dan istirahat.

Peneliti berpendapat bahwa pada dasarnya ODHA mampu melakukan kegiatan-kegiatan yang berhubungan dengan perawatan dan pengobatan

secara fisik seperti berolahraga, tidur yang cukup, serta keteraturan mengonsumsi obat hal ini dibuktikan dari banyaknya ODHA yang menjawab pada kategori sangat sering, memuaskan dan biasa-biasa untuk semua pertanyaan tentang fisik. Rasa sakit fisik mencegah aktifitas tidak ada yang menjawab pada kategori tidak sama sekali, artinya responden masih merasakan rasa sakit fisiknya sebagai penghalang dalam beraktifitas. Kepuasan akan tidur tidak ada yang merasakan sangat memuaskan dengan tidurnya. Responden yang merasakan hal tersebut adalah responden yang sudah lama terkena HIV dan AIDS serta sudah menjalani pengobatan ARV >1 tahun, bergabung di Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) yang ada di puskesmas, sehingga karena banyaknya kesibukan mereka seakan melupakan bahwa sebenarnya mereka memiliki penyakit menular yang mematikan. Kegiatan ini mereka sadari dapat meningkatkan kesehatannya secara fisik karena terbukti, jika ODHA melakukan kegiatan ini mereka merasa produktif sehingga berdampak pada kualitas hidup ODHA itu sendiri. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian oleh Haroen yang menghasilkan bahwa pelayanan perawatan dan pengobatan yang baik dapat meningkatkan kualitas kehidupan orang yang hidup dengan HIV dan AIDS

2. Hubungan Dukungan Sosial Dengan Kualitas Hidup

Berdasarkan tabel analisa di atas dapat diketahui bahwa dari 20 responden dengan kategori sosial yang kurang baik, terdapat 12 orang (60 %) memiliki dukungan kualitas hidup yang kurang baik. Dan dari 12 responden dengan dukungan sosial yang baik, hanya terdapat 2 orang (16.7 %) yang memiliki kualitas hidup yang tidak baik. Setelah dilakukan

uji statistic *Chi-Square* dukungan sosial dengan kualitas hidup diperoleh hasil $p < 0,05$ ($p = 0,017$) artinya terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan sosial dengan kualitas hidup (hipotesa diterima). Hasil analisis lanjut $OR = 7,500$ dapat diartikan bahwa responden dengan dukungan sosial kurang baik berpeluang 7.5 kali untuk mempunyai kualitas hidup yang kurang baik pula.

Menurut asumsi peneliti, responden sering merasakan *feeling blue* (kesepian, putus asa, cemas dan depresi) sehingga dapat dikatakan bahwa kualitas hidup ODHA dari segi psikologis kurang baik. Responden yang mengalami hal tersebut adalah responden yang terlalu banyak pikiran, sebagai contoh darimana dia memperoleh penyakitnya, sampai kapan dia akan bertahan, serta hal-hal yang bersifat negatif yang ditujukan oleh dirinya sehingga responden tersebut tidak bisa fokus dalam mengerjakan sesuatu. Hal lain dari segi psikologi sehingga kurang baiknya kualitas hidup karena responden memiliki bentuk tubuh berbeda antara sebelum menderita dan setelah menderita. Hal ini disebabkan karena responden tersebut tidak melakukan semua yang diperintahkan oleh konselor terutama untuk mengonsumsi obat ARV (antiretroviral) sehingga masuk ke tahap AIDS. Berbagai masalah psikologis ini akan mempengaruhi kemampuan ODHA untuk berpartisipasi secara penuh dalam pengobatan dan perawatan dirinya, sehingga akan berdampak terhadap kualitas hidup ODHA.

3. Hubungan dukungan Lingkungan Dengan Kualitas Hidup

Berdasarkan tabel analisa di atas dapat diketahui bahwa dari 18 responden yang menyatakan lingkungan kurang baik, terdapat 12 orang

(66.7%) memiliki kualitas hidup yang kurang baik pula. Dan dari 14 responden dengan lingkungan yang baik, hanya terdapat 2 orang (14.3 %) yang memiliki kualitas hidup yang kurang baik pula. Setelah dilakukan uji statistic *Chi-Square* terhadap hubungan kualitas lingkungan dengan kualitas hidup diperoleh hasil $p < 0,0$ ($p = 0,003$) artinya terdapat hubungan yang bermakna antara lingkungan dengan kualitas hidup. (hipotesa diterima). Hasil analisis lanjut OR = 12 dapat diartikan bahwa responden yang kualitas lingkungan kurang baik berpeluang 12 kali untuk memiliki kualitas hidup yang kurang baik.

Menurut asumsi peneliti, keseringan merasa aman, seberapa sehat lingkungan tempat tinggal, kebutuhan akan uang, serta kesempatan rekreasi Hal ini terjadi karena kurangnya pemahaman tentang HIV dan AIDS mengakibatkan orang yang menderita penyakit ini sering sekali di kucilkandari lingkungannya sehingga penderita cenderung menutup diri.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Dari hasil penelitian yang dilakukan terhadap 32 orang dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. lebih dari sebagian responden 59,4 % memiliki kurang baik kualitas hidup,
2. Lebih dari sebagian responden 50 % memiliki kurang baik dalam kategori fisik.
3. Lebih dari sebagian responden 59,4% menyatakan bersosial yang baik.
4. Lebih dari sebagian responden 56,2% memiliki lingkungan kurang baik.
5. Terdapat hubungan yang bermakna antara fisik dengan kualitas hidup, nilai $p = 0,012$ dan $OR = 7,222$
6. Terdapat hubungan yang bermakna antara sosial dengan kualitas hidup, nilai $p = 0,016$ dan $OR = 7,562$
7. Terdapat hubungan yang bermakna antara lingkungan dengan kualitas hidup, nilai $p = 0,016$ dan $OR = 7,562$

B. Saran

1. Bagi Rumah Sakit

- a. Agar dapat mengadakan program-program seperti pelatihan dalam rangka meningkatkan kualitas hidup pasien HIV

2. Bagi Pembaca

Bagi pembaca diharapkan dapat mengetahui tentang kualitas hidup. ODHA sendiri maupun orang lain

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Agar peneliti selanjutnya dapat mengadakan penelitian lebih lanjut tentang faktor lain yang dapat mempengaruhi kualitas hidup, seperti lingkungan kerja, pengetahuan, dll.

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan RI. (2009). Sehat dan Positif Untuk ODHA
- Notoatmodjo. (2011). *Kesehatan Masyarakat Ilmu & Seni*. Jakarta: PT RINEKA CIPTA
- Prawiwirohardjo, S. (2011). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawiwirohardjo
- Mirzawati, (2009). Kebermaknaan Hidup Pada ODHA (Orang Dengan HIV/AIDS) Wanita Di Kota Bukittinggi.
- Vahana, Nurfitri. E. (2013). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Mekanisme Koping Pasien HIV/AIDS di Poli Serunai RSAM Bukittinggi.
- Irma. P. Arsunan Dan Zulkifli. A. (2012). Hubungan Dukungan Sosial Dengan Kualitas Hidup Orang Dengan HIV/AIDS Di Puskesmas Jumpandang Baru Makasar.
- Hakim. 2005. *Tanda – tanda klinis AIDS*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
<http://alwaysnutritionst.blogspot.com/2012/02/faktor-penyebab-HIV/AIDS>
- Mansjoer. 2003.
- Family Health Internasional, 2010. *Penggunaan jarum suntik terkontaminasi*. Jakarta: Kementrian Kesehatan.
- Amel, L.P. 2012. *Hubungan Antara Pekerjaan, PMO, Pelayanan Kesehatan, Dukungan Keluarga dan Diskriminasi dengan Perilaku Berobat Pasien TB Paru*.
- Herani, I. 2012. *Konsep Diri Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Yang Menerima Label Negatif dan Diskriminasi Dari Lingkungan Sosial*.
- Apri, B. 2013. *Hubungan Antara Dukungan Sosial Yang Diterima Dengan Kebermaknaan Hidup Pada ODHA (Orang Dengan HIV/AIDS)*.
- Djoerban, Z. 1999. *Membedik AIDS, ikhtisar Memahami HIV dan ODHA*. Yogyakarta : Galang Press.

Kompas. 2006. *Hentikan Diskriminasi pada Pengidap HIV/AIDS*. Jakarta : PT. Kompas Media Nusantara.

Bustaman, H.D. 2007. *Logoterapi : Psikologi untuk Menemukan Makna Hidup dan Meraih Hidup Bermakna*. Jakarta : PT Raja Grafindo Persada.

Kedaulatan Rakyat. 2007. *Hindari Penyakitnya Bukan Orangnya*. Yogyakarta : PT. Kedaulatan Rakyat.

Unands. (2006). *Health HIV/AIDS*. Jakarta

Dipertemen Kesehatan RI (2010). *Pedoman Pelayanan Konseling Dan Testing HIV/AIDS*.

Agustanti, D. 2006 Hubungan Dukungan Sosial Dengan Kualitas Hidup Orang Dengan Hiv/Aids. Di Kota Bandar Lampung, Depok.:FIK UI

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth,

Calon Responden

Dengan hormat,

Saya adalah mahasiswa STIKes Fort De Kock Bukittinggi yang sedang melakukan penelitian yang berjudul **“Faktor – faktor Yang Berhubungan Dengan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016”**.

Proses pengambilan data ini melalui pengisian kuesioner. Data yang diperoleh hanya dipergunakan untuk keperluan penelitian. Kerahasiaan identitas responden akan terjaga dengan baik.

Saya sangat menghargai kesediaan responden untuk menyediakan waktu untuk menandatangani lembar persetujuan yang disediakan. Atas kesediaan dan kerja samanya saya ucapkan terima kasih.

Bukittinggi, Desember 2015

ELKI RIZAL SAPUTRA

PERNYATAAN PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Setelah saya membaca dan mendengarkan penjelasan dari peneliti, maka saya bersedia menjadi responden untuk diperiksa dan berhak mengundurkan diri bila terdapat sesuatu hal yang merugikan saya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan tanpa ada unsure paksaan dari pihak manapun.

Bukittinggi, Desember 2015

Responden

()

Kisi – Kisi Kuesioner

No.	Variabel	Aspek yang dinilai	No. Item Pertanyaan	Jumlah
1.	Dukungan Fisik	• Dukungan perhatian, perawatan diri berupa pengobatan, dan istirahat terhadap pasien HIV/AIDS	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10	10
2.	Dukungan Sosial	• Rasa diperhatikan • Rasa nyaman • Rasa dicintai • Dukungan masyarakat	1, 2 3, 4 5,6 7,8,9,10	10
3.	Dukungan Lingkungan	• Keamanan fisik • Kepedulian sosial • Kesempatan memperoleh informasi baru • Dukungan dari sesama penderita • Dukungan diluar penderita	1 2,3 4,5,6 7,8,9 10	10
4.	Kualitas Hidup	• Perasaan • Perilaku terhadap kehidupan setelah didiagnosa HIV/AIDS	1,2 3,4,5,6	6

KUESIONER PENELITIAN

**FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KUALITAS
HIDUP PASIEN HIV/AIDS DI RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR
BUKITTINGGI TAHUN 2016**

Tanggal / Hari :

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah soal dengan baik
2. Berikan tanda Chek List ($\sqrt{}$) yang dianggap benar
3. Usahakan menjawab pertanyaan, jangan ada yang kosong
4. Anda bisa bertanya kepada peneliti jika pertanyaan sukar dipahami
5. Pertanyaan yang telah diisi lengkap mohon kembalikan kepada peneliti

Identitas Responden

Nama :

Umur :

Alamat :

Pekerjaan :

Pendidikan terakhir :

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
Dukungan Fisik			
1.	Apakah selama anda sakit keluarga ikut serta membantu anda ?		
2.	Apakah pengobatan anda dibantu oleh keluarga ?		
3.	Apakah anda mendapatkan pengobatan tepat waktu ?		
4.	Apakah dokter atau tenaga kesehatan lainnya menyarankan anda untuk tetap melakukan tes ?		
5.	Apakah Tes yang dilakukan pada anda sesuai dengan prosedur ?		
6.	Apakah sebelum tes, informasi seputar HIV/AIDS diberikan kembali pada anda ?		
7.	Apakah anda mendapatkan waktu istirahat yang cukup selama anda terjangkit virus HIV/AIDS ?		
8.	Apakah keluarga anda selalu mengingatkan anda setiap jam istirahat anda ?		
9.	Apakah selama anda terkena penyakit HIV/AIDS anda kehilangan nafsu makan ?		
10.	Apakah semangat hidup anda hilang setelah anda tau anda terjangkit virus HIV/AIDS ?		

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
Dukungan Sosial			
1.	Apakah anda merasa tidak diperhatikan sehingga anda terjangkit virus HIV/AIDS ?		
2.	Apakah orang terdekat tetap memberikan perhatiannya terhadap anda?		
3.	Apakah anda merasa nyaman berada disekitar lingkungan tempat tinggal anda ?		
4.	Apakah anda merasa percaya diri berada di lingkungan sekitar anda setelah anda tau virus HIV/AIDS membahayakan ?		
5.	Apakah anda diterima oleh keluarga setelah mengetahui bahwa anda terjangkit penyakit HI/AIDS ?		
6.	Apakah anda merasa tidak dicintai oleh teman anda setelah terjangkit virus HIV/AIDS ?		
7.	Apakah respon teman anda baik saat tau anda terdiagnosa virus HIV/AIDS ?		
8.	Apakah masyarakat disekitar anda memberikan kesempatan untuk anda agar selalu bisa berinteraksi dengan mereka ?		
9.	Apakah anda merasa penyakit HIV/AIDS akan membuat anda dicemooh oleh masyarakat ?		
10.	Apakah masyarakat/ tempat anda tinggal memberikan rasa nyaman saat anda berada disekitar mereka ?		

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
Dukungan Lingkungan			
1.	Apakah selama anda terjangkit virus HIV/AIDS orang disekitar anda menyakiti anda ?		
2.	Apakah orang disekitar tempat anda tinggal ramah setelah anda terjangkit virus HIV/AIDS ?		
3.	Apakah lingkungan disekitar anda ada disaat anda membutuhkan mereka ?		
4.	Apakah teman sesama penderita selalu berinteraksi dengan anda ?		
5.	Apakah anda merasa teman sesama penderita HIV/AIDS memberikan dukungan terhadap anda ?		
6.	Apakah hubungan anda dengan orang disekitar anda baik selama anda terjangkit virus HIV/AIDS ?		
7.	Apakah keluarga anda selalu ada disaat suka maupun duka ?		
8.	Apakah anda mengetahui penyakit yang anda derita bisa menular ?		
9.	Apakah selama ini anda mengetahui penyakit HIV/AIDS itu merupakan penyakit yang berbahaya ?		
10.	Apakah menurut anda penyakit HIV/AIDS merupakan penyakit yang menimbulkan rasa malu dan mematikan ?		

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
Indikator Kualitas Hidup			
1.	Apakah setelah anda terjangkit virus HIV/AIDS nafsu makan anda berkurang ?		
2.	Apakah setelah anda terjangkit virus HIV/ADIS berat badan anda menurun ?		
3.	Apakah anda yakin anda bisa bekerja dengan baik setelah tahu anda terjangkit virus HIV/AIDS ?		
4.	Apakah setelah mengetahui anda terjangkit virus HIV/AIDS anda akan mengurangi untuk berinteraksi dengan lingkungan disekitar anda ?		
5.	Apakah anda diterima diwilayah kerja anda setelah mereka tahu keterbatasan yang anda punya ?		
6.	Setelah anda terjangkit virus HIV/ADIS anda merasa putus asa dengan keadaan yang sedang anda alami sekarang ?		

A. Analisa Univariat

Kategori Kualitas Hidup

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang Baik	19	59.4	59.4	59.4
	Baik	13	40.6	40.6	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

Kategori Kualitas Hidup

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang Baik	14	43.8	43.8	43.8
	Baik	18	56.2	56.2	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

Kategori Fisik

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang Baik	17	53.1	53.1	53.1
	Baik	15	46.9	46.9	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

Kategori Sosial

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

Valid	Kurang Baik	20	62.5	62.5	62.5
	Baik	12	37.5	37.5	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

Kategori Lingkungan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang Baik	18	56.2	56.2	56.2
	Baik	14	43.8	43.8	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

B. Analisa Bivariat

Kategori Fisik * Kategori Kualitas Hidup

Crosstab

			Kategori Kualitas Hidup		Total
			Kurang Baik	Baik	
Kategori Fisik	Kurang Baik	Count	12	5	17
		Expected Count	7.4	9.6	17.0
		% within Kategori Kualitas Hidup	85.7%	27.8%	53.1%
	Baik	Count	2	13	15
		Expected Count	6.6	8.4	15.0
		% within Kategori Kualitas Hidup	14.3%	72.2%	46.9%
Total		Count	14	18	32
		Expected Count	14.0	18.0	32.0
		% within Kategori Kualitas Hidup	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	10.615 ^a	1	.001		
Continuity Correction ^b	8.416	1	.004		
Likelihood Ratio	11.483	1	.001		
Fisher's Exact Test				.002	.001

Linear-by-Linear Association	10.283	1	.001		
N of Valid Cases ^b	32				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.56.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kategori Fisik (Kurang Baik / Baik)	15.600	2.533	96.076
For cohort Kategori Kualitas Hidup = Kurang Baik	5.294	1.406	19.941
For cohort Kategori Kualitas Hidup = Baik	.339	.158	.728
N of Valid Cases	32		

Kategori Sosial * Kategori Kualitas Hidup

Crosstab

			Kategori Kualitas Hidup		Total
			Kurang Baik	Baik	
Kategori Sosial	Kurang Baik	Count	12	8	20
		Expected Count	8.8	11.2	20.0
		% within Kategori Kualitas Hidup	85.7%	44.4%	62.5%
	Baik	Count	2	10	12
		Expected Count	5.2	6.8	12.0
		% within Kategori Kualitas Hidup	14.3%	55.6%	37.5%
Total	Count	14	18	32	
	Expected Count	14.0	18.0	32.0	
	% within Kategori Kualitas Hidup	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.723 ^a	1	.017	.028	.020
Continuity Correction ^b	4.097	1	.043		
Likelihood Ratio	6.126	1	.013		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	5.544	1	.019		
N of Valid Cases ^b	32				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.25.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kategori Sosial (Kurang Baik / Baik)	7.500	1.288	43.687
For cohort Kategori Kualitas Hidup = Kurang Baik	3.600	.967	13.406
For cohort Kategori Kualitas Hidup = Baik	.480	.265	.869

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kategori Sosial (Kurang Baik / Baik)	7.500	1.288	43.687
For cohort Kategori Kualitas Hidup = Kurang Baik	3.600	.967	13.406
For cohort Kategori Kualitas Hidup = Baik	.480	.265	.869
N of Valid Cases	32		

Kategori Lingkungan * Kategori Kualitas Hidup

Crosstab

			Kategori Kualitas Hidup		Total
			Kurang Baik	Baik	
Kategori Lingkungan	Kurang Baik	Count	12	6	18
		Expected Count	7.9	10.1	18.0
		% within Kategori Kualitas Hidup	85.7%	33.3%	56.2%
	Baik	Count	2	12	14
		Expected Count	6.1	7.9	14.0
		% within Kategori Kualitas Hidup	14.3%	66.7%	43.8%
	Total	Count	14	18	32
		Expected Count	14.0	18.0	32.0
		% within Kategori Kualitas Hidup	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.780 ^a	1	.003	.005	.004
Continuity Correction ^b	6.781	1	.009		
Likelihood Ratio	9.462	1	.002		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	8.506	1	.004		
N of Valid Cases ^b	32				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.13.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kategori Lingkungan (Kurang Baik / Baik)	12.000	2.005	71.816
For cohort Kategori Kualitas Hidup = Kurang Baik	4.667	1.242	17.540
For cohort Kategori Kualitas Hidup = Baik	.389	.196	.773
N of Valid Cases	32		

SAVE OUTFILE='C:\Documents and Settings\USER\My Documents\SPSS\Kualitas Hidup HIV\Kualitas Hidup '+

'HIV.sav' /COMPRESSED.



BIDANG SUMBER DAYA MANUSIA
RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI
Jl. Dr. A. Rivai - Bukittinggi



No : 099/244 /RSAM-SDM/X/2015
Lamp : -
Hal : Pengambilan Data & Izin Penelitian

Bukittinggi, 21 Oktober 2015,

Kepada Yth:

1. Ka Bidang Pelayanan & Rekam Medik
2. Kabid Keperawatan
3. Karu
4. Ka. Poli.....

RSUD Dr. Achmad Mochtar
di-
Bukittinggi

Dengan hormat,

Bersama ini kami sampaikan bahwa yang tersebut dibawah ini :

Nama : Elki Rizal Saputra
NIP : 1214202183
Instansi : S1 Keperawatan STIKes Ford De Kock Bukittinggi

Akan melakukan Pengambilan Data Awal / Penelitian dengan judul " Faktor-faktor yang berhubungan dengan Kualitas Hidup Penderita HIV/Aids di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2015".

Demikian disampaikan atas perhatian dan kerja samanya diucapkan terimakasih.

cc. Elki Polymen Rizal
4/7pt 7/10/15
121
10 - 15
Dr. David, mm

Kabid SDM,

Drg. Sesmarry
Nip. 19650925 199903 2

ACE 21/10/15
Kasi Monitoring dan Evaluasi
Bidang Pelayanan Keperawatan

Dr. YOSEPHINA, S.Kep
199803 2 002

4/Kc-poli Seruni,
tg di fasilitas



PEMERINTAH PROPINSI SUMATERA BARAT
RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI

JALAN DR. A. RIVAI - BUKITTINGGI
Telp. Hunting (0752) 21720 - 21492 - 21831 - 21322
Fax. (0752) 21321 Telp. Dir. (0752) 33825



No : 073/8086/SDM-RSAM/ IV /2016
Lamp : -
Hal : Pengembalian Mahasiswa

Bukittinggi, 25 April 2016,

Kepada Yth.
Sdr. Ketua STIKes Fort De Kock Bukittinggi.

di -
Bukittinggi.

Dengan hormat,

Sehubungan dengan telah selesainya pengambilan data dan penelitian Mahasiswa S1 Keperawatan STIKes Fort De Kock Bukittinggi, maka bersama ini kami kembalikan ke Institusi Pendidikan atas nama :

N a m a : Elki Rizal Saputra
NIM : 1214202183
Institusi : S1 Keperawatan STIKes Fort De Kock Bukittinggi.

Dengan judul Penelitian " **Faktor - Faktor Yang Berhubungan Dengan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS di RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016** ".

Untuk keperluan pengembangan Bidang SDM (Seksi Diklit) RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi diharapkan kepada Saudara untuk dapat memberikan hasil Penelitian Mahasiswa tersebut diatas kepada kami sebelum Ijazah yang bersangkutan diberikan.

Demikianlah disampaikan atas perhatian dan kerja samanya diucapkan terimakasih.

Direktur ,


Dr. H. R. MAWATI, M. Kes
NIP. 19610423 198710 2 001

PROGRAM STUDI ILMU KEPRAWATAN
LEMBAR KONSULTASI/ BIMBINGAN SKRIPSI

NAMA : ELKI RIZAL SAPUTRA

NIM : 1214202183

Pembimbing 1 : NURHAYATI, S.ST, M.Biomed

**Judul : Faktor – faktor Yang Berhubungan Dengan Kualitas
Hidup Pasien HIV/AIDS Di RSUD Dr. Achmad
Mochtar Bukittinggi Tahun 2015**

BIMBINGAN KE	HARI/TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	PARAF PEMBIMBING
I	30/3 - 16	BAB V - VI Perbaiki sesuai saran	
II	2/4 - 16	BAB . VII - Abstrak	
III	3/4 - 16	Keseluruhan BAB msh banyak yg harus di perbaiki	
IV	5/4 - 16	aku ul osian hasil skripsi di hadapan penguji	

PROGRAM STUDI ILMU KEPRAWATAN
LEMBAR KONSULTASI/ BIMBINGAN SKRIPSI

NAMA : ELKI RIZAL SAPUTRA

NIM : 1214202183

Pembimbing II : Ns. Yelmi Reni Putri, S.Kep, MAN

Judul : Faktor – faktor Yang Berhubungan Dengan Kualitas
Hidup Pasien HIV/AIDS Di RSUD Dr. Achmad
Mochtar Bukittinggi Tahun 2015

BIMBINGAN KE	HARI/TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	PARAF PEMBIMBING
I	25 - 2 - 16	- cara pembuatan tabel - hasil - pembahasan - kesimpulan & saran	
II	26 - 2 - 16	- abstrak b. indonesia - dan b. inggris - teori dan penelitian perbandingan	
III		- kata atom / kata : proposal - misal zaka	
IV	27 - 2 - 16	- dan y diujikan - s	