



**GAMBARAN KUALITAS TIDUR ORANG DENGAN HIV/AIDS (ODHA)  
OUTPATIENT DI KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

oleh

**Annisa Nur Ghosiyatul Aliyah**

**NIM 152310101317**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER**

**2019**



**GAMBARAN KUALITAS TIDUR ORANG DENGAN HIV/AIDS (ODHA)  
OUTPATIENT DI KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Fakultas Keperawatan (S1) dan mencapai gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)

oleh

**Annisa Nur Ghosiyatul Aliyah**

**NIM 152310101317**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER**

**2019**

**GAMBARAN KUALITAS TIDUR ORANG DENGAN HIV/ AIDS (ODHA)  
OUTPATIENT DI KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

oleh

**Annisa Nur Ghosiyatul Aliyah**

**NIM 152310101317**

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Ns. Ahmad Rifai, S.Kep., M.S.

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Alfid Tri Afandi, S.Kep., M.Kep.

## PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan syukur kehadirat Allah SWT, peneliti mempersembahkan skripsi ini untuk:

1. Ayahanda Susilo, Ibunda Riskiana, adik saya Faiz Insan dan keluarga yang selalu memberikan dukungan dan doa demi kelancaran dalam menyelesaikan skripsi ini;
2. Nenek Hj. Maryani yang telah memberikan dukungan dan doa yang tidak pernah henti di setiap langkah saya;
3. Almamater TK Aba 2 Panji Situbondo, SDN 2 Patokan Situbondo, SMPN 1 Situbondo dan SMAN 2 Situbondo serta seluruh Bapak/Ibu guru yang telah memberikan bimbingan dan ilmu;
4. Almamater Fakultas Keperawatan Universitas Jember dan seluruh Bapak/Ibu dosen yang telah banyak membantu dan memberikan ilmunya selama ini
5. Teman-teman kelas D 2015 yang selalu mendukung dan memberi semangat selama penyusunan skripsi ini;
6. Fendy Rusdiyanto, Aisyah Imaniar, Aprilia Kusumaningtyas, Sheila Paramitha, Anita Sujannah, Siti Amaliatul K, Tilla, Elma K, Husnita F, Prepty Dwi, Evaula selalu mendukung dan memberi semangat selama penyusunan skripsi ini;

**MOTO**

*Dan janganlah kamu berputus asa dari rahmat Allah. Sesungguhnya tiada berputus dari rahmat Allah melainkan orang orang yang kufur”.*

(QS Yusuf : 87)



---

\*) Departemen Agama Republik Indonesia. 2009. Al Quran Tajwid, Terjemah, Tafsir Untuk Wanita. Bandung: Penerbit Marwah

**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Annisa Nur Ghosiyatul Aliyah

NIM : 152310101317

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Gambaran Kualitas Tidur Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) *Outpatient* di Kabupaten Jember” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada instansi manapun dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, Juli 2019

Yang Menyatakan

Annisa Nur Ghosiyatul Aliyah

NIM 152310101317

PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul "Gambaran Kualitas Tidur Orang Dengan HIV AIDS (ODHA) *Outpatient* di Kabupaten Jember" karya Annisa Nur G.A telah diuji dan disahkan pada :

hari, tanggal : Kamis, 25 Juli 2019

tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan  
Universitas Jember

Mengetahui,

Dosen Pembimbing Utama

Ns. Ahmad Rifai, S.Kep., M.S.  
NIP 19850207 201 504 1 001

Dosen Pembimbing Anggota

Ns. Alfid Tri Afandi, S.Kep., M.Kep.  
NRP 760016845

Penguji I

Ns. Muhamad Zulfatul Azzah, S.Kep., M.Kep.  
NIP 19880510 201504 1 002

Penguji II

Ns. Dicky Endrian Kurniawan, S.Kep., M.Kep.  
NRP 760016846

Mengesahkan,

Dekan Fakultas Keperawatan  
Universitas Jember



Ns. Lantia Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.  
NIP 19780323 200501 2 002

**Gambaran Kualitas Tidur Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) *Outpatient* di Kabupaten Jember** (*Overview of Sleep Quality of People with HIV/AIDS (PLWHA) Outpatients in Jember Regency*)

**Annisa Nur Ghosiyatul Aliyah**

*Faculty of Nursing, University of Jember*

**ABSTRACT**

*Sleep quality disorders usually occur in people with psychological and physiological disorders, including people with HIV/AIDS (PLWHA). The quality of sleep disturbed generally occurs when a person's sleep and rest patterns are disturbed. Declining or poor sleep quality can affect a person's functional and health status. Several factors can affect sleep quality such as mental health factors, anxiety, consumption of ARV drugs. This study aimed to describe the quality of sleep of PLWHA in Jember Regency. This research used quantitative descriptive research design. A total of 100 respondents were obtained using consecutive sampling technique. The results of this study indicate that female PLWHA was 59 respondents (59%), high school education as many as 31 respondents (31%), married as many as 68 respondents (68%), monthly income < IDR 2,170,917.80 as many as 86 respondents (86%), the consumption of drugs consumed 99 respondents (99%), compliance with ARVs was mostly obedient as many as 59 respondents (59%), active working as many as 62 respondents (62%) and more experienced poor sleep quality with the number of respondents 70 people (70%) and 30 people (30%) experiencing good sleep quality. Sleep disorder occur due to disruption of mental health, anxiety, consumption of drugs that affect physical and psychological conditions. Disorders of sleep quality occur due to mental health factors, anxiety, consumption of ARV drugs that affect physical and psychological conditions. Advice for nurses is to provide education on the importance of health care in providing nursing care, adherence to taking ARV drugs, and others.*

**Keywords:** *ARV, sleep quality, sleep disorder, people living with HIV/AIDS,*

## RINGKASAN

**Gambaran Kualitas Tidur Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) *Outpatient* Di Kabupaten Jember:** Annisa Nur Ghosiyatul Aliyah, 152310101317; xx+122 halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Jember.

Tidur merupakan siklus yang berputar dan terjadi pada seseorang setelah terjaga. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi kualitas tidur Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Kabupaten Jember. Gangguan kualitas tidur biasanya terjadi pada orang dengan gangguan psikologis, gangguan fisiologis termasuk ODHA. Kualitas tidur terganggu umumnya terjadi pada ODHA ketika pola tidur dan istirahat ODHA terganggu. Kualitas tidur yang menurun atau buruk dapat mempengaruhi fungsional dan status kesehatan pada ODHA. Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kualitas tidur pada ODHA seperti faktor kesehatan mental, kecemasan pada ODHA, kepatuhan terapi ARV. Pemerintah menanggulangi HIV/AIDS, penyakit menular seksual dan rencana strategis dengan nomor 1285/Menkes/SK/X/2002, salah satu contoh pemerintah mengadakan kegiatan meningkatkan retensi pengobatan ARV yang mempengaruhi kualitas tidur dengan penggunaan ARV pada ODHA di tahun 2018.

Penelitian ini menggunakan desain deskriptif kuantitatif. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *Consecutive sampling*. Sampel yang diperoleh sebanyak 100 responden. Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner PSQI yang terdiri dari 19 pertanyaan. Analisa data pada penelitian ini menggunakan analisa univariat.

Hasil dari menunjukkan bahwa rata-rata usia responden 32,67 dengan standart deviasi 7.063, jenis kelamin ODHA mayoritas ialah perempuan sebanyak 59 responden (59%), pendidikan ODHA mayoritas ialah SMA

sebanyak 31 responden (31%), status pernikahan ODHA mayoritas ialah menikah sebanyak 68 responden (59%), pendapatan bulanan ODHA mayoritas ialah <2.170.917.80 sebanyak 86 responden (59%), konsumsi obat ODHA mayoritas ialah mengonsumsi obat sebanyak 59 responden (59%), kepatuhan ARV ODHA mayoritas ialah patuh sebanyak 59 responden (59%), pekerjaan ODHA mayoritas ialah aktif bekerja sebanyak 62 responden (62%), sedangkan kualitas tidur orang dengan HIV/AIDS (ODHA) *Outpatient* di Kabupaten Jember lebih banyak mengalami kualitas tidur buruk dengan jumlah responden 70 orang (70%) dan 30 orang (30%) mengalami kualitas tidur baik. Gangguan tidur terjadi karena gangguan kesehatan mental, kecemasan, konsumsi obat-obatan yang memengaruhi kondisi fisik dan psikologis sehingga mengakibatkan gangguan kualitas tidur yang buruk.

Implikasi keperawatan pada penelitian ini tentang kualitas tidur orang dengan HIV/AIDS (ODHA) *Outpatient* di Kabupaten Jember ini dapat menggambarkan permasalahan gangguan tidur, pola tidur dan kualitas tidur yang dapat mengganggu psikologis dan emosi ODHA. Adanya pengukuran menggunakan kuesioner PSQI pada ODHA dapat membantu tenaga kesehatan dan masyarakat untuk mengetahui kualitas tidur pada ODHA. Upaya yang dapat dilakukan perawat yaitu memberikan edukasi mengenai pentingnya pemeliharaan kesehatan seperti kepatuhan minum obat pada ODHA, dan diharapkan dapat menjadi perhatian khusus bagi perawat dan konselor dalam memberikan asuhan keperawatan pada orang dengan HIV/AIDS. Sehingga dapat membantu ODHA untuk mendapatkan kualitas tidur yang baik dengan menilai kualitas tidur ODHA dan mengkaji faktor-faktor yang berhubungan dan lain-lain.

## PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT, atas segala rahmat dan karuniaNya sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal skripsi yang berjudul “Gambaran Kualitas Tidur Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) *Outpatient* di Kabupaten Jember”. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan serta satu (S1) pada Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Penulis menyadari penyusun skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu penulis menyampaikan terimakasih kepada :

1. Ns. Lantin Sulistyorini, M.Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
2. Ns. Ahmad Rifai, S.Kep., M.S. selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan selama melaksanakan studi di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
3. Ns. Ahmad Rifai, S.Kep., M.S. selaku Dosen Pembimbing Utama yang telah membimbing, memberikan masukan dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
4. Ns. Alfid Tri Afandi, S.Kep., M.Kep. selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah membimbing, memberikan masukan dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
5. Ns. Muhamad Zulfatul A'la, S.Kep., M.Kep. selaku penguji 1 yang telah memberikan bimbingan dan saran demi kesempurnaan penelitian ini.
6. Ns. Dicky Endrian Kurniawan, S.Kep., M.Kep. selaku penguji 2 yang telah memberikan bimbingan dan saran demi kesempurnaan penelitian ini.
7. Seluruh dosen, staf, dan karyawan Fakultas Keperawatan Universitas Jember yang telah memberikan bantuan;
8. Kedua orang tua, dan adik saya yang selalu memberikan dukungan dan doanya demi terselesaikannya skripsi ini;
9. Teman-teman angkatan 2015 yang telah memberikan saran, bantuan, serta semangat dalam proses penyusunan skripsi ini;

10. Semua pihak yang telah membantu hingga terselesaikannya skripsi ini.

Peneliti menyadari bahwa skripsi ini tidak luput dari kesalahan dan jauh dari sempurna, kesempurnaan hanyalah milik Sang Pencipta. Oleh karena itu, peneliti berharap kritik dan saran yang membangun guna penyempurnaan skripsi ini. Akhirnya peneliti berharap, semoga skripsi ini dapat digunakan sebagai panduan proses penelitian selanjutnya.

Jember, Juli 2019

Penulis



**DAFTAR ISI**

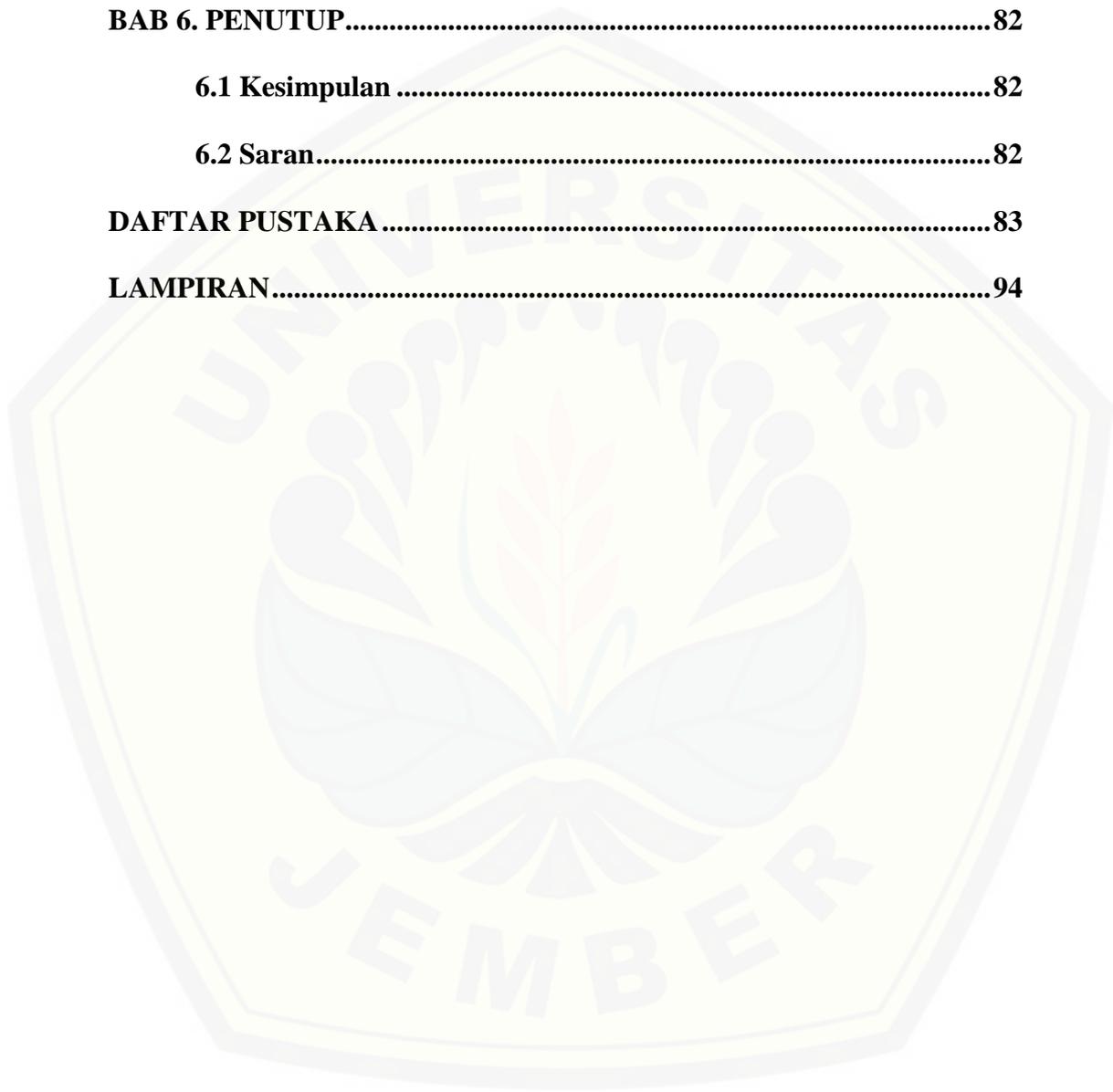
	Halaman
<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	i
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	ii
<b>HALAMAN PEMBIMBING</b> .....	iii
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN</b> .....	iv
<b>MOTO</b> .....	v
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	vi
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	vii
<b>ABSTRAK</b> .....	viii
<b>RINGKASAN</b> .....	xi
<b>PRAKATA</b> .....	xii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	xiii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xii
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xiii
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xiii
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	5
1.3 Tujuan Penelitian .....	5
1.3.1 Tujuan Umum .....	5
1.3.2 Tujuan Khusus .....	5
1.4 Manfaat Penelitian .....	6

1.4.1 Manfaat Bagi Peneliti .....	6
1.4.2 Manfaat Bagi Institusi Pendidikan .....	6
1.4.3 Manfaat Bagi Pelayanan Kesehatan .....	6
1.5 Keaslian Peneliti .....	6
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>10</b>
2.1 Konsep HIV/AIDS .....	10
2.1.1 HIV/AIDS .....	10
2.1.2 Cara Penularan .....	11
2.1.3 Perilaku Berisiko HIV/AIDS .....	12
2.1.4 Etiologi .....	13
2.1.5 Infeksi Oportunistik.....	14
2.1.6 Manifestasi Klinis .....	15
2.1.7 Pencegahan .....	16
<b>2.2 Penatalaksanaan HIV/AIDS .....</b>	<b>18</b>
2.2.1 Penanggulangan HIV/AIDS.....	18
2.2.2 Pengobatan .....	21
<b>2.3 Perbedaan ODHA <i>outpatient</i> dan ODHA MRS .....</b>	<b>25</b>
<b>2.4 Pengertian Transgender .....</b>	<b>25</b>
<b>2.5 Konsep Kualitas Tidur .....</b>	<b>26</b>
2.5.1 Pengertian Tidur .....	26
2.5.2 Tahapan Tidur .....	27
2.5.3 Siklus Tidur .....	28
2.5.4 Kebutuhan Tidur .....	29

2.5.4 Patofisiologi ARV Mempengaruhi Kualitas Tidur .....	29
2.5.6 Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Tidur.....	31
2.5.7 Gangguan Tidur .....	37
2.5.8 Dampak Kualitas Tidur yang Buruk pada orang HIV/AIDS (ODHA) .....	39
2.5.9 Pemetaan HIV AIDS di Kabupaten Jember.....	40
2.5.10 Penanganan Kualitas Tidur Buruk pada ODHA .....	41
2.5.11 Peran Perawat .....	41
<b>2.6 Alat Ukur Tidur .....</b>	<b>42</b>
<b>2.7 Kuesioner .....</b>	<b>43</b>
<b>2.8 ODHA dengan Kualitas Tidur Buruk .....</b>	<b>43</b>
<b>2.9 Kerangka Teori .....</b>	<b>46</b>
<b>BAB 3. KERANGKA KONSEP.....</b>	<b>47</b>
<b>BAB 4. METODE PENELITIAN .....</b>	<b>48</b>
<b>4.1 Desain Penelitian .....</b>	<b>48</b>
<b>4.2 Populasi dan Sampel Penelitian .....</b>	<b>48</b>
4.2.1 Populasi Penelitian .....	48
4.2.2 Sampel Penelitian .....	48
4.2.3 Teknik Penentuan Sampel .....	49
4.2.4 Kriteria Sampel .....	49
<b>4.3 Lokasi Penelitian .....</b>	<b>50</b>
<b>4.4 Waktu Penelitian .....</b>	<b>50</b>
<b>4.5 Definisi Operasional .....</b>	<b>50</b>

<b>4.6 Pengumpulan Data .....</b>	<b>53</b>
4.6.1 Sumber Data .....	53
4.6.2 Teknik Pengumpulan Data .....	53
4.6.3 Alat Pengumpulan Data .....	54
4.6.4 Uji Validitas dan Reabilitas .....	58
4.7 Pengolahan Data .....	59
4.7.1 Editing .....	60
4.7.2 Coding .....	60
4.7.3 Entry .....	63
4.7.4 Cleaning .....	63
<b>4.8 Analisis Data .....</b>	<b>63</b>
<b>4.9 Etika Penelitian .....</b>	<b>64</b>
4.9.1 Kerahasiaan ( <i>Confidentiality</i> ) .....	64
4.9.2 Keadilan ( <i>Justice</i> ).....	65
4.9.3 Kemanfaatan ( <i>Beneficience</i> ) .....	65
4.9.4 Asas otonomi (autonomy) .....	65
4.9.5 Uji Etik.....	66
<b>BAB 5. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>67</b>
<b>5.1 Hasil Penelitian .....</b>	<b>67</b>
5.1.1 Karakteristik Responden .....	67
5.1.2 Kualitas Tidur.....	70
<b>5.2 Pembahasan .....</b>	<b>71</b>
5.2.1 Karakteristik Responden .....	57

5.2.2 Kualitas Tidur ODHA .....	60
<b>5.3 Implikasi Keperawatan.....</b>	<b>81</b>
<b>5.4 Keterbatasan Penelitian.....</b>	<b>81</b>
<b>BAB 6. PENUTUP.....</b>	<b>82</b>
6.1 Kesimpulan .....	82
6.2 Saran.....	82
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>83</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>94</b>

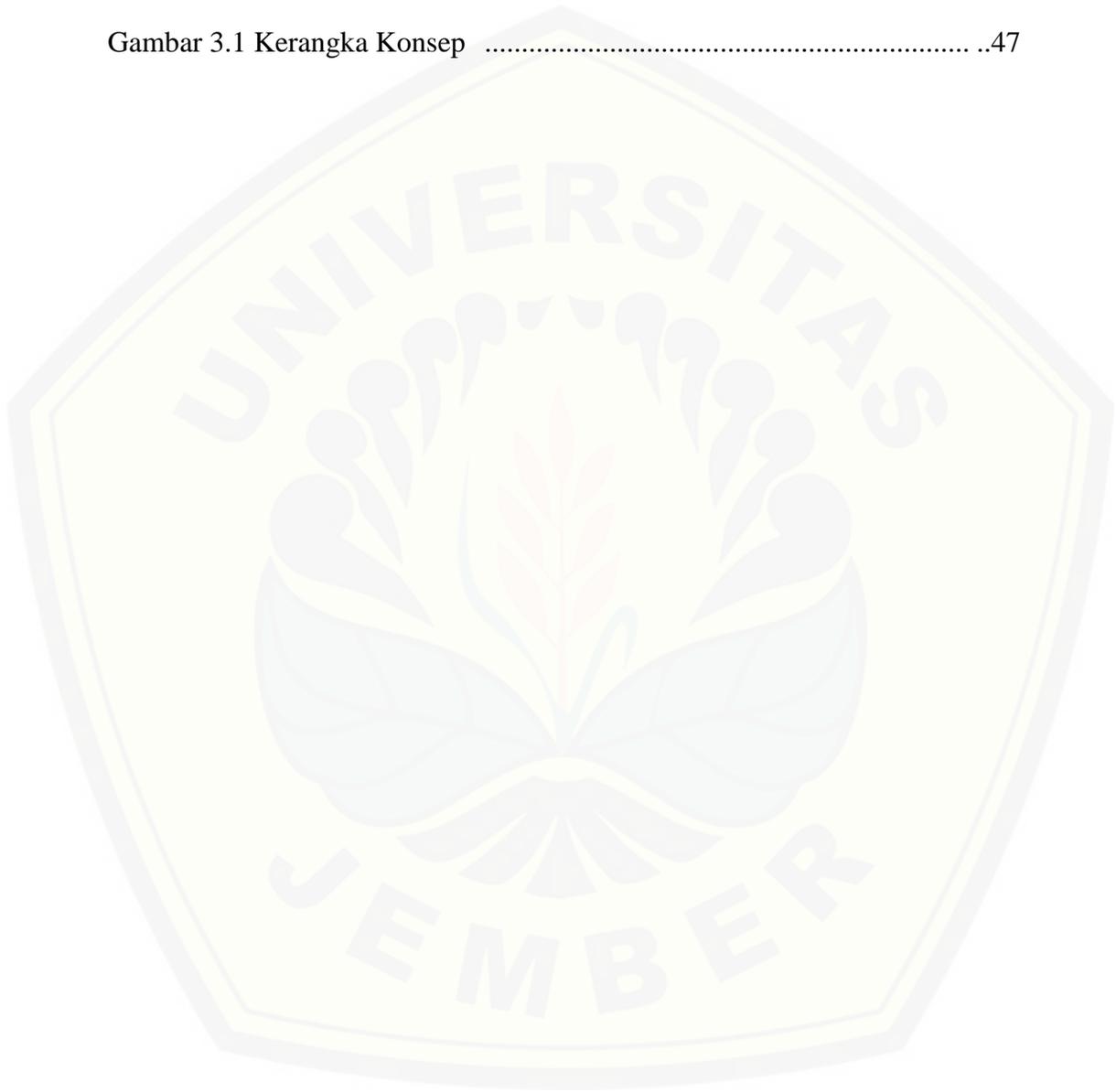


**DAFTAR TABEL**

Tabel 1.1 Perbandingan Peneliti .....	8
Tabel 2.1 Stadium Klinis Infeksi HIV Menurut WHO .....	15
Tabel 2.2 Panduan Pengobatan ARV Lini Pertama HIV .....	23
Tabel 2.3 Panduan Pengobatan ARV Lini Kedua HIV .....	24
Tabel 2.4 Panduan Pengobatan ARV Lini Ketiga HIV .....	24
Tabel 2.5 Efek Samping ARV Lini Ketiga .....	24
Tabel 2.6 Kebutuhan Tidur .....	29
Tabel 4.1 Definisi Operasional .....	51
Tabel 4.2 <i>Blue Print</i> Kuesioner PSQI ( <i>Pittsburgh Sleep Quality Index</i> ).....	56
Tabel 5.1 Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan lama menderita (ODHA) .....	67
Tabel 5.2 Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan umur....	68
Tabel 5.3 Distribusi frekuensi karakteristik responden.....	68
Tabel 5.4 Indikator kualitas tidur ODHA .....	70
Tabel 5.5 Kategori kualitas tidur.....	71

**DAFTAR GAMBAR**

	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka Teori .....	46
Gambar 3.1 Kerangka Konsep .....	.47



**DAFTAR LAMPIRAN**

	Halaman
Lampiran A. Lembar <i>Informed</i> .....	95
Lampiran B. Lembar <i>Consent</i> .....	96
Lampiran C. Karakteristik Responden.....	97
Lampiran D. Kuesioner .....	98
Lampiran E. Tabel Waktu Penelitian .....	105
Lampiran F. Surat Keterangan Studi Pendahuluan .....	106
Lampiran G. Surat Izin Penelitian .....	107
Lampiran H. Surat Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian .....	108
Lampiran I. Uji Etik Penelitian .....	109
Lampiran J. Hasil Penelitian .....	110
Lampiran K. Catatan Penelitian Skripsi.....	118
Lampiran L. Lembar Bimbingan DPU .....	120
Lampiran M. Lembar Bimbingan DPA .....	122

**DAFTAR SINGKATAN**



AIDS	: Acquired Immunodeficiency Syndrome
ARV	: Antiretroviral
ASI	: Air Susu Ibu
BPOM	: Badan Pengawasan Obat dan Makanan
CD4	: Cluster of Differentiation 4
Depkes	: Departemen Kesehatan
Dinkes	: Dinas Kesehatan
DTU	: Duh Tubuh Uretra
EFV	: Efavirenz
ESS	: <i>Epworth Sleepiness Scale</i>
HAART	: <i>Highly Active Antiretroviral Therapy</i>
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
IDU	: <i>Injecting Drug User</i>
IMS	: Infeksi Menular Seksual
IRT	: Ibu Rumah Tangga
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan



KDM	: Kebutuhan Dasar Manusia
LAV	: <i>Lymphadenopathy Associated Virus</i>
LGBT	: Lesbian, Gay, Biseksual, dan Transgender
LKB	: Komprehensif Berkesinambungan
MRS	: Masuk Rumah Sakit
MT	: Mycobacterium tuberculosis
NAPZA	: Narkotika Psikotropika dan Zat Adiktif
NREM	: <i>Non Rapid Eye movement</i>
NTB	: Non-Tuberculous Mycobacteria
ODHA	: Orang dengan HIV AIDS
OSA	: <i>Obstructive Sleep Apnea</i>
PDP	: Perawatan Dukungan Pengobatan
PDBN	: Program Pengurangan Dampak Buruk Napza
PMS	: Penyakit Menular Seksual
PPIA	: Pencegahan Penularan dari Ibu ke anak
PPK	: Pengobatan pencegahan kontrimoksasol
PSQI	: <i>Pittsburgh Sleep Quality Index</i>

RAN : Rencana Aksi Nasional

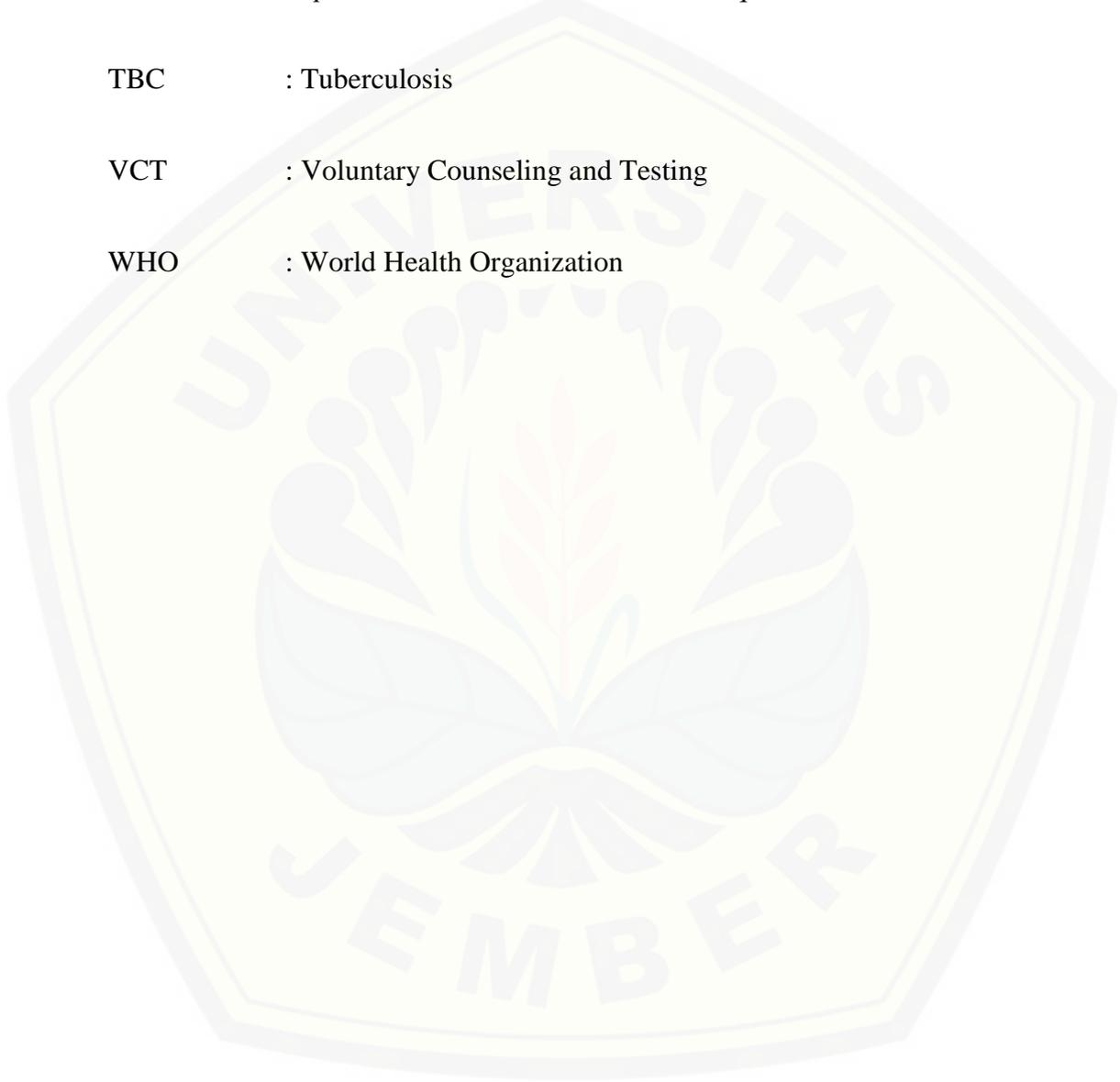
REM : *Rapid Eye movement*

SEFT : *Spiritual Emotional Freedom Technique*

TBC : Tuberculosis

VCT : Voluntary Counseling and Testing

WHO : World Health Organization



## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Tidur merupakan siklus yang berputar dan terjadi pada seseorang setelah terjaga (Potter & Perry, 2010). Setiap orang membutuhkan waktu istirahat dan tidur yang cukup guna tubuh berfungsi secara normal pada kondisi tidur, stamina tubuh kembali normal ketika seseorang berada atau dikatakan kualitas tidurnya baik, dikatakan kualitas tidur yang baik bagi seseorang apabila tidak adanya kesehatan yang tidak buruk, tidak ada nyeri, tidak mengonsumsi obat secara terus menerus (Sarfriyanda dkk., 2015). Adanya faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas tidur pada seseorang seperti gaya hidup, usia, stress emosional, kelelahan, lingkungan, dan status kesehatan atau penyakit yang dialami (Potter & Perry, 2010). Gangguan kualitas tidur biasanya terjadi pada orang dengan gangguan psikologis, gangguan fisiologis dan termasuk ODHA. Gangguan kualitas tidur yang terjadi pada ODHA dapat mempengaruhi terhadap kualitas hidupnya dan status kesehatannya (Wibbeler dkk., 2012).

Kualitas tidur terganggu umumnya terjadi pada orang dengan HIV/AIDS (ODHA), kualitas tidur yang buruk terjadi pada ODHA ketika pola tidur dan istirahat ODHA terganggu, kualitas tidur yang menurun atau buruk dapat mempengaruhi fungsional dan status kesehatan pada ODHA, beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kualitas tidur pada ODHA seperti faktor kesehatan mental, kecemasan pada ODHA, dan konsumsi obat ARV (Elfitri, 2014). Adanya reaksi psikis yang berbeda-beda terhadap status kesehatan dan penyakit yang

diderita seseorang, reaksi tersebut dapat berpengaruh terhadap kondisi fisik, bagi seseorang yang mengetahui status mereka terkena HIV positif reaksi yang muncul seperti kesulitan untuk tidur, nyeri, rasa ingin bunuh diri, cemas dan gelisah, (Hermawanti, 2011). ODHA yang mengalami stigma buruk oleh masyarakat terkait status HIV pada dirinya, ODHA tersebut mengalami peningkatan gejala depresi dan kualitas tidur yang lebih buruk (Fekete dkk, 2017).

Prevalensi global menurut *Asia and The Pasific* tahun 2017 jumlah kasus baru HIV positif Indonesia sebesar 18%. Indonesia termasuk urutan nomor 3 terbesar dari 13 negara, kematian terkait AIDS Indonesia terbesar dari 13 negara Indonesia sebesar 23%) (UNAIDS, 2018). Prevalensi global di Amerika tahun 2012 kejadian Insomnia karena efek samping ARV sebesar 58.97%, di rumah sakit perkotaan Australia tahun 1998 kejadian insomnia pada ODHA sebesar 86%, di California tahun 2010 lebih dari 68% individu melaporkan perubahan pola tidur, 50,3% melaporkan kesulitan tidur atau tertidur, di Brazil tahun 2012 46,7% melaporkan kualitas tidur buruk, di Amerika tahun 2007 46% yang terinfeksi HIV mengalami insomnia (PSQI 5), di Iran tahun 2013 47,5% ODHA gangguan tidur, di Rumah sakit Pendidikan Universitas Negeri Lagos tahun 2014 Nigeria 59,3% melaporkan kualitas tidur yang buruk. Prevalensi gangguan kualitas tidur pada ODHA stadium 4 di RS Sanglah Bali sebesar 31 orang (77,5%) dan di sebuah Yayasan Lantera Minangkabau Support Padang (2014) menurut penelitian bahwa kualitas tidur pada ODHA disebabkan kecemasan dan kepatuhan ARV. Jumlah kasus pada ODHA di Jember tahun 2018 ditemukan 692 ODHA dengan angka status AIDS sebanyak 208 orang (Dinkes, 2019). ..

Patofisiologi obat ARV (*antiretroviral*) *Efavirenz* (EFV) dengan memiliki efek samping pada ODHA salah satunya gangguan tidur dengan dosis obat 600 mg, *efavirenz* yang termasuk ke dalam golongan NNRTI, dapat menghambat kerja enzim *reverse transcriptase*. Mekanisme kerjanya tidak melalui tahapan *fosforilasi intraseluler* tetapi berikatan langsung dengan reseptor pada *reverse transcriptase* dan tidak berkompetisi dengan *nukleotida* natural (Salsabilla dkk., 2015). Konsentrasi *efavirenz* dalam plasma yang tinggi akan meningkatkan kejadian efek samping *neuropsikiatri efavirenz* yang memiliki kemampuan menembus sawar darah otak yang baik. Konsentrasi tertinggi dalam plasma tercapai dalam waktu 3-5 jam dan konsentrasi yang stabil dalam plasma tercapai dalam waktu 6-10 hari. Konsentrasi tinggi dalam plasma membuat efek samping seperti gangguan tidur, mimpi buruk, susah konsentrasi, pusing, insomnia, dan ruam pada kulit (Kemenkes, 2006). Maka dari itu konsumsi *efavirenz* dianjurkan saat akan tidur untuk memperkecil efek samping *neuropsikiatri*. Absorpsinya cukup baik dengan pemberian oral. *Efavirenz* efektif dalam menekan jumlah virus dalam plasma tetapi muncul banyak laporan mengenai efek samping *neuropsikiatri* setelah pemakaian *efavirenz*. Efek samping *neuropsikiatri* dapat dibagi menjadi 6 kategori, salah satunya yaitu gangguan tidur (Salsabilla dkk., 2015).

Pemerintah menanggulangi HIV/AIDS, penyakit menular seksual dan rencana strategis dengan nomor 1285/Menkes/SK/X/2002, dengan kegiatan meningkatkan retensi pengobatan ARV yang mempengaruhi kualitas tidur dengan penggunaan ARV pada ODHA di tahun 2018 sebesar 35%, dan melalui

peningkatan cakupan layanan HIV/AIDS dan IMS melalui layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB) masalah HIV tidak hanya masalah fisik tetapi juga masalah psikososial seperti kualitas hidup ODHA yang kurang baik sehingga kualitas tidur pada ODHA menjadi buruk (Kemenkes RI, 2019). Kualitas hidup yang buruk dapat mempengaruhi kualitas tidur pada seseorang dimana semakin baik kualitas tidur ODHA maka kualitas hidup ODHA semakin baik, proses degenerasi menyebabkan waktu tidur yang efektif semakin berkurang, dan menyebabkan tidak tercapainya kualitas tidur yang adekuat dan menyebabkan berbagai macam keluhan tidur sehingga dapat mengganggu kualitas hidup (Chasanah, 2017).

Kurangnya informasi dan pengetahuan tentang penyakit menimbulkan kecemasan pada seseorang, solusi untuk memperbaiki dan meningkatkan kualitas tidur ODHA yaitu penatalaksanaan dengan non farmakologi salah satu contohnya terapi *SEFT (Spiritual Emotional Freedom Technique)* guna mengatasi insomnia pada ODHA (Pujiati & Febita, 2019), pendidikan kesehatan tentang penyakit HIV/AIDS, guna mengurangi kecemasan, dan lain lain (Elfitri, 2014). Sedangkan pada penelitian Firdayanti (2018) menyebutkan adanya peningkatan kualitas tidur disebabkan karena kebersyukuran ODHA, dimana semakin tinggi kebersyukuran ODHA maka semakin rendah rasa tidak nyaman, rasa sakit dan kelelahan sehingga mempengaruhi kualitas tidur menjadi baik (Firdayanti, 2018). Bina hubungan saling percaya mampu untuk membantu ODHA seperti peran perawat sebagai edukator, *care provider* dan fasilitator (Ahdiany dkk., 2017), adanya pengukuran menggunakan kuesioner PSQI pada ODHA dapat membantu tenaga

kesehatan dan masyarakat untuk mengetahui kualitas tidur pada ODHA (Dabaghzadeh, 2015).

Hasil studi pendahuluan yang saya lakukan dengan ODHA yang bertempat tinggal di Balung Kabupaten Jember didapatkan data bahwa 6 dari 6 pasien HIV/AIDS (ODHA) mempunyai kualitas tidur yang buruk dengan nilai PSQI rata-rata sebesar 13. Berdasarkan uraian permasalahan yang telah dipaparkan diatas peneliti bermaksud akan melakukan penelitian mengenai “Kualitas Tidur Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) *Outpatient* di Kabupaten Jember”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimana gambaran kualitas tidur orang dengan HIV/AIDS (ODHA) *Outpatient* di Kabupaten Jember ?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Tujuan umum dari penelitian ini yaitu untuk mendeskripsikan kualitas tidur orang dengan HIV/AIDS (ODHA) *Outpatient* di Kabupaten Jember.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Tujuan Khusus dari penelitian ini, yaitu :

- a. Mengidentifikasi karakteristik demografi orang dengan HIV/AIDS (ODHA) *Outpatient* di Kabupaten Jember.

- b. Mengidentifikasi gambaran kualitas tidur orang dengan HIV/AIDS (ODHA) *Outpatient* di Kabupaten Jember.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

##### **1.4.1 Manfaat Bagi Peneliti**

Menambah wawasan atau pengetahuan bagi peneliti tentang bagaimana kualitas tidur orang dengan HIV/AIDS (ODHA) *Outpatient* di Kabupaten Jember dan faktor faktor apa saja yang mempengaruhi kualitas tidur orang dengan HIV/AIDS (ODHA)

##### **1.4.2 Manfaat Bagi Institusi/Pendidikan**

Hasil dari penelitian yang dilakukan dapat menjadi referensi bagi institusi pendidikan dan pengembangan penelitian mengenai kualitas tidur pada ODHA *Outpatient* di Kabupaten Jember.

##### **1.4.3 Manfaat Bagi Pelayanan Kesehatan**

Hasil dari penelitian dapat menjadi referensi tambahan atau informasi dari data dan hasil penelitian untuk meningkatkan upaya promosi pencegahan HIV, meningkatnya cakupan tes HIV serta pemberian obat ARV sebagai sebuah terapi yang ampuh untuk menekan jumlah HIV.

#### **1.5 Keaslian Penelitian**

Peneliti telah melakukan penelusuran terkait tema penelitian yang sama. Pada penelitian sebelumnya dan penelitian sekarang, terdapat perbedaan atau

perbaharuan. Penelitian yang berjudul “Gambaran Kualitas Tidur Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) *Outpatient* di Kabupaten Jember” belum pernah diteliti. Adapun beberapa penelitian terdahulu yang hampir sama dengan yang dilakukan peneliti sekarang sebagai berikut.



Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

Variabel	Penelitian Sebelumnya	Penelitian Sebelumnya	Penelitian Sebelumnya	Penelitian Sebelumnya	Penelitian Sebelumnya	Penelitian Sekarang
Judul	Kualitas Hidup Orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) di Kabupaten Jember	<i>Proportion Of Poor Sleeping Quality In HIV Patients With ARV Therapy</i>	Faktor-Faktor Berhubungan dengan Tidur pada Orang dengan HIV/AIDS di Lantera Minangkabau Padang Tahun 2014	<i>Sleep Quality, Depression, Anxiety, and Self-Esteem in People Living With HIV/AIDS (PLWHA)</i>	<i>Internalised HIV-stigma, loneliness, depressive symptoms and sleep quality in people living with HIV</i>	Kualitas Tidur Orang dengan HIV /AIDS (ODHA) di Kabupaten Jember
Tempat penelitian	Kabupaten Jember RSUD Balung dan RSU dr. Soebandi	RS Sanglah Bali	Yayasan Minangkabau Padang	Lantera Support pusat medis di Taiwan selatan	seluruh Amerika Serikat	Kabupaten Jember
Tahun Penelitian	2013	2013	2014	2017	2017	2019
Sampel Penelitian	44 responden	40 responden	40 responden	146 responden	181 responden	100 responden
Variabel Penelitian	Kualitas Hidup	1. Kualitas Tidur 2. Efek dari ARV	1. kualitas tidur ODHA, 2. kecemasan, 3. jumlah CD4, 4. kepatuhan terapi ARV	1. Kualitas Tidur ODHA 2. Depresi ODHA 3. Kecemasan ODHA 4. Harga Diri ODHA	1. Kesepian 2. Depresi 3. Kualitas Tidur	Kualitas Tidur
Peneliti	Aditiya Yuliyanti	Rina Trisna Dewi, NN, Budiarsa, IGN, Indrasari Utami, DK	Rahmah Elfritri	Wu HC MSN,RN; Lu PL PhD, MD; Lin WC MBA Yu CT, MSN, RN	Erin M. Fekete, Stacey L. Williams & Matthew D. Skinta	Annisa Nur Ghosiyatul Aliyah
Kuesioner	<i>WHOQOL-HIV BREF</i>	PSQI, <i>self-rate</i> tentang frekuensi kualitas tidur yang buruk	1. PSQI 2. <i>Zung Self-Rating Anxiety Scale (ZSAS)</i> ,	<i>(Indeks Kualitas Tidur Pittsburgh, Pusat Depresi Skala Studi Epidemiologi, Kecemasan yang Diatur Sendiri oleh Zung, dan Skala Kecemasan yang Diatur Sendiri oleh Zung,</i>	-Kesepian dinilai menggunakan Skala bentuk singkat (ULS-8; Hays & DiMatteo, 1987 ). -Depresi peserta ' gejala depresi diukur	PSQI

				dan Self-Rosenberg (Rosenberg) Skala Harga	dengan menggunakan Pusat Studi epidemiologi - Depresi Skala (CES-D; Radloff, 1977 -Kualitas tidur diukur menggunakan Pittsburgh Kualitas Indeks tidur (PSQI; Buysse, Reynolds, Monk, Berman, & Kupfer,
Teknik	Pengumpulan data wawancara	Wawancara	Deskriptif Kuantitatif dengan pendekatan <i>cross sectional</i> dan menggunakan total sampel.	cross-sectional, deskriptif	survei cross sectional <i>Consecutive Sampling</i>

## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Konsep HIV/AIDS

#### 2.1.1 HIV/AIDS

HIV atau kepanjangan dari *Human Immunodeficiency Virus* adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh yaitu sel T helper atau T-limfosit atau CD4. sehingga membuat sistem kekebalan tubuh seseorang menjadi lemah, menurun dan AIDS, virus ini termasuk virus yang mampu mencetak dirinya ke dalam sel tuan rumah. Virus ini menyebabkan infeksi yang sangat rawan terhadap tubuh manusia terhadap sehingga sistem imun tubuh manusia menurun (Elisanti.2018). AIDS atau *Aquired Immune Deficiency Syndrome* adalah kumpulan dari gejala penyakit yang timbul karena turunnya sistem kekebalan tubuh yang disebabkan oleh virus HIV. Akibat dari menurunnya daya tahan tubuh dapat menyebabkan seseorang terkena penyakit infeksi oportunistik. Orang dikatakan terinfeksi HIV ketika jumlah limfosit-T CD4+ atau sel darah putih kurang dari  $200 \text{ mm}^3$  (Alberthina dkk., 2014).

ARV (*Antiretroviral*) dibutuhkan oleh penderita HIV untuk menurunkan jumlah virus HIV agar tidak masuk ke dalam stadium AIDS (Marta, 2019). Syarat pemberian obat ARV adalah pasien yang memiliki *viral load* yang tinggi dan *Cluster Differential Four* (CD4) dengan jumlah  $\leq 350 \text{ mm}^3$ . Sedangkan penderita AIDS memerlukan pengobatan ARV (*Antiretroviral*) untuk mencegah terjadinya infeksi oportunistik (Kemenkes RI, 2015). Pada penelitian Yoganingrum (2015) bahwa jumlah CD4 awal, kepatuhan minum obat, dan infeksi tuberkulosis berhubungan dengan kenaikan jumlah CD4 pada pasien HIV yang diberikan

HAART (*Highly Active Antiretroviral Therapy*) dalam 6 bulan pertama (Yogani dkk., 2015).

### 2.1.2 Cara Penularan

Adapun cara penularan HIV/AIDS menurut Kemenkes (2018), antara lain:

- a. Melakukan hubungan seksual berisiko seperti tanpa menggunakan pengaman atau kondom, dan dilakukannya ODHA kepada laki laki ataupun perempuan yang disebut heteroseksual
- b. Penggunaan alat suntik tidak steril, seperti pembuatan tatto alatnya dipakai secara bergantian, menggunakan jarum suntik yang sudah tercemar HIV digunakan secara bergantian tanpa disterilkan misalkan dikalangan Penasun.
- c. Berhubungan seks dengan sesama jenis misalnya gay dan LGBT.
- d. Melalui ibu hamil yang positif HIV dan tanpa pencegahan kepada anak melalui ASI.

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) terdapat pada cairan semen, cairan vagina, dan darah, ASI dan alat suntik yang terpapar dan pelayanan kesehatan yang terkena tusuk jaruk ketika tranfusi darah, memberikan obat melalui suntikan pada ODHA, dan tindakan medis *invasive* yang lainnya (Dewi & Hidayati, 2015).

Sampai saat ini HIV tidak akan menular jika :

1. Berjabat tangan
2. Berangkulan
3. Berpelukan
4. Digigit nyamuk atau serangga
5. Bersentuhan

6. Berenang bersama – sama
7. Tinggal bersama ODHA
8. Menggunakan toilet yang sama
9. Memakai alat makan dan minum yang sama (Kemenkes, 2017).

### 2.1.3 Perilaku Berisiko HIV/AIDS

Perilaku berisiko HIV/AIDS adalah perilaku yang menyebabkan orang menularkan atau tertular penyakit HIV/AIDS. Berikut kelompok berisiko tinggi menurut Kemenkes (2018) yaitu:

1. Pasien TBC (*Tuberculosis*)
2. Pasien IMS (*klamidia, gonore dan sifilis*), Duh Tubuh Uretra (DTU), kasus luka pada alat kelamin atau *Ulkus Genital* yang berisiko besar untuk menularkan maupun tertular HIV)
3. Kelompok Khusus (Wanita Pekerja Seks Langsung, Wanita Pekerja Seks Tidak Langsung, Pelanggan Wanita Pekerja Seks Langsung, Pelanggan Wanita Pekerja Seks Tidak Langsung, Pelanggan Pekerja Seks Tidak Langsung, Waria, Pelanggan Waria, LSL, Penasun).
4. Ibu Hamil
5. Ibu Rumah Tangga (IRT) atau suami penderita HIV
6. Pasangan ODHA

Jumlah AIDS yang termasuk faktor risiko sejak tahun 1987-2018 yaitu :

1. *Heterosex*
2. IDU

3. *Homosex*
4. Perinatal
5. *Bisex*
6. Transfusi

Pada sebuah penelitian tentang penggunaan kondom bagi pelanggan seks dinyatakan bahwa bahwa tidak ada hubungan penggunaan kondom dengan kejadian PMS, pada penelitian ini kelompok resiko tinggi yaitu gay, lesbian, serta PSK. (Data Statistik Batam dalam Silalahi, 2017).

#### 2.1.4 Etiologi

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) pertama kali berhasil ditemukan oleh Montagnier pada tahun 1983 ilmuwan dari *Institute Pasteur*, di Paris ditemukan pada penderita dengan gejala limfadenopati yang berasal dari *Limphadenopathy Associated Virus* (LAV) dan ilmuwan berasal dari *National Institute of Health*, USA pada tahun 1984 ditemukan HTL-III (*Human T Lymphotropic*), para ilmuwan membuktikan bahwa virus tersebut yang menyebabkan AIDS. Pada penelitian selanjutnya dibuktikan bahwa virus tersebut adalah penyebab dari AIDS. Pada tahun 1986 WHO meresmikan nama tersebut menjadi HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) pada pertemuan *International Committee on Taxonomy of Viruses*. HIV 2 dan HIV 1 secara genetik dan antigenik ditemukan virus yang menyebabkan AIDS pada tahun yang sama di Afrika HIV dianggap lebih patogen daripada HIV 2 (Nasronudin.2013). Pada tahun 1987 WHO mengumumkan bahwa HIV dapat menularkan melalui Air Susu Ibu (ASI) dari ibu ke anak, pada tahun yang sama Badan Pengawasan Obat dan

Makanan (BPOM) Amerika Serikat (FDA) menyetujui obat untuk ODHA yaitu *analog primidin, 3'-Azido-3'-Deoksitimidin AZT*, obat tersebut berguna untuk menurunkan resiko kematian dari AIDS, semakin tahun semakin berkembang, maju, meningkat penyakit dan pengobatannya, sehingga pada tahun 2017 penderita HIV di seluruh dunia sekitar 19,5 juta orang yang telah mendapatkan perawatan ARV (*antiretroviral*) (Nasronudin.2014).

#### 2.1.5 Infeksi Oportunistik

Infeksi Oportunistik adalah infeksi yang terjadi karena orang dengan sistem kekebalan tubuh yang lemah. Infeksi ini sangat berbahaya bagi orang yang mengidap HIV/AIDS karena dapat menyebabkan kematian. Infeksi oportunistik merupakan penyebab kematian pada ODHA, dan yang paling sering dilaporkan adalah kandidiasis (mencapai 30% dari seluruh kasus infeksi oportunistik) Tuberkulosis (22%), dan diare kronis (22%). (Kemenkes, 2014). Infeksi oportunistik yang sering didapat:

- a) *Mycobacterium tuberculosis* (MT) dan *Non-Tuberculous Mycobacteria* (NTB).
- b) Bakteri lain pada pemeriksaan dengan spesimen: darah, urin, feses, cairan otak, pus, sputum.
- c) Mikosis : *Candidosis, Cryptococcosis, Histoplasmosis*.
- d) Parasit : *Toxoplasma gondii, Strongyloides stercoralis, Cryptosporidium, Isospora belli, Microsporidia*,
- e) Virus : *Herpes Simplex dan Varicella-Zoster, Cytomegalovirus, Infeksi virus penyerta (Hepatitis B, Hepatitis C)* (Nasronudin, 2014).

### 2.1.6 Manifestasi Klinis

Menurut Nursalam 2007 perubahan pola tidur terjadi pada ODHA ketika mengalami nyeri, perubahan pada malam hari (berkeringat), mengkonsumsi obat-obatan, efek samping obat, cemas, depresi, putus obat (misal. *Heroin, kokain*) (Nursalam dkk., 2007).

Stadium klinis berfungsi sebagai pemandu tatalaksana penderita HIV/AIDS secara komprehensif dan berkesinambungan, berikut ini gejala dan stadium klinis infeksi HIV menurut WHO (Kemenkes RI, 2014) :

Tabel 2.1 . Stadium Klinis Infeksi HIV Menurut WHO

	<b>Stadium 1 Asimptomatik</b>	<b>Stadium 2 Sakit Ringan</b>	<b>Stadium 3 Sakit Sedang</b>	<b>Stadium 4 Sakit Berat (AIDS)</b>
Berat Badan (BB)	Tidak ada penurunan BB	Penurunan BB 5-10%	Penurunan BB > 10%	<i>Sindroma wasting</i> HIV
Gejala	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak muncul gejala hanya</li> <li>• <i>Limfadenopati generalisata</i> persisten</li> <li>• Demam</li> <li>• Radang</li> <li>• Sakit kepala</li> <li>• Adanya ruam kulit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adanya luka disekitar bibir (<i>keilitis Angularis</i>)</li> <li>• Muncul ruam kulit yang (<i>seboroik / prurigo</i>)</li> <li>• Adanya <i>Herpes zoster</i> dalam 5 tahun terakhir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muncul jamur atau kandidiasis di mulut atau di kelamin</li> <li>• <i>Oral hairy leukoplakia</i>)</li> <li>• Diare yang terus menerus selama satu bulan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Kandidiasis esophageal</i></li> <li>• <i>Herpes simpleks ulseratif</i> lebih dari satu bulan</li> <li>• <i>Limfoma</i></li> <li>• <i>Sarkoma Kaposi</i></li> <li>• <i>Kanker serviks invasive</i></li> <li>• <i>Retinitis cytomegalovirus</i></li> <li>• <i>Dimensia</i></li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• ISPA berulang, misalnya <i>sinusitis</i> atau <i>otitis</i></li> <li>• Ulkus mulut berulang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infeksi bakterial yang berat (<i>pneumoni, piomiosits, dll</i>)</li> <li>• TB paru dalam satu tahun terakhir</li> <li>• TB <i>limfadenopati</i></li> <li>• <i>Gingivitis/ periodontitisulseratif nekrotika</i> akut</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Pneumonia pneumosistis</i></li> <li>• TB ekstra-paru</li> <li>• Abses otak <i>toksoplasmosis</i></li> <li>• <i>Meningitis kriptokokus</i></li> <li>• <i>Encefalopati HIV</i></li> <li>• Gangguan fungsi neurologis dan tidak oleh penyebab lain, sering kali membaik dengan ART</li> </ul>

Sumber : WHO (Kemenkes,2014)

### 2.1.7 Pencegahan

Upaya pencegahan dilakukan ke masyarakat maupun ke tenaga kesehatan seperti adanya penyebaran informasi, pendidikan tentang penggunaan kondom, *skrining* darah pada donor darah dan ibu hamil, pengendalian IMS, penjangkauan ODHA, pemberian ARV sedini mungkin, program pencegahan penularan dari ibu ke anak melalui ASI di optimalkan, adanya sunat dan sirkumsisi untuk mengurangi dampak buruk, pencegahan dan pengendalian infeksi di fasilitas kesehatan dan *profilaksis* pasca pajanan untuk kasus pemerkosaan dan kecelakaan kerja tenaga kesehatan (Kemenkes RI, 2016).

Menurut Kementerian Kesehatan RI di buku pedoman manajemen program pencegahan HIV bahwa untuk mencegah kasus HIV/AIDS di Indonesia menggunakan cara pencegahan yaitu menggunakan rumus ABCDE.

- 1) A (*abstinence*) adalah tidak melakukan hubungan seksual di luar nikah. Edukasi tentang HIV/AIDS dan kesehatan reproduksi sebaiknya dilakukan mulai dari siswa siswi SMP.
- 2) B (*be faithful*) adalah saling setia pada pasangan. HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) sering menular pada laki laki yang sering jajan di luar dan tidak menggunakan kondom ketika melakukan hubungan seksual kemudian bisa menular ke istri di rumah saat berhubungn seksual. Setia pada pasangan dan tidak bergonta ganti pasangan merupakan bentuk pencegahan HIV.
- 3) C (*condom*) adalah penggunaan kondom saat berhubungan seksual, dan kondom hanya digunakan sekali pakai.

- 4) D (*don't use drugs*) jangan mengonsumsi narkoba. Salah satu penularan virus HIV melalui suntikan, seperti orang yang mengonsumsi NAPZA suntik secara bergantian dengan jarum dan suntikan yang sama.
- 5) E (*Equipment*) adalah penggunaan peralatan steril (Kemenkes RI, 2015). S spuit atau jarum sulit ditemukan para penasin karena setiap pembelian jarum suntik di apotik dianjurkan resep dokter sehingga para penasin memakai secara bersama dengan cara bergantian (WHO/UNAIDS dalam Setyoadi, 2017).

Upaya pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS oleh Departemen Kesehatan RI 2018 telah dibuat strategi *Fast Track* 90-90-90 yang bertujuan untuk mewujudkan target *Three Zero* pada 2030, pemerintah menghimbau masyarakat:

- a. Mempertahakan perilaku aman yang tidak berisiko seperti menggunakan narkoba suntik dan perilaku seks berisiko.
- b. Menghimbau untuk melakukan tes HIV ketika sudah pernah melakukan perilaku berisiko. Bila tes HIV negatif, tetap berperilaku aman dan menjauhi hal yang berisiko menularkan HIV.
- c. Menggunakan kondom saat berhubungan seksual ketika tes HIV positif, mematuhi petunjuk dokter dan minum obat ARV dengan rutin, agar tetap produktif meskipun positif HIV.
- d. Jangan memberikan diskriminasi atau stigma yang buruk ketika bertemu ODHA, tetapi memberikan dukungan untuk kesembuhannya.
- e. Jangan takut tertular ketika berinteraksi dengan ODHA, karena virus HIV menular melalui cairan kelamin dan darah. Tidak menular dengan bersentuhan, keringat, maupun berbagi makanan (Kemenkes, 2018).

## 2.2 Penatalaksanaan HIV/AIDS

### 2.2.1 Penanggulangan HIV/AIDS

Surat Keputusan Menteri Kesehatan (Kemenkes) nomor 1285/Menkes/SK/X/2002 tentang Pedoman Penanggulangan HIV/AIDS dan penyakit menular seksual dan rencana strategis untuk menanggulangi HIV/AIDS sektor kesehatan tahun 2003-2007 menjadi pedoman dan landasan program Nasional pengendalian HIV/AIDS. Mengacu pada Program yang dibentuk seperti kegiatan utama ini dibentuk berdasarkan kelompok dan dilakukan untuk mendukung strategi 1 dan strategi 2, kegiatan utama yang dilakukan diurutkan melalui tempat dan waktu pelaksanaan sesuai “*Grand Design*” rencana untuk pengembangan program pengendalian HIV/AIDS dan IMS. Berikut kegiatan untuk mendukung adanya pengendalian HIV Rencana Aksi Nasional (RAN) 2015-2019.

Kegiatan Utama strategi 1 yaitu :

1. Peningkatan cakupan layanan HIV/AIDS dan IMS melalui Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB). Kegiatan yang akan dilakukan yaitu layanan konseling dan tes HIV sampai dengan September 2014, layanan konseling dan tes HIV sudah dilaksanakan di 1.608 layanan. Perluasan layanan akan dilakukan ke seluruh Indonesia sehingga sampai tahun 2019 akan tersedia 10.759 fasyankes pemerintah maupun non-pemerintah yang mampu memberikan layanan konseling dan tes HIV. Adanya perluasan layanan konseling guna mempermudah ODHA yang

memerlukan informasi untuk konseling ke petugas kesehatan menjadi lebih mudah seperti bagaimana ODHA mendapatkan wawasan luas tentang HIV agar tidak terganggu tidurnya karena status ODHA tersebut HIV positif.

## 2. Meningkatkan cakupan dan Retensi Pengobatan ARV

Pengembangan layanan ARV akan dilakukan secara bertahap pada tahun 2019 akan tersedia 3949 Fasyankes pemerintah maupun non-pemerintah yang mampu memberikan layanan PDP bagi ODHA di seluruh Indonesia. Ketersediaan obat ARV oleh pemerintah untuk digunakan ODHA sebanyak 564 ribu botol hingga akhir 2019. Jumlah penderita HIV/AIDS per Oktober 2018 sebanyak 305 ribu pasien, 107 ribu di antaranya sedang minum obat.

## 3. Pengendalian IMS

## 4. Pencegahan Penularan dari Ibu ke anak (PPIA)

## 5. Kolaborasi TB-HIV

## 6. Pengemban laboratorium HIV/AIDS dan IMS.

## 7. Program Pengurangan Dampak Buruk Napza (PDBN), melalui komponen dan salah satu komponennya komunikasi, informasi dan edukasi yang diarahkan secara khusus kepada penasun dan pasangan seksualnya dimana dalam kegiatan berupa meningkatkan pemahaman dan perubahan perilaku kelompok secara kolektif dan perilaku setiap individu dalam kelompok. Kelompok penasun cenderung lebih pasrah dan menerima statusnya sebagai HIV positif karena penasun tersebut mendapatkan informasi dan pendidikan agar tidak mengalami gangguan pada psikologisnya sehingga membuat penasun tidak mengalami gangguan tidur.

8. Kewaspadaan Standart

9. Meningkatkan promosi pencegahan HIV/AIDS dan IMS.

Kegiatan promosi pencegahan HIV dan IMS dengan kelompok sasaran populasi kunci yang dilaksanakan berupa peningkatan pengetahuan (edukasi) tentang penularan HIV, risiko infeksi, upaya pencegahan IMS/HIV, dan perilaku pencarian pengobatan yang benar, yang dilaksanakan dalam bentuk intervensi perubahan perilaku (IPP). ODHA dapat mengetahui cara pencegahan HIV untuk tidak menularkan penyakitnya ke orang lain.

10. Peningkatan pengamanan darah donor.

Kegiatan Utama Strategi 2 Penguatan Sistem Kesehatan Nasional dalam pelaksanaan Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB) HIV/AIDS dan IMS kegiatannya diantaranya :

1. Penguatan program sistem pembiayaan
2. Penguatan program manajemen

Peningkatan kapasitas petugas kesehatan, LSM dan kader masyarakat melalui edukasi manfaat JKN dalam pengendalian HIV/AIDS, dan Penyebaran informasi kepersertaan dan pemanfaatan JKN yang benar terintegrasi dengan program lain di tingkat Fasyankes (dalam kegiatan sosialisasi program, kegiatan support group ODHA dan keluarganya, dll). Pada kegiatan tersebut ODHA mendapatkan dukungan sosial maupun dukungan dari keluarga untuk penyembuhan penyakitnya, tentunya

membuat ODHA nyaman dan tidak adanya gangguan psikologis pada ODHA.

### 3. Pengembangan SDM (Sumber Daya Manusia)

Bekerja sama dengan petugas kesehatan dalam melaksanakan tugasnya dengan memperhatikan ke empat unsur pelayanan kesehatan yaitu pencegahan (*preventive*), peningkatan (*promotive*), pengobatan (*curative*) dan pemulihan (*rehabilitative*). Adanya kegiatan tersebut ODHA mendapatkan manfaatnya untuk kesehatannya seperti tidak mengalami gangguan fisiologis yang mengganggu tidur ODHA.

### 4. Penguatan sistem informasi yang strategis dan monitoring dan evaluasi

### 5. Penguatan tata kelola logistik perogram HIV/AIDS dan IMS.

### 6. Penguatan jejaring kerja dan peningkatan partisipasi masyarakat.

(Kemenkes RI, 2019)

#### 2.2.2 Pengobatan

Kebijakan Tentang Pedoman pengobatan ARV Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 87 tahun 2014, bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 34 ayat (5) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS perlu menetapkan peraturan menteri kesehatan tentang pedoman pengobatan *antiretroviral* (ARV) (Kemenkes RI, 2014). Prinsip pengobatan HIV yaitu :

1. ARV (*antiretroviral*)
2. Pengobatan Opportunistik
3. Pengobatan Dasar

Indikasi ARV pada ODHA dewasa seharusnya segera mulai ART manakala infeksi HIV telah ditegakkan secara laboratoris disertai salah satu kondisi berikut :

A. Bila tersedia pemeriksaan CD4 :

1. Stadium IV : tanpa memandang jumlah CD4
2. Stadium III : dengan jumlah CD4 < 350/mm sebagai petunjuk dalam mengambil keputusan
3. Stadium I atau II dengan jumlah CD4 < 200/mm

B. Bila tidak tersedia sarana pemeriksaan CD4

1. Stadium IV : tanpa memandang jumlah limfosit total
2. Stadium III : tanpa memandang jumlah limfosit total
3. Stadium II dengan jumlah limfosit total < 1200/mm

Adanya kasus yang dilaporkan di Eropa (2019) yang dilakukan tim dokter di sebuah rumah sakit tentang pengobatan pada ODHA dengan tindakan transplantasi sumsum tulang belakang pada Timothy Ray Brown di Eropa setelah dikatakan gagal kemoterapi dan hampir meninggal, tindakan operasi dilakukan pada pasien ODHA dengan penyakit kanker yang disebut pasien London, tindakan operasi yang dilakukan sekelompok dokter yang dipimpin dr. Wensing bersama *IciStem*, konsorsium ilmuwan Eropa yang mempelajari transplantasi sel induk untuk mengobati HIV. Timothy Ray Brown mempunyai penyakit penyerta yaitu kanker dengan status positif HIV/AIDS (ODHA) yang mempunyai penyakit penyerta yaitu kanker leukimia sehingga harus membutuhkan transplantasi sumsum tulang belakang, tetapi transplantasi tersebut dimaksudkan untuk mengobati kanker pada pasien bukan pada HIV, 12 tahun telah berlalu Timothy

Ray Brown sembuh dari penyakitnya (*The New York Company*, 2019).

Pengobatan pada penderita HIV/AIDS meliputi perawatan (*care*), dukungan (*support*), dan pengobatan (*treatment*). Jika pasien telah ditetapkan positif HIV/AIDS maka langkah selanjutnya yakni dilakukan pemeriksaan guna mendiagnosis adanya penyakit penyerta atau infeksi oportunistik, dan pemeriksaan laboratorium (2014 Kemenkes RI, 2015). Pemeriksaan CD4 untuk menentukan PPK (Pengobatan Pencegahan *Kontrimoksazol*) dan ARV. Pemberian PPK dilakukan jika tidak tersedia pemeriksaan CD4, identifikasi kepatuhan, serta *positive prevention* dan konseling.

Setelah langkah-langkah tersebut dilakukan, selanjutnya pasien akan terbagi menjadi pasien yang memenuhi syarat ARV dan pasien belum memenuhi syarat ARV. Untuk pasien yang tidak memenuhi syarat obat ARV selanjutnya dilakukan register pra-ARV serta pemeriksaan CD4 tiap 6 bulan dan pertimbangan pemberian PP INH. Sedangkan yang memenuhi syarat pemberian ARV maka selanjutnya akan dilakukan register ARV, konseling pra ARV dan *informed consent*, serta monitor klinis dan pemeriksaan laboratorium. Adapun pengobatan yang dilakukan bagi penderita yang memenuhi ketentuan ARV yaitu:

Tabel 2.2 Panduan Pengobatan ARV Lini Pertama HIV.

ARV lini pertama untuk dewasa		
Panduan pilihan	TDF + 3TC (atau FTC) + EFV dalam bentuk tablet KDT	
Panduan Alternatif	AZT + 3TC + EFV (atau NVP) TDF + 3TC (atau FTC) + NVP	
ARV Lini pertama pada anak <5 tahun		
Pilihan NRTI ke-1	Pilihan NRTI ke-2	Pilihan NRTI
Zidovudin (AZT)		Neviraprin (NVP)
Stavudin (d4T)	Lamivudin (3TC)	
Tenofovir (TDF)		Efavirenz (EFV)

Tabel 2.3 Panduan Pengobatan ARV Lini Kedua HIV (Kemenkes RI, 2015)

Sumber: Kemenkes RI, (2015)

ARV lini kedua untuk dewasa		
Populasi target	Panduan ARV yang digunakan pada lini pertama	Panduan lini kedua pilihan
Dewasa dan remaja ( $\geq 10$ tahun)	Berbasis AZT atau d4T	TDF + 3TC (atau FTC) + LPV/r
	Berbasis TDF	AZT + 3TC + LPV/r
HIV dan koinfeksi TB	Berbasis AZT atau d4T	TDF + 3TC (atau FTC) + LPV/r dosis ganda
	Berbasis TDF	AZT + 3TC + LPV/r dosis ganda
HIV dan HBV koinfeksi	Berbasis TDF	AZT + TDF + 3TC (atau FTC) + LPV/r
ARV lini kedua untuk Anak		
Lini Pertama	Lini Kedua	
AZT (atau d4T) + 3TC + NVP (atau EFV)	ABC (atau TDFa ) + 3TC (atau FTC) + LPV/r	
TDF + 3TC (atau FTC) + NVP (atau EFV)	AZT + 3TC + LPV/r	
ABC + 3TC + NVP (atau EFV)		

Sumber: Kemenkes RI, (2015)

Tabel 2.4 Panduan Pengobatan ARV Lini Ketiga HIV (Kemenkes RI, 2015)

Rekomendasi paduan ARV lini ketiga	
Dewasa	ETR + RAL + DRV/r
Anak <5	ETR + RAL + DRV/r

Tabel 2.5 Efek Samping ARV Lini Ketiga (Kemenkes RI, 2015)

ARV	Tipe Toksisitas
Etravirin (ETR)	Mual, ruam pada kulit, reaksi <i>hipersensitivitas</i> , termasuk sindrom <i>Stevens Johnson</i> , kadang juga disertai kurang berfungsinya organ seperti gagal hati
Raltegravir (RAL)	Ruam, reaksi <i>hipersensitivitas</i> , termasuk sindrom <i>Stevens Johnson</i> dan <i>toxic epidermal necrolysis</i> , mual, diare, nyeri kepala, gangguan tidur, demam, kelemahan otot dan <i>rabdomiolisis</i>
Darunavir/Ritonavir (DRV/r)	Ruam, reaksi <i>hipersensitivitas</i> , termasuk sindrom <i>StevensJohnson</i> dan <i>eritema multiformis Hepatotoksisitas</i> Diare, mual, nyeri kepala Perdarahan pada hemofilia <i>Hiperlipidemia</i> , peningkatan transaminase, hiperglikemia, maldistribusi lemak

Sumber: Kemenkes RI, (2015)

### 2.3 Perbedaan ODHA *outpatient* dan ODHA MRS

ODHA *outpatient* adalah orang dengan HIV/AIDS yang menjalani rawat jalan, menjalani pengobatan dan di rawat di rumah, pada umumnya ODHA yang tidak dengan oportunistik, dan ODHA dengan kesadaran komposmentis. ODHA MRS adalah orang dengan HIV/AIDS yang memerlukan perawatan rumah sakit, di rawat di rumah sakit, ODHA yang kesadarannya koma. (Kemenkes RI, 2018)

### 2.4 Pengertian Transgender

Secara etimologi transgender berasal dari dua kata yaitu “trans” yang berarti pindah (tangan, tanggungan) pemindahan dan “gender” yang berarti jenis kelamin. Transgender adalah laki laki atau perempuan yang tidak berpenampilan sesuai kepribadian dan perannya, seperti laki laki yang mengubah alat vital nya menjadi perempuan, dan perempuan yang mengubah alat vitalnya menjadi laki laki melalui operasi (Garland dalam Yudah, 2013). Pada tahun 2016 ada 41,4 juta orang di

Amerika Serikat mengidentifikasi sebagai transgender berdasarkan karakteristik responden pada penelitian (Alzahrani dkk., 2019) transgender laki laki sebanyak 51.4 responden ( $\pm 18.9\%$ ) dan transgender wanita sebanyak 53.1 responden ( $\pm 17.6\%$ ).

Beberapa faktor yang mengakibatkan anak dan remaja untuk menjadi LGBT seperti faktor gen, hormon, lingkungan terutama keluarga yang menyebabkan faktor risiko anak dan remaja menjadi LGBT (Zusy Aryanti, 2016). Faktor-faktor demografis dan psikososial yang terkait dengan tekanan psikologis dan ketahanan di antara pria dan wanita transgender yaitu usia yang lebih muda, merasa tidak mampu meminta dukungan keluarga, dan pengalaman menjadi korban dikaitkan dengan tekanan psikologis yang lebih besar, sedangkan pendapatan yang lebih tinggi, diidentifikasi sebagai heteroseksual, dan sering berhubungan dengan teman sebaya yang lesbian, gay, biseksual, dan transgender dikaitkan dengan ketahanan yang lebih besar (Bariola dkk., 2015).

## **2.5 Konsep Kualitas Tidur**

### **2.5.1 Pengertian Tidur**

Virginia Henderson tokoh keperawatan menilai seseorang untuk meraih kesehatan harus mengalami adanya perkembangan dalam meraih kesehatan, kebebasan dan kematian yang damai, ia menilai satu komponen tubuh manusia tidak dapat dipisahkan, oleh karena itu Kebutuhan Dasar Manusia (KDM) terbagi atas 14 komponen penanganan perawatan dan menjadi 4 kategori yaitu komponen kebutuhan biologis, psikologis, sosiologis, dan spiritual, salah satunya kebutuhan fisiologis yang harus dipenuhi setiap manusia seperti istirahat dan tidur. Tidur

merupakan Kebutuhan Dasar Manusia (KDM) yang berpengaruh terhadap kualitas dan keseimbangan hidup siklus ini berputar dan terjadi pada seseorang setelah terjaga (Potter & Perry, 2010). Tidur merupakan kondisi tidak sadar yakni individu dapat dibangunkan oleh stimulus atau sensoris yang sesuai (Guyton dalam Hidayat dan Uliyah, 2015). Ketika proses fisiologis ini mengalami gangguan pada seseorang maka seseorang tersebut akan mengalami konsentrasi yang buruk dan akan cepat lelah.

Kualitas tidur adalah kepuasan terhadap tidur, sehingga orang tersebut tidak memperlihatkan perasaan lemah, mudah terangsang, gelisah, lesu dan apatis, kehitaman di sekitar mata, kelopak mata bengkak, konjungtiva merah, perhatian terpecah, sakit kepala, dan sering menguap atau mengantuk (Sagala, 2011) Kualitas tidur yang baik pada seseorang ketika orang tersebut terjaga di pagi hari dengan fresh dan tidurnya cukup sesuai yang dibutuhkan, tanpa mengalami kekurangan dan masalah pada tidurnya (Nilifda, 2016). Pada penelitian yang dilakukan di klinik HIV AIDS perkotaan, Rubinstein tidur mengalami gangguan ketika gejala yang sering yang muncul pada awal penyakit HIV dan berlanjut sepanjang penyakit, gangguan tidur ini sering terjadi sealah satunya pada orang yang terkena penyakit kronis (Phillips dkk., 2005).

## 2.5.2 Tahapan Tidur

Tidur dapat diklasifikasikan ke dalam 2 kategori, yaitu :

### a. Tidur *Rapid Eye Movement* (REM)

Tidur REM merupakan tidur dalam kondisi aktif atau tidur paradoksial. Hal tersebut berarti tidur REM bersifat nyenyak sekali, namun fisiknya seperti gerakan bola mata bersifat sangat aktif. Tidur REM yang ditandai dengan mimpi, otot rileks, tekanan darah yang bertambah, gerakan bola mata cepat (mata cenderung bergerak bolak balik).

### b. Tidur *Non-Rapid Eye Movement* (NREM)

#### a. Tahap I : NonREM

- 1) Tahap awal antara bangun dan tidur
- 2) Rileks, masih sadar dengan lingkungan, mengantuk, bola mata bergerak ke kanan ke kiri.
- 3) sering terbangun karena suara
- 4) frekuensi nadi dan napas sedikit menurun

#### b. Tahap II : NREM

- 1) Tahap tidur ringan
- 2) Denyut jantung dan frekuensi napas menurun
- 3) Suhu menurun, mata pada umumnya menetap
- 4) Metabolisme tubuh menurun
- 5) Membutuhkan waktu 10 hingga 15 menit

#### c. Tahap III : NREM

- 1) Tahap awal tidur yang dalam

- 2) *Rilex*, pergerakan menurun
- 3) Tanda tanda vital teratur
- 4) Membutuhkan waktu 15-30 menit

d. Tahap IV : NREM

- 1) Kecepatan jantung dan pernafasan turun
- 2) Gerak mata cepat
- 3) Susah untuk dibangunkan
- 4) Membutuhkan waktu 10 hingga 15 menit

### 2.5.3 Siklus Tidur

Secara normal, pada orang dewasa, pola tidur rutin dimulai dengan periode sebelum tidur, selama seseorang terjaga, rasa kantuk yang bertahap berkembang secara teratur. Periode ini secara normal berakhir 10 hingga 30 menit, tetapi untuk seseorang yang memiliki kesulitan untuk tertidur, akan berlangsung satu jam atau lebih (Potter & Perry, 2010). Proses tidur pada seseorang biasanya melewati 4 sampai 6 siklus tidur, tiap siklus tidur terdiri 4 tahap dari tidur NREM dan satu periode dari tidur REM. Pola siklus biasanya berkembang dari tahap 1 menuju ke tahap 4 NREM, diikuti kebalikan tahap 4 ke 3, lalu ke 2, diakhiri dengan periode dari tidur REM. Seseorang biasanya mencapai tidur REM sekitar 90 menit ke siklus tidur, jumlah siklus tidur tergantung pada jumlah total waktu yang klien gunakan untuk tidur (Potter & Perry, 2010).

#### 2.5.4 Kebutuhan Tidur

Menurut *National Institutes of Health* kebutuhan tidur pada manusia berbeda beda, kebanyakan orang dewasa yang sehat membutuhkan antara 7 hingga 9 jam tidur per malam untuk berfungsi sebaik mungkin. Anak-anak dan remaja bahkan membutuhkan lebih banyak waktu tidur dibandingkan orang dewasa. Berikut Kebutuhan tidur menurut usia (Melinda dkk., 2018) :

Umur	Jam yang dibutuhkan
0 bulan -3 bulan	14 jam -17 jam
4 bulan-11 bulan	12 jam-15 jam
1 tahun -2 tahun	11 jam - 14 jam
3 tahun – 5 tahun	10 jam - 13 jam
6 tahun – 13 tahun	9 jam - 11 jam
4 tahun – 17 tahun	8 jam - 10 jam
Dewasa Muda 18 tahun – 25 tahun	7 jam - 9 jam
Dewasa Tua 26 tahun – 64 tahun	7 jam - 9 jam
Lansia > 65 tahun	7 jam - 8 jam

Source: (*National Sleep Foundation* dalam (Melinda Smith dkk., 2018).

Tabel 2.6 Kebutuhan Tidur

#### 2.5.5 Patofisiologi ARV Mempengaruhi Kualitas Tidur

Efek samping obat *Antiretroviral* (ARV) kemungkinan bisa terjadi kepada pasien HIV AIDS yang sedang melakukan terapi obat ARV. Adanya efek samping bisa menyebabkan berkurangnya kepatuhan pasien dalam minum obat sehingga efektivitas terapi yang diharapkan tidak maksimal atau gagal.

*Efavirenz* (EFV) termasuk ke dalam golongan NNRTI, yang menghambat kerja enzim reverse transcriptase. Mekanisme kerjanya tidak melalui tahapan fosforilasi intraseluler tetapi berikatan langsung dengan reseptor pada *reverse transcriptase* dan tidak berkompetisi dengan *nukleotida* natural. Kombinasi antara

*efavirenz* dengan *zidovudine*, *didanosine*, atau *indinavir* menghasilkan efek *inhibisi* yang sinergis terhadap HIV-1 (Salsabilla dkk., 2015). Konsentrasi tinggi dalam plasma membuat efek samping seperti gangguan tidur, mimpi buruk, susah konsentrasi, pusing, insomnia, ruam, gejala susunan saraf pusat (SSP) biasanya terjadi, tetapi akan membaik dalam 7-14 hari, waktu 40-55 jam, CYP 3A inducer (Kemenkes, 2006).

Bentuk sediaan kapsul 50, 100, 200, 600 mg, dosis 600 mg peroral sekali sehari dengan atau tanpa makanan. *Efavirenz* yang harus di konsumsi oleh orang dewasa dengan dosis 600 mg dan di minum satu kali, untuk anak-anak dosis yang dibutuhkan sesuai dengan berat badan. *Efavirenz* memiliki waktu yang panjang (40-55 jam) sehingga dapat diberikan sekali sehari. Konsentrasi tertinggi dalam plasma tercapai dalam waktu 3-5 jam dan konsentrasi yang stabil dalam plasma tercapai dalam waktu 6-10 hari. Konsumsi *efavirenz* dianjurkan saat akan tidur untuk memperkecil efek samping *neuropsikiatri*. Absorpsinya cukup baik dengan pemberian oral. Konsentrasi *efavirenz* dalam plasma berhubungan dengan kejadian efek samping *neuropsikiatri*. Konsentrasi *efavirenz* dalam plasma yang tinggi akan meningkatkan kejadian efek samping *neuropsikiatri* *efavirenz* memiliki kemampuan menembus sawar darah otak yang baik. *Efavirenz* efektif dalam menekan jumlah virus dalam plasma tetapi muncul banyak laporan mengenai efek samping *neuropsikiatri* setelah pemakaian *efavirenz*. Efek samping *neuropsikiatri* dapat dibagi menjadi 6 kategori, salah satunya yaitu gangguan tidur (Salsabilla dkk., 2015). Pada penelitian (Oshinaike dkk., 2014) yang menyatakan bahwa mengkonsumsi obat-obatan yang tidak berbasis *Efavirenz* (EFV)

mengalami kualitas buruk pada ODHA sebanyak 124 (69.6%) dari 178 responden dan mengkonsumsi obat-obatan yang berbasis *Efavirenz* (EFV) mengalami kualitas tidur buruk sebanyak 54 responden (33.3%) dari 178 responden sedangkan ODHA yang mempunyai kualitas tidur yang baik dan tidak mengkonsumsi obat-obatan tidak berbasis *Efavirenz* (EFV) sebanyak 114 responden (93.4%) dari 122 responden dan ODHA yang mengkonsumsi obat-obatan berbasis *Efavirenz* (EFV) sebanyak 8 responden (6.5%) dari 122 responden. Pada penelitian (Gallego dkk., dalam Oshinaike dkk., 2014) tentang “*Analyzing Sleep Abnormalities In HIV-Infected Patients Treated With Efavirenz*” beliau telah melakukan pemantauan *elektroensefalogram* pada subyek yang terinfeksi HIV yang menggunakan pengobatan dengan *efavirenz* dan menemukan bahwa mereka yang menerima *efavirenz* memiliki latensi tidur lebih lama dan durasi tidur nyenyak yang lebih pendek. Tingkat plasma *efavirenz* secara signifikan lebih tinggi pada pasien dengan insomnia dan atau mengurangi efisiensi tidur. Telah disarankan bahwa penghambatan langsung jalur hipotalamus serotonergik oleh *efavirenz* dapat menjelaskan hal ini.

#### 2.5.6 Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Tidur

Faktor yang mempengaruhi kualitas tidur seseorang individu yaitu:

##### 1. Gaya Hidup

Pada penelitian Santos, dkk (2017) menyebutkan gaya hidup yang buruk seperti berat badan berlebih, kurang aktivitas atau gerak, insomnia, merokok, dan lain lain. Gaya hidup yang buruk dapat memicu demensia datang lebih

cepat. Demensia adalah sekumpulan gejala penurunan fungsi kognitif seseorang seperti hilangnya daya ingat, daya pikir, kemampuan berbahasa, mengenali benda, dan orientasi. Sekumpulan gejala tersebut dapat mempengaruhi kesehatan dan kualitas tidur mereka yang hidup dengan dan tanpa HIV AIDS, 2 kelompok yang terdiri dari hidup dengan HIV AIDS (ODHA) dan bukan ODHA, di antara 20 peserta, 95% menunjukkan gaya hidup yang buruk, dan kedua kelompok menunjukkan kualitas tidur yang rendah dengan perbedaan yang signifikan dalam variabel tidur, total waktu tidur, dan pola tidur. Kedua kelompok menunjukkan perilaku gaya hidup yang tidak memuaskan yang serupa, kualitas tidur yang buruk, dan pola tidur yang tidak teratur (Santos dkk., 2017)

## 2. Lingkungan

Gangguan tidur dipengaruhi oleh faktor lingkungan dibuktikan dengan penelitian Nokes dkk., (2019) dengan 6 sampel orang dengan HIV/AIDS (ODHA) diwawancarai, peneliti mengajukan beberapa pertanyaan dengan menggunakan PSQI (*Pittsburgh Sleep Quality Index*) adanya masalah tidur ketika keberadaan tidak nyaman atau bermasalah, hal tersebut lebih penting ketika masalah tidur dilaporkan. Peran perawat disini digunakan untuk menilai, mengevaluasi, mengajar, dan merujuk, yang dapat berkontribusi pada identifikasi strategi yang dapat meningkatkan kualitas tidur menjadi lebih baik dan meningkatkan kualitas hidup ODHA (Nokes, J, & Kendrew, 2019).

### 3. Status Kesehatan atau Penyakit

Faktor penyakit yang menyebabkan sesak, batuk dan nyeri pada ODHA menyebabkan gangguan tidur sehingga kualitas tidur pada ODHA menjadi buruk. Berdasarkan penelitian efek dari ARV (*antiretroviral*) pada ODHA menyebabkan perubahan nafsu makan, mual dan muntah, sulit tidur, sakit perut, kulit kering, ruam, mati rasa pada tungkai, nyeri pada anggota badan, kelelahan, perubahan bentuk tubuh, rambut rontok, perubahan penglihatan, sakit kepala (Liu dkk., 2018).

### 4. Usia

Faktor usia dapat mempengaruhi kualitas tidur. Peningkatan terhadap keluhan keluhan terjadi ketika bertambahnya usia pada seseorang, adanya hubungan antaratingkat umur dengan kualitas tidur pada lansia di Kelurahan Tlogomas Kecamatan Lowokwaru Kota Malang (Rudimin dkk., 2017).

Pada penelitian Amelia (2016) adanya faktor risiko yang terbukti mempengaruhi prevalensi HIV/AIDS pada pria salah satunya usia dimana usia yang paling berisiko terhadap HIV/AIDS adalah umur 25-34 tahun. Umur yang mempunyai hubungan yang erat dengan keterpaparan. Umur juga mempunyai hubungan dengan besarnya risiko pada penyakit tertentu (Amelia dkk, 2016). Pada penelitian Saberi (2011) ada 20% orang dari 100% orang yang memiliki hubungan antara gangguan tidur dan ketidakpatuhan obat ARV pada ODHA dengan setiap 10 tahun penurunan usia (Saberi dkk., 2011)

## 5. Stres Emosional

Berdasarkan penelitian Wu, dkk (2017) peneliti meneliti bagaimana depresi, kecemasan yang dialami oleh ODHA mempengaruhi kualitas tidurnya atau tidak, tiga perlima (60,3%) dari kasus memiliki kualitas tidur yang buruk, 50% cenderung ke arah depresi, dan 36,3% cenderung ke arah kecemasan, menunjukkan bahwa kualitas tidur, depresi, dan tingkat kecemasan dalam kasus tersebut lebih buruk daripada yang umum. Jadi Sekitar setengah dari kasus ODHA dalam penelitian ini menunjukkan kualitas tidur yang buruk dan kecenderungan terhadap depresi dan kecemasan. (Wu, 2017). Hasil penelitian Junqueira (2008) ada kualitas tidur di hadapan gejala kecemasan dan depresi. Pada pasien positif HIV yang mengalami gangguan tidur dikaitkan dengan kecemasan, sedangkan pada pasien AIDS gangguan tidur dikaitkan dengan depresi (Junqueira, 2008).

## 6. Kepatuhan ARV

Kepatuhan dalam menggunakan *antiretroviral* menjadi salah satu penentu kegagalan atau keberhasilan dalam terapi HIV/AIDS. Ketidapatuhan dapat menyebabkan kegagalan dalam pencegahan replikasi virus dan meningkatkan resiko berkembangnya resistensi virus. Kepatuhan dapat diukur dengan beberapa metode antara lain berdasarkan laporan pasien sendiri, pendekatan berbasis apoteker, penghitungan pil, dan monitor secara elektronik. Konsumsi Obat untuk membuat tidur memberikan efek pada seseorang, menyebabkan seseorang membutuhkan waktu untuk tidur dalam jangka lebih lama lagi, pada pemakaian ARV pada pasien HIV/AIDS di RSUP dr. Kariadi Semarang ditemukan adanya

gangguan tidur sebesar 55% (Salsabilla dkk., 2015).

ARV (*antiretroviral*) mempunyai hubungan yang signifikan dengan orang yang hidup dengan HIV/AIDS (ODHA), orang yang hidup dengan HIV (ODHA) memiliki prevalensi tinggi gangguan tidur dan kejiwaan sehingga mengganggu pemulihan sistem kekebalan tubuh (Nogueira, 2019). Tingginya kualitas tidur yang buruk orang dengan HIV/AIDS merupakan adanya korelasi atau hubungan dengan ketidakpatuhan ARV (Saber dkk., 2011).

#### 7. Dukungan sosial dan dukungan keluarga

Dukungan dari masyarakat maupun keluarga sangat dibutuhkan oleh ODHA dikarenakan stigma buruk dan diskriminasi dari keluarga maupun masyarakat sangat membuat ODHA menjadi masalah psikologis sehingga membuat gangguan pola tidur pada ODHA tersebut dan stigma buruk tersebut ODHA percaya bahwa orang lain tidak dapat mengungkapkan informasi tentang status HIV mereka atau bergantung pada orang lain untuk dukungan dalam mengelola penyakit mereka.

Pada penelitian Rahdatu (2016) ditemukan keluarga dan masyarakat atau sosial memberikan dukungan sedang, jadi semakin baik dukungan sosial maka kualitas hidup ODHA semakin meningkat dan ODHA tidak mengalami kesulitan tidur (Rahdatu dkk., 2016).

Stigma dan diskriminasi yang dilakukan oleh masyarakat menunjukkan bahwa ODHA yang mengalami isolasi sosial akibat dari stigma terkait HIV telah meningkat gejala depresi, yang pada gilirannya berhubungan dengan kualitas keseluruhan tidur lebih miskin dan lebih terkait kelelahan siang hari, tidur yang

buruk pada gilirannya, dapat berhubungan dengan konsekuensi kesehatan jangka panjang, termasuk perkembangan penyakit lebih cepat (Fekete dkk., 2017). Pada penelitian Saurina (2018) faktor stigma negatif masyarakat dan depresi berpengaruh terhadap kualitas hidup penderita HIV pada komunitas LSL di Kota Pematangsiantar (Saurina, 2018).

#### 8. Jenis Kelamin

Jenis Kelamin juga mempengaruhi faktor kualitas tidur seseorang karena wanita memiliki mekanisme koping lebih rendah dibandingkan laki-laki ketika menghadapi suatu masalah. Masalah cenderung mengakibatkan wanita mengalami gangguan tidur dibandingkan laki-laki. Jenis kelamin laki laki yang lebih beresiko terhadap penyalahgunaan NAPZA, dimana NAPZA perilaku negatif yang cenderung memungkinkan terjadinya hepatitis B dan hepatitis C, NAPZA banyak digunakan pada penggunaan alat suntik yang tidak steril yang merupakan salah satu faktor risiko seseorang terinfeksi HIV AIDS (Shekarchizadeh dalam Sidjabat dkk, 2019).

#### 9. Pendapatan Bulanan

Penghasilan yang rendah berdampak pada perawatan kesehatan dan pengobatan pada ODHA itu sendiri, penghasilan yang rendah cenderung sulit untuk manajemen keuangan dalam diri sendiri maupun keluarga, sehingga dapat mempengaruhi psikologis pada ODHA dan kesulitan untuk tidur (Fekete dkk., 2017). Biaya yang dikeluarkan ODHA menjadi salah satu faktor penghambat tentang kepatuhan terapi ARV pada ODHA seperti biasaya adminitrasi, biaya

transportasi dan biaya pemeriksaan CD4 sebagian responden di RS Hasan Sadikin dan RS Bungsu di kota Bandung merasa terlalu mahal, harga 1x periksa ke rumah sakit sekitar Rp. 200.000 hingga Rp.350.000 (Sugiharti dkk., 2014).

#### 10. Status Pekerjaan

Pada penelitian Ibrahim (2017) pekerjaan yang menghasilkan suatu upah dan upah yang di dapat rata rata ke bawah, ODHA akan susah memenuhi kebutuhan seperti makan makanan yang seimbang dan bisa menyebabkan perawatan yang tidak seimbang (Ibrahim dkk., 2017). jumlah pelaporan kualitas tidur yang buruk lebih tinggi bagi mereka yang tidak bekerja atau pernah dipenjara (Sabari dkk., 2011)

#### 11. Kelelahan

Kelelahan yang disebabkan aktivitas berlebih dapat mempengaruhi pola tidur seseorang, kelelahan dapat mengakibatkan stress dan sulit tidur (Potter & Perry, 2010). Kelelahan yang disebabkan pada penyakit anemia dengan orang yang terinfeksi HIV/AIDS dapat mengganggu aktivitas sehari-hari, gangguan tidur. dan mengganggu pekerjaan pada ODHA (Fransiska & Kurniawaty, 2015).

##### 2.5.7 Gangguan Tidur

Menurut Prakoso, Dionisius Indra dkk., (2018) menyatakan kualitas tidur yang buruk dapat mempengaruhi kelelahan kerja pada seseorang sehingga dapat mengalami gangguan tidur (Prakoso dkk., 2018). Menurut *National Sleep Foundation, 2002*.

a. Insomnia yaitu sebuah kondisi ketidakmampuan memenuhi kebutuhan tidur, baik kualitas maupun kuantitas. Ada 3 jenis insomnia yaitu:

- 1) Insomnia insisial yaitu kondisi kesulitan untuk memulai tidur
- 2) Insomnia intermiten yaitu kondisi kesulitan untuk tetap tertidur karena seringnya terjaga.
- 3) Insomnia terminal yaitu : kondisi dimana individu bangun terlalu dini dan sulit untuk tidur kembali.

Penderita insomnia mengalami kesusahan untuk tidur, meskipun dengan tidak sengaja penderita insomnia tertidur sendiri tanpa disengaja, penderita insomnia merasa menjalani hari hari dengan waktu 24 jam dikatakan lama sekali (Atmadja, 2016). Sedangkan pada penelitian fatemeh (2015) di Iran nyeri, cemas, depresi merupakan salah satu gangguan yang mempengaruhi tidur ODHA (Dabaghzadeh, 2015)

b. Apnea tidur

Apnea yaitu kesulitan untuk napas saat tidur atau apnea tidurn(*sleep apnea*) merupakan gangguan yang ditandai oleh kurangnya aliran udara melalui hidung dan mulut untuk periode 10 detik atau lebih pada saat tidur. Ada 3 jenis apnea yaitu :

1. Apnea sentral
2. Apnea obstruktif . Pada penelitian diperkirakan 12 sampai 18 juta di Amerika Serikat memenuhi kriteria diagnostik untuk *Obstructive Sleep Apnea* (OSA)

(Holman dalam Potter & Perry,2010).

### 3. Apnea Campuran.

#### c. Narkolepsi

Narkolepsi adalah disfungsi mekanisme yang mengatur kondisi tidur dan terjaga, seseorang dengan narkolepsi sering mengalami mimpi seperti nyata yang terjadi ketika seseorang tidur. Beberapa penelitian mengatakan bahwa adanya hubungan genetik terhadap narkolepsi (Mignot dalam Potter & Perry,2010).

#### d. Parasomnia

Parasomnia adalah masalah tidur yang lebih umum terjadi pada anak-anak daripada orang dewasa, kematian bayi secara mendadak berkaitan dengan *apnea*, hipoksia, dan aritmia jantung yang disebabkan oleh kelainan dalam sistem saraf otonom yang terjadi selama tidur (Verrier dan Josephson dalam Potter & Perry,2010).

### 2.5.8 Dampak Kualitas Tidur yang Buruk pada orang HIV/AIDS (ODHA)

Menurut Pardita (2014) kualitas tidur yang buruk dapat memberikan dampak yaitu seperti (Pardita dan Sudibia, 2014) :

#### a. Dampak Fisiologis

Secara fisiologis pada ekspresi wajah adanya daerah gelap di bawah mata dan mata berkantung, terjadi pembengkakan pada kelopak mata, konjungtiva merah, sering mengantuk, konsentrasi berkurang, adanya tanda kelithan seperti tidak fokus dalam penglihatan, penglihatan kabur,

mual, muntah, dan tingginya tekanan darah, pusing pada kepala dan tengkuk merasa kaku, disfungsi aktivitas sehari-hari, dan tidak stabilnya tanda-tanda vital, serta sering kelelahan (Rompas dkk., 2018).

b. Dampak Psikologis

Pada penelitian Arriza (2011) dampak psikologi meliputi depresi, cemas, tidak konsentrasi, koping tidak efektif, menarik diri, apatis dan respon menurun, merasa tidak enak badan, malas berbicara, daya ingat berkurang, bingung, timbul halusinasi pendengaran atau penglihatan, serta kemampuan memberikan pertimbangan dan keputusan menurun (Arriza dkk., 2011). Salah satu faktor yaitu kecemasan dapat menyebabkan gangguan pada frekuensi tidur, karena pada kondisi cemas terjadi peningkatan *norepinefrin* darah melalui saraf simpatis yang dapat mengganggu tahap IV NREM dan REM. (Asmadi dalam Putri dkk., 2017).

c. Dampak Sosial

Pada penelitian Pardita (2014) dikatakan adanya perubahan setelah seseorang HIV positif seperti adanya perubahan kunjungan keluarga terhadap anggota keluarga atau kerabat yang lain, pertemuan keluarga yang menurun, gotong royong yang menurun, dan keengganan untuk menghadiri acara seperti undangan pernikahan (Pardita & Sudibia, 2014).

d. Dampak Ekonomi

Menurut Charlos (2009) menyatakan adanya krisis ekonomi ketika seseorang mengalami masalah kronis pada sistem kesehatan dan adanya

penurunan terhadap mekanisme pengadaan obat, sistem informasi kesehatan yang salah, lemahnya anggaran keluarga, akuntansi, perencanaan dan keberadaan biaya pengguna, yang menciptakan hambatan untuk mengakses layanan kesehatan (Avila-figueroa & Delay, 2009).

#### e. Dampak Spiritual

Menurut Putri (2014) menunjukkan adanya bentuk koping dari diri sendiri yang dapat membantu ODHA untuk pendekatan diri dengan Tuhannya, mengurangi beban masalah yang terjadi (Putri, 2014).

### 2.5.9 Pemetaan HIV/AIDS di Kabupaten Jember

Pada penelitian Arif (2016) hasil penelitian menunjukkan daerah dengan jumlah kasus terbanyak adalah kecamatan Kencong. Berdasarkan kelompok umur, jumlah paling banyak terjadi pada kelompok umur 25-49 tahun. Kelompok pekerjaan dengan jumlah terbanyak adalah ibu rumah tangga. Faktor risiko tertinggi adalah heteroseksual, kecamatan dengan kekuatan infeksi terkategori tinggi adalah kecamatan Gumukmas, Puger, dan Kaliwates. Hasil peta *overlay* besaran kasus HIV/AIDS yang perlu mendapat perhatian lebih adalah kecamatan Kencong, Gumukmas, dan Puger (Arif dkk., 2016).

### 2.5.10 Penanganan Kualitas Tidur Buruk pada ODHA.

#### 1. Non Farmakologi

Dilakukan edukasi atau pendidikan tentang penyakit HIV/AIDS, konsumsi obat, kecemasan karena kualitas tidur pada ODHA yang buruk (Elfitri, 2014).

Adanya stigma dan diskriminasi pada ODHA dikarenakan perawat mempunyai pengetahuan tentang HIV yang minimal, ditemukan adanya perawat mendiskriminasi atau stigma yang tinggi dan menyebabkan ketidak nyaman pada berada di pelayanan kesehatan (Waluyo dkk., 2007).

Dukungan dari keluarga yang dilakukan ODHA di Padang yaitu berbentuk dukungan emosional, dukungan instrumental, dukungan informasional dan dukungan penghargaan, untuk memenuhi kebutuhan emosional ODHA (Pratama dkk., 2012).

#### 2.5.11 Peran Perawat

Pada penelitian Ibrahim (2017) perawat mempunyai peranan penting dalam tindakan asuhan keperawatan pada orang dengan HIV/AIDS (ODHA) seperti peran sebagai pemberi asuhan keperawatan, *advodkat*, *edukator*, *koordinator*, *kolaborator*, *konsultan*, *care provider*, dan peran pembaharuan untuk memenuhi kebutuhan biologis, penguatan strategi koping, dukungan spiritual dan pemberian dukungan sosial guna meningkatkan imunitas pasien (Ibrahim, dkk, 2017). Perawat memiliki peranan penting pada konseling atau VCT pada ODHA seperti yang dijelaskan di pengobatan pada ODHA (Kemenkes RI, 2015).

### 2.6 Alat Ukur Kualitas Tidur

Ada beberapa alat ukur menurut para penelitian :

1. Alat ukur mengukur tingkat rasa kantuk di siang hari pada ODHA.

Berdasarkan penelitian Tanja Wibeller (2012) yaitu menggunakan *Epworth Sleepiness Scale* (ESS) dengan 8 pertanyaan, nilai skor 0-24, setiap

komponen mempunyai penilaian 0-3, kuesioner ini digunakan pada ODHA yang memiliki *Obstructive Sleep Apnea* (OSA) dengan nilai <10 dinilai adanya OSA derajat ringan hingga derajat sedang.

2. Alat untuk mengukur kualitas tidur pada mahasiswa yang dilakukan oleh Yulia Martha (2017) yaitu menggunakan kuesioner (*Pittsburgh Sleep Quality Index*) PSQI skala yang digunakan skala rasio, nilai skor seluruh komponen 0-21, setiap indikator penilaiannya 0-3.
3. Alat untuk mengukur kualitas tidur pada lansia yang dilakukan oleh Irwina Angelia (2012) yaitu menggunakan kuesioner PSQI (*Pittsburgh Sleep Quality Index*) skala yang digunakan skala interval.
4. Alat untuk mengukur kualitas tidur pada lansia yang lelah dengan insomnia yang dilakukan oleh Intan Murfa (2017) yaitu menggunakan kuesioner PSQI (*The Pittsburgh Sleep Quality Index*) skala yang digunakan skala ordinal, nilai skor kualitas tidur baik  $\leq 5$  dan nilai skor kualitas tidur buruk  $>5$ .
5. Alat untuk mengukur kualitas tidur pada mahasiswa yang lelah dengan insomnia yang dilakukan oleh Muhammad Dien (2017) yaitu menggunakan kuesioner PSQI (*The Pittsburgh Sleep Quality Index*) skala yang digunakan skala likert setiap pertanyaan memiliki skor 0-3, nilai skor kualitas tidur baik  $\leq 5$  dan nilai skor kualitas tidur buruk  $> 5$ .

## 2.7 Kuesioner

Pengukuran kualitas tidur orang dengan HIV/AIDS menggunakan kuesioner PSQI (*Pittsburgh Sleep Quality Index*) dari penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Yulia Marta pada tahun 2017 dalam penelitian mengenai

“Pengaruh Terapi Dzikir Terhadap Kualitas Tidur Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember”, kuesioner tersebut diadopsi oleh Ratnasari tahun 2016 dan telah dilakukannya uji validitas dan uji reliabilitas di Semarang kepada 30 responden dengan hasil kuesioner 18 pertanyaan dan nilai *alpha cronbach* merupakan kriteria reliabel tinggi.

## 2.8 ODHA dengan Kualitas Tidur Buruk

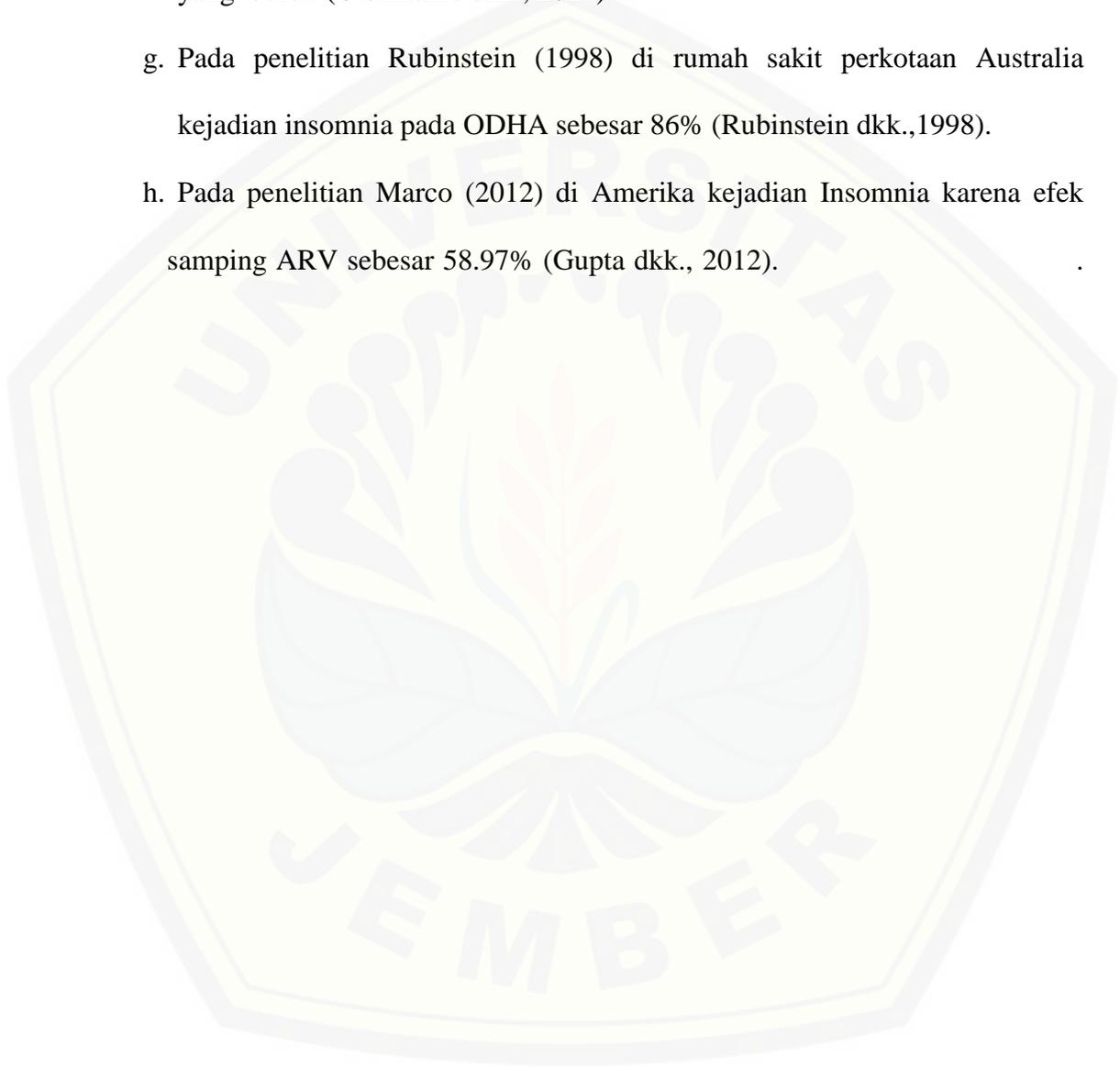
- a. Dabaghzadeh dkk ., (2013) di Iran judul : “*Sleep Quality and Its Correlates in HIV Positive Patients Who Are Candidates for Initiation of Antiretroviral Therapy*” tujuan dari penelitian yang dilakukan mengevaluasi kualitas tidur, psikologis dan faktor fisiologis pada ODHA untuk memulai terapi antiretroviral dengan 59 responden rawat jalan HIV positif, hasil dari penelitian yaitu 47,5% ODHA PSQI >5 yang didefinisikan sebagai gangguan tidur, faktor psikologis yang mempengaruhi gangguan tidur yaitu depresi dan kecemasan dan faktor fisiologis yang mempengaruhi yaitu penyakit yang dialami dalam sistem tubuh yang berbeda. (Dabaghzadeh dkk., 2013).
- b. Ferreira dkk., (2012) di Brazil judul : “*Sleep Quality in HIV-positive Outpatients*” tujuan dari penelitian yang dilakukan yaitu mengkarakterisasi kualitas tidur ODHA dengan atau tanpa manifestasi klinis dengan 122 responden, hasil dari penelitian yaitu (55,7% pria, 44,3% perempuan; usia rata-rata  $42,3 \pm 8,9$  tahun) 53,3% melaporkan kualitas tidur yang baik dan 46,7% melaporkan kualitas tidur buruk. Subjek melaporkan tidur rata-rata  $7,3 (\pm 1,8)$  jam; latensi tidur adalah  $23,2 (\pm 26,2)$  menit, dan efisiensi tidur,

87,8% ( $\pm 14.4$ ), adanya hubungan kualitas tidur dengan adanya pasangan untuk dukungan pada ODHA (Tiemi dkk., 2012).

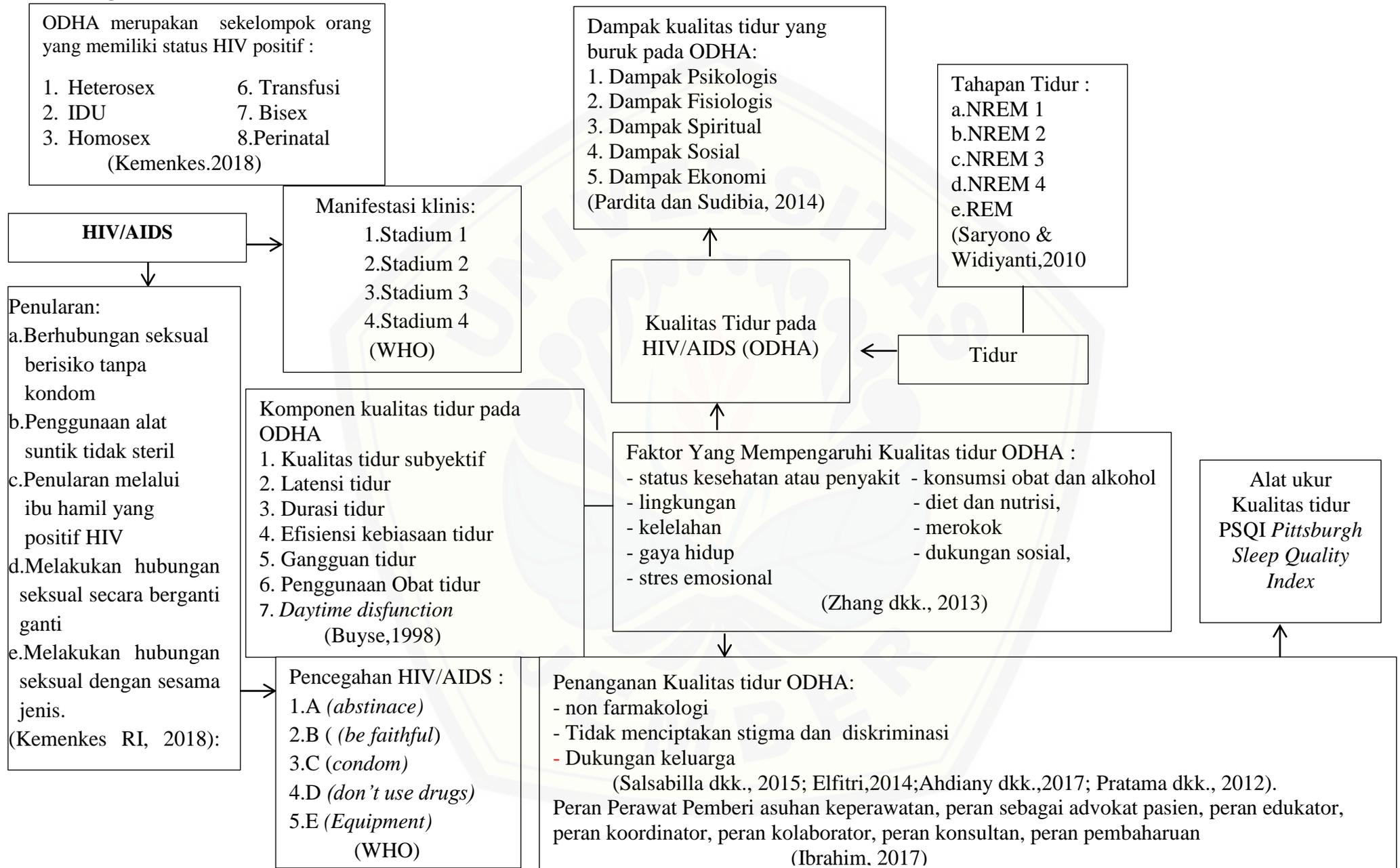
- c. Nancy dkk., (2012) di Amerika judul : *“Prevalence and Factors Associated With Sleep Disturbances Among Early Treated HIV-Infected Persons”* tujuan penelitian ini yaitu menentukan prevalensi dan faktor yang berhubungan dengan insomnia menggunakan skala PSQI dan kantuk di siang hari menggunakan skala ESS, hasil penelitian yaitu 46% yang terinfeksi HIV mengalami insomnia (PSQI 5), dan 30% melaporkan kantuk di siang hari, dan faktor yang berhubungan dengan insomnia pada ODHA yaitu depresi dan peningkatan ukuran pinggang (Crum-cianflone dkk., 2012)
- d. Dabaghzadeh dkk., (2015) di Iran judul : *“Associated Factors of Suicidal Thoughts in HIV-Positive Individuals”* tujuan penelitian ini yaitu mengevaluasi ide bunuh diri dengan 150 responden ODHA, hasil pada penelitian ini yaitu terapi *antiretroviral* dan asupan *efavirenz* tidak menunjukkan hubungan yang signifikan pada ide bunuh diri ODHA, ide bunuh diri pada ODHA memiliki hubungan yang signifikan dengan beberapa faktor yang mempengaruhi kecemasan, depresi, aktivitas fisik yang buruk dan kualitas tidur (Dabaghzadeh, 2015).
- e. Parya Saberi dkk., (2010) di California judul : *“Quality of Sleep: Associations with Antiretroviral Nonadherence”* tujuan pada penelitian ini yaitu menentukan prevalensi gangguan tidur, menentukan karakteristik ODHA dengan kualitas tidur yang buruk, dan membangun hubungan antara kualitas tidur yang buruk dan ketidakpatuhan ARV pada ODHA (Saberi

dkk., 2011).

- f. Pada penelitian Oishinaike (2014) di Rumah sakit Pendidikan Universitas Negeri Lagos, Nigeria Menurut PSQI, 59,3% melaporkan kualitas tidur yang buruk (Oishinaike dkk., 2014)
- g. Pada penelitian Rubinstein (1998) di rumah sakit perkotaan Australia kejadian insomnia pada ODHA sebesar 86% (Rubinstein dkk.,1998).
- h. Pada penelitian Marco (2012) di Amerika kejadian Insomnia karena efek samping ARV sebesar 58.97% (Gupta dkk., 2012).

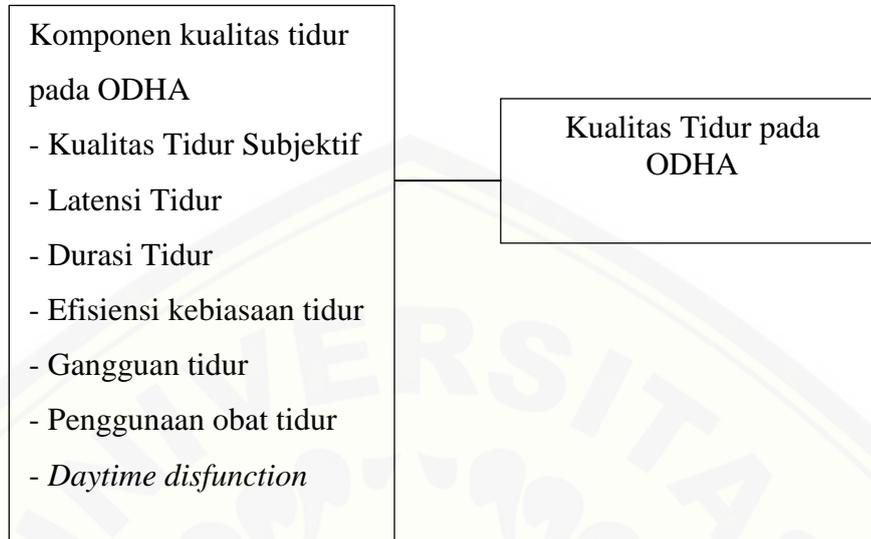


## 2.9 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

### BAB 3. KERANGKA KONSEP



: Diteliti



: Tidak Diteliti



: Berpengaruh



: Tidak Diteliti

Gambar 3.1 Kerangka Konsep

## **BAB 4. METODE PENELITIAN**

### **4.1 Desain Penelitian**

Desain penelitian merupakan suatu cara untuk menentukan masalah dalam suatu penelitian sebagai dasar penelitian (Nursalam, 2015). Penelitian yang akan diteliti merupakan penelitian deskriptif kuantitatif. Peneliti menggunakan deskriptif kuantitatif karena populasi yang digunakan dalam jumlah besar dan peneliti ingin mengidentifikasi gambaran kualitas tidur pada ODHA dan karakteristik ODHA yang berhubungan dengan kualitas tidur ODHA di Kabupaten Jember.

Penelitian dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang berfungsi untuk mengukur tentang karakter dan variabel yang akan diteliti, agar dapat menggambarkan bagaimana kualitas tidur yang dinilai satu kali yaitu pada orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Kabupaten Jember.

### **4.2 Populasi dan Sampel Penelitian**

#### **4.2.1 Populasi Penelitian.**

Populasi penelitian adalah data dengan karakteristik tertentu yang akan diteliti (Nursalam, 2015). Populasi pada penelitian ini adalah penderita dengan HIV/AIDS (ODHA) di Kabupaten Jember. Data dari Dinkes Jember yang menyatakan orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Kabupaten Jember sebanyak 692 penderita dengan HIV/AIDS (ODHA) (Dinkes, 2019).

#### 4.2.2 Sampel Penelitian.

Sampel adalah penentuan sebagian populasi untuk mendapatkan data yang akan diteliti oleh peneliti (Nursalam, 2015). Sampel yang akan diteliti oleh peneliti adalah orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Kabupaten Jember. Jumlah sampel yang disarankan untuk penelitian deskriptif sebanyak 100 sampel (Fraenkel, dkk., 1932).

#### 4.2.3 Teknik Penentuan Sampel

Sampling adalah salah satu teknik untuk menentukan sampel dari populasi sesuai kriteria yang dibutuhkan peneliti (Nursalam, 2015). *Consecutive sampling* adalah pengambilan sampel dengan menetapkan subjek penelitian yang memenuhi kriteria penelitian dalam kurun waktu tertentu sampai jumlah sampel yang diperlukan terpenuhi. Sampel diambil pada ODHA di kabupaten Jember mulai bulan Mei sampai dengan Juni 2019.

#### 4.2.4 Kriteria Sampel

##### a. Kriteria Inklusi

Karakteristik populasi umum yang akan dipilih sesuai populasi target (Nursalam, 2015). Kriteria inklusi pada penelitian ini yaitu :

1. Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA).
2. Tinggal di kabupaten Jember
3. Bersedia untuk menjadi responden.

##### b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah mengeluarkan populasi umum yang tidak termasuk kriteria inklusi (Nursalam, 2015). Kriteria eksklusi pada penelitian

ini yaitu :

1. Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) yang di rawat di Rumah Sakit.

#### **4.3 Lokasi Penelitian**

Lokasi Penelitian dilaksanakan di Kabupaten Jember, beberapa kecamatan tertinggi di kabupaten Jember seperti, Balung, Umbulsari, Kencong, Kasiyan, Gumukmas, dan Kaliwates.

#### **4.4 Waktu Penelitian**

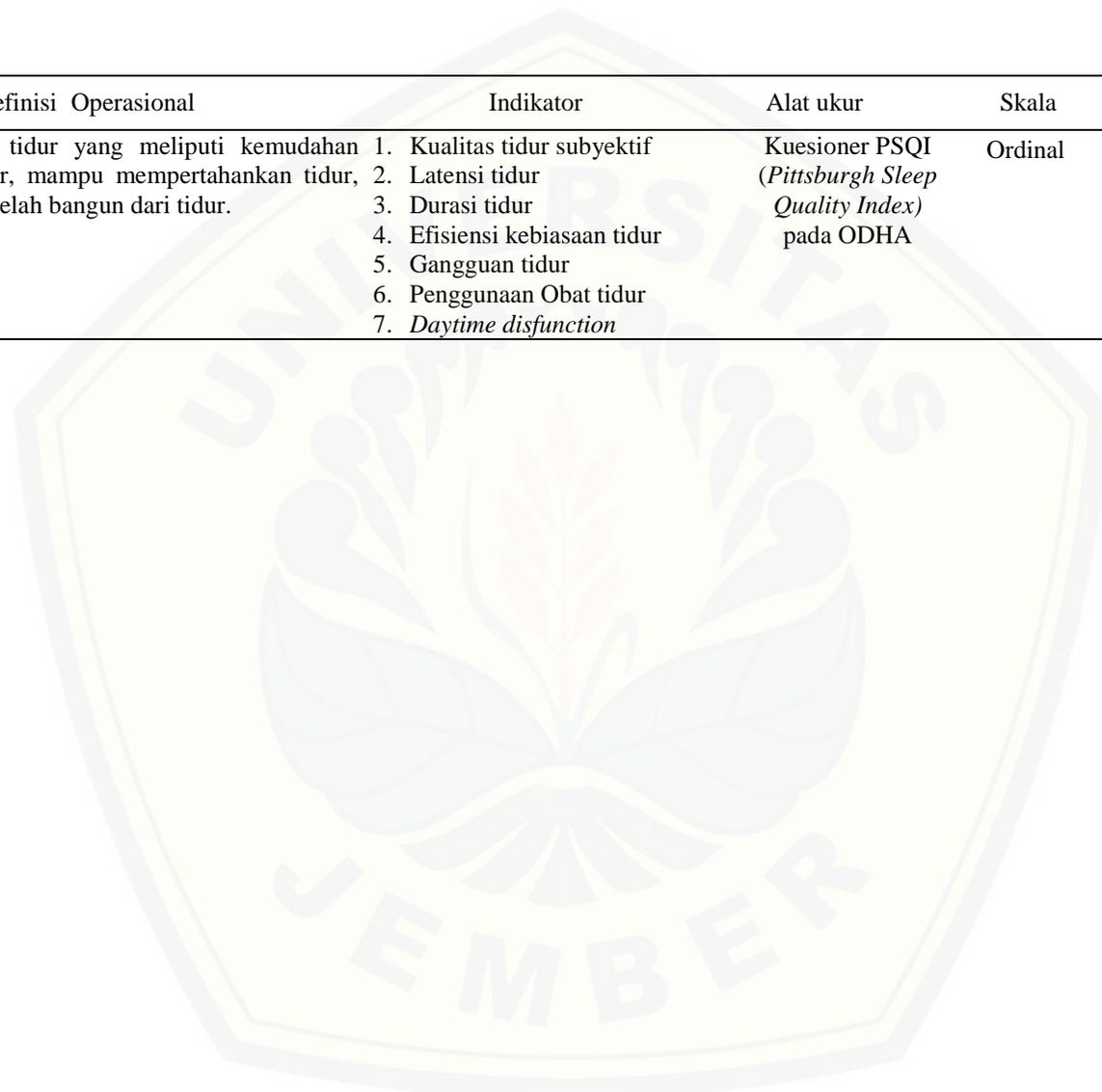
Pengambilan data penelitian terhitung bulan Mei sampai dengan Juni 2019.

#### **4.5 Definisi Operasional**

Definisi Operasional adalah definisi sesuai karakteristik yang akan diteliti dari sesuatu yang didefinisikan tersebut (Nursalam, 2015). Definisi operasional pada penelitian ini adalah kualitas tidur pada ODHA di Kabupaten Jember. Berikut ini adalah penjelasan definisi operasional penelitian yang dapat dilihat dalam tabel 4.1

Tabel 4.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat ukur	Skala	Hasil ukur
Kualitas Tidur	Kepuasan terhadap tidur yang meliputi kemudahan untuk memulai tidur, mampu mempertahankan tidur, dan merasa segar setelah bangun dari tidur.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kualitas tidur subyektif</li> <li>2. Latensi tidur</li> <li>3. Durasi tidur</li> <li>4. Efisiensi kebiasaan tidur</li> <li>5. Gangguan tidur</li> <li>6. Penggunaan Obat tidur</li> <li>7. <i>Daytime disfunction</i></li> </ol>	Kuesioner PSQI ( <i>Pittsburgh Sleep Quality Index</i> ) pada ODHA	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Baik <math>\leq 5</math></li> <li>b. Buruk <math>&gt; 5</math></li> </ol>



## 4.6 Pengumpulan Data

### 4.6.1 Sumber Data

#### a. Data Primer

Data Primer yaitu data asli yang diperoleh peneliti dari hasil kuesioner melalui ODHA (Notoatmodjo, 2012). Sumber data primer didapatkan dari hasil pengisian kuesioner PSQI dengan nilai total skor 0-21 yang diajukan peneliti kepada ODHA.

#### b. Data sekunder

Sumber data yang digunakan sumber data sekunder yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Jember berupa prevalensi kejadian HIV/AIDS (ODHA) di Kabupaten Jember.

### 4.6.2 Teknik Pengambilan Data

Teknik yang digunakan untuk pengumpulan data adalah kuesioner. Cara pengisian kuesioner yaitu diisi sendiri oleh responden. Berikut tahapan pengambilan data :

- a. Peneliti mengajukan surat perizinan penelitian kepada pihak Fakultas Keperawatan Universitas Jember, lembaga penelitian dan pengabdian masyarakat (LP2M), dan LSM Laskar.
- b. Peneliti melakukan uji etik di Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember.
- c. Peneliti melakukan pengambilan data tentang banyaknya orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Kabupaten Jember
- d. Peneliti melakukan pemilihan sampel dengan 100 sampel.

- e. Peneliti melakukan penelitian dengan di dampingi oleh LSM Laskar secara *door to door* (rumah ke rumah).
- f. Setelah menjelaskan maksud dan tujuan, peneliti melakukan kontrak waktu untuk bertemu dengan responden
- g. Peneliti menanyakan apakah bersedia untuk menjadi responden selama penelitian dan peneliti memberikan *informed* dan lembar *consent* serta jika responden bersedia untuk menjadi responden diminta untuk menandatangani lembar *informed consent* dengan jaminan kerahasiaan identitas dan jawaban dari responden.
- h. Peneliti memberikan instrumen A kepada responden yang berisi tentang informasi pribadi dan instrumen B yang berisi tentang kualitas tidur responden.
- i. Kuesioner yang telah dikumpulkan oleh responden di kembali dan dikumpulkan kembali oleh peneliti lalu diperiksa kelengkapan kuesioner tersebut untuk dilakukan pengumpulan data dan analisa data.

#### 4.6.3 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang digunakan oleh peneliti berupa kuesioner. Kuesioner merupakan jenis pengukuran dengan menjawab pertanyaan secara tertulis (Nursalam, 2015). Kuesioner kualitas tidur terhadap ODHA diadopsi dari penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Yulia Marta pada tahun 2017.

##### 1. Kuesioner Data Demografi

Instrumen A yang diberikan oleh peneliti kepada orang dengan responden ODHA. Tujuan dari kuesioner A ini untuk mengetahui gambaran karakter responden

ODHA yang berisikan pendidikan terakhir, usia, status pernikahan, pendapatan bulanan, lama menderita penyakit, konsumsi obat ARV, kepatuhan terapi ARV, dan pekerjaan dengan pertanyaan pada kuesioner yang berbentuk pilihan.

## 2. Kuesioner PSQI

Penggunaan instrumen B yaitu agar dapat mengukur kualitas tidur pada ODHA dalam penelitian menggunakan kuesioner PSQI (*Pittsburgh Sleep Quality Index*) dengan 18 pertanyaan yang di nilai oleh individu dan 5 item yang dinilai dengan teman sekamar dengan 7 indikator yaitu kualitas tidur subjektif, latensi tidur, durasi tidur, efisiensi kebiasaan tidur, gangguan tidur, penggunaan obat tidur dan *daytime dysfunction* dengan skor yang lebih tinggi menyiratkan kesulitan yang lebih besar. Kualitas tidur subyektif diukur dengan satu item dan menilai bagaimana seseorang menilai kualitas tidur keseluruhan seseorang. Latensi tidur terdiri dari dua item dan merupakan rata-rata lama waktu yang dibutuhkan satu kali untuk tidur. Durasi tidur diukur dengan satu item dan merupakan jam rata-rata tidur yang digunakan seseorang untuk setiap malam, Efisiensi tidur normal dihitung dari tiga item dan mewakili jumlah jam tidur, mengingat jumlah jam yang dihabiskan di tempat tidur. Gangguan tidur mengukur frekuensi dengan mana berbagai situasi telah mengganggu tidur seseorang dan terdiri dari sembilan item yang mewakili situasi yang berbeda (misalnya, mimpi buruk, sakit , ketidakmampuan untuk bernafas dengan baik.) Penggunaan obat tidur terdiri dari satu item yang menanyakan tentang seberapa sering seseorang menggunakan obat tidur (Buysse dkk., dalam Bush dkk., 2012). Nilai PSQI (*Pittsburgh Sleep Quality Index*) dikatakan baik jika nilai nya  $\leq 5$ , dan dikatakan kualitas tidur buruk jika nilainya  $>5$  (Smith dalam Fandiani dkk, 2017).

Tabel 4.2 *Blue Print* Kuesioner PSQI (*Pittsburgh Sleep Quality Index*)

Variabel	Indikator	Favorable	Jumlah
Kualitas Tidur	1. Kualitas tidur subyektif	6	1
	2. Latensi tidur	2,5a	2
	3. Durasi tidur	4	1
	4. Efisiensi kebiasaan tidur	1,3	2
	5. Gangguan tidur	5b-j	9
	6. Penggunaan obat tidur	7	1
	7. <i>Daytime disfunction</i>	8,9	2
	Jumlah		18

## Pengukuran Kualitas Tidur

**Penilaian PSQI**

1. Komponen 1	Kriteria	Skoring pertanyaan no 6
Kualitas tidur subjektif- pertanyaan no. 6	Sangat Baik	: 1
	Cukup Baik	: 2
	Kurang Baik	: 3
	Sangat Buruk	: 4

Skor komponen 1:.....

2. Komponen 2	Kriteria	skoring komponen 2
Latensi tidur Pertanyaan no. 2 dan 5a	≤ 15 menit	: 0
	16-30 menit	: 1
	31-60 menit	: 2
	> 60 menit	: 3

Respon terhadap pertanyaan no. 5a                      subskor dari komponen 2

Tidak selama satu bulan terakhir	:	0
Kurang dari sekali seminggu	:	1
Sekali atau dua kali seminggu	:	2
Tiga atau lebih dalam seminggu	:	3

Skor komponen 2:.....

3. Komponen 3	:	Kriteria	skor komponen 3
Durasi tidur pertanyaan no. 4		>7 jam	: 0
		6-7 jam	: 1
		5-6 jam	: 2
		< 5 jam	: 3

Skor komponen 3:.....

4. Komponen 4 : Efisiensi tidur- Pertanyaan no. 1, 3 dan 4 Efisiensi tidur = (total jumlah jam tidur/ total waktu di tempat tidur) X 100% Total jumlah jam tidur – pertanyaan no. 4

Total waktu di tempat tidur – yang dikalkulasikan dari respon terhadap pertanyaan no.1 dan no. 3

Efisiensi tidur	skoring komponen 4
>85%	: 0
75%-84%	: 1
65%-74%	: 2
< 65%	: 3

Skor Komponen 4:.....

5. Komponen 5 : Gangguan tidur- Pertanyaan no. 5b-5 j

Kriteria pertanyaan no. 5b-5j	Skoring
tidak selama satu bulan terakhir	: 0
kurang dari sekali seminggu	: 1
sekali atau dua kali seminggu	: 2
tiga kali atau lebih dalam seminggu	: 3

Jumlah subskor pertanyaan no. 5b-5j	skor dari komponen 5
0	: 0
1-9	: 1
10-18	: 2
19-27	: 3

Skor komponen 5:.....

6. Komponen 6 : Pemakaian obat tidur-Pertanyaan no.7

Kriteria	Skoring
tidak selama satu bulan terakhir	: 0
kurang dari sekali semingg	: 1
sekali atau dua kali seminggu	: 2
tiga kali atau lebih dalam seminggu	: 3

Skor komponen 6:.....

7. Komponen 7 : Disfungsi pada siang hari Pertanyaan no. 8 dan 9

Kriteria pertanyaan no 8	Skoring
tidak selama satu bulan terakhir	: 0
kurang dari sekali seminggu	: 1
sekali atau dua kali seminggu	: 2
tiga kali atau lebih dalam seminggu	: 3

Kriteria pertanyaan no 9	Skoring
tidak ada masalah sama sekali	: 0
sangat sedikit masalah	: 1
sedikit masalah	: 2
masalah yang sangat besar	: 3

Skor gabungan pertanyaan no. 8 dan 9	Skoring dari komponen 7
1	: 0
1-2	: 1
3-4	: 2
5-6	: 3

Skor komponen 7: .....

Jumlah total skor PSQI : Jumlah dari skor ketujuh komponen : .....

#### 4.6.4 Uji Validitas dan Uji Reliabilitas

Validitas adalah pengukuran instrumen dengan prinsip keandalan ketika sedang mengumpulkan data (Nursalam, 2015). Peneliti tidak melakukan uji validitas sebab alat ukur yang digunakan telah di uji validitas oleh *University of Pittsburgh* pada tahun 1988. Kuesioner terdiri dari 7 komponen dan 19 item yang akan dinilai oleh responden secara individu dan 5 item oleh teman sekamar, Nilai spesifitasnya adalah 86,5% dan sensitivitas 89,6% dan nilai *Alpha Cronbach* 0,83 untuk seluruh komponen penelitian (Buysse dkk., 1989).

Pada penelitian Ratnasari (2016) alat ukur PSQI (*Pittsburgh Sleep Quality Index*) digunakan untuk mengukur kualitas tidur pada mahasiswa sebanyak 30 responden di jurusan Teknik Universitas Diponegoro dan telah diterjemahkan ke

dalam bahasa Indonesia, hasil uji validitas yang dilakukan menunjukkan 18 komponen pertanyaan valid karena  $r$  hitung lebih besar dari  $r$  tabel dengan taraf signifikansi 0,361. Rentang nilai  $r$  hitung pada uji validitas ini yaitu 0,365-0,733. Dikatakan valid ketika nilai  $r$  hitung lebih besar daripada  $r$  tabel, pertanyaan yang ada di kuesioner tersebut dinyatakan valid.

#### b. Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah penelitian yang dilakukan dengan pengamatan yang dilakukan berulang kali dengan waktu yang berlainan (Nursalam, 2015). Instrumen yang reliabel adalah instrumen yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur obyek yang sama, akan menghasilkan data yang sama (Sugiyono, 2014). Uji reliabilitas menggunakan *cronbachs alpha* dengan membandingkan nilai  $r$  hasil (*alpha*) dengan nilai  $r$  tabel. Peneliti tidak melakukan uji reliabilitas karena alat ukur yang digunakan merupakan kuesioner PSQI kualitas tidur yang telah dilakukan uji reliabilitas oleh *University of Pittsburgh* pada tahun 1988 dengan nilai *Alpha Cronbach* 0,83. Ratnasari (2016) juga melakukan uji reliabilitas yang hasilnya menunjukkan bahwa uji reliabilitas kepada 30 responden didapatkan hasil kuesioner yang berisi 18 pertanyaan valid dan seluruhnya reliabel dengan nilai *alpha cronbach* sebesar 0,741 yang merupakan kriteria reliabel tinggi.

#### 4.7 Pengolahan Data

Pengolahan data yaitu sekumpulan data yang di proses dan hasil dari data tersebut diolah atau dimanipulasi lalu dimasukan ke dalam rumus tertentu dan data tersebut digunakan oleh peneliti (Notoatmodjo, 2012) seperti *editing, coding, entry, dan cleaning*.

#### 4.7.1 Editing

Editing merupakan tindakan mengecek daftar pertanyaan yang diberikan kepada responden. Pengecekan dapat berupa pengecekan kelengkapan jawaban, keterbacaan tulisan, dan relevansi dari responden (Nursalam, 2015). Peneliti telah melakukan *editing*, peneliti memeriksa kembali kuesioner PSQI (*Pittsburgh Sleep Quality Index*) yang telah di isi, ketika pertanyaan kuesioner yang belum terisi oleh responden, peneliti meminta kembali pada responden untuk mengisi kembali.

#### 4.7.2 Coding

Hasil dari sumber data yang didapatkan dari kuesioner dilakukan edit atau *sunting*, angka yang dirubah dari kalimat (Notoatmodjo 2012). Peneliti telah memberikan *coding* sesuai dengan karakteristik responden yang bisa di deskripsikan sebagai berikut:

a. Jenis Kelamin

Laki laki : kode 1

Perempuan : kode 2

b. Tingkat Pendidikan

Tidak sekolah : kode 1

SD : kode 2

SMP : kode 3

SMA : kode 4

Perguruan Tinggi : kode 5

c. Pendapatan Bulanan :

Rp.  $\leq$  2.170.971.80 : kode 1

Rp.  $\geq$  2.170.971.80 : kode 2

## d. Konsumsi Obat

Ya : kode 1

Tidak : kode 2

## e. Kepatuhan ARV

Tidak patuh : kode 1

Patuh : kode 2

## f. Kualitas Tidur

Baik : kode 1

Buruk : kode 2

## g. Status Pekerjaan

Tidak Bekerja/Ibu RT : Kode 1

Bekerja : Kode 2

## h. Status Pernikahan

Belum Menikah : Kode 1

Menikah : Kode 2

Cerai : Kode 3

## i. Komponen 1 Kualitas Tidur

Sangat Baik : kode 1

Cukup baik : kode 2

Kurang baik : kode 3

Sangat buruk : kode 4

## j. Komponen 2 Kualitas Tidur

0 – 15 menit : kode 1

> 15 menit – 30 menit : kode 2

30 menit – 60 menit : kode 3

> 60 menit : kode 4

k. Komponen 3 Kualitas Tidur

> 7 jam : kode 1

< 7-6 jam : kode 2

< 6-5 jam : kode 3

5 jam : kode 4

l. Komponen 4 Kualitas Tidur

> 85% : kode 1

< 85% - 75 % : kode 2

< 75 % - 65 % : kode 3

65 % : kode 4

m. Komponen 5 Kualitas Tidur

Tidak Pernah : kode 1

< 1 minggu sekali : kode 2

> 1 atau 2 dalam seminggu : kode 3

3 atau lebih dalam seminggu : kode 4

n. Komponen 6 Kualitas Tidur

Tidak Pernah : kode 1

< 1 minggu sekali : kode 2

> 1 atau 2 dalam seminggu : kode 3

3 atau lebih dalam seminggu : kode 4

#### o. Komponen 7 Kualitas Tidur

Tidak Pernah	: kode 1
< 1 minggu sekali	: kode 2
> 1 atau 2 dalam seminggu	: kode 3
3 atau lebih dalam seminggu	: kode 4

#### 4.7.3 Entry

Data yang ditambahkan atau dimasukkan bisa disebut processing dari hasil sumber data di kuesioner yang telah diberi kode dan ditambah ke dalam aplikasi *software* komputer (Notoatmodjo, 2012). Peneliti telah melakukan pemasukan atau penambahan data dengan menuangkan hasil sumber data dari kuesioner ke dalam aplikasi *Microsoft Excel* di komputer.

#### 4.7.4 Cleaning

Data yang dibersihkan untuk menghindari kesalahan yang tidak diinginkan atau ketidaklengkapan kode, dilakukan pengoreksian dan pembetulan (Notoatmodjo, 2012). Peneliti melakukan pemeriksaan kembali untuk memeriksa kesalahan dalam memasukkan data.

### 4.8 Analisa Data

Analisa data berbentuk univariat, data yang di teliti berdasarkan gambaran secara deskriptif, dan skala yang dipakai skala kategorik dan skala numerik, penyajian data skala kategorik dilihat dengan frekuensi persentase dan skala numerik penyajian datanya dilihat dengan mean, median, minimal, maximal dan standart defiasi (Nursalam, 2015). Deskripsi variabel kategorik frekuensi dan persentase atau proporsi dari variabel digunakan pada variabel karakteristik responden yaitu jenis

kelamin, tingkat pendidikan, pendapatan bulanan, status perkawinan, konsumsi obat, kepatuhan ARV, kualitas tidur dan pekerjaan dengan skala data ordinal sedangkan umur dan lama menderita dengan skala interval disajikan dalam median, minimal dan maksimal. Maka umur yang termasuk skala data interval telah dilakukan uji normalitas dengan menggunakan uji *kolmogorov-smirnov* dan hasil data normal dengan *p value* 0,066 dan disajikan dengan mean sebesar 32.67 dengan standart deviasi 7,063 dan data karakteristik reponden dengan lama menderita skala data interval di uji normalitas dengan menggunakan uji *kolmogorov-smirnov* dan hasil data tidak normal dengan *p value* 0,001 disajikan dengan media, minimal, maksimal. Penyajian data dalam bentuk frekuensi dan presentase. Analisa data yang berasal dari hasil kuesioner yang sudah di nilai dimasukkan ke dalam aplikasi *software* di *Windows* dan semua data dianalisis menggunakan aplikasi *software SPSS versi 20*, dan dituangkan hasilnya dengan mengelompokkan orang yang dengan HIV/AIDS (ODHA) kualitas tidur buruk dengan nilai  $\leq 5$  dan orang yang dengan HIV/AIDS (ODHA) kualitas tidur baik dengan nilai  $>5$ .

## **4.9 Etika Penelitian**

### **4.9.1 Kerahasiaan (*Confidentiality*)**

Orang lain mempunyai hak tidak memberikan informasi atau apa yang diketahuinya kepada orang lain (Notoatmodjo, 2012). Pada penelitian ini instrumen A yang berisikan demografi klien, peneliti menyamarkan data dengan memberikan nomor kode responden atau tidak diisi dengan asli nama klien misalnya nama klien di isi dengan inisial atau nama samaran. Peneliti memberikan *informed consent* (lembar persetujuan) kepada responden sebelum penelitian dilakukan untuk

memberikan informasi secara lengkap dan tidak melanggar hak hak klien ketika terjadi kesalahan (Nursalam, 2015).

#### 4.9.2 Keadilan (*justice*)

Memberikan informasi atau sebagai fasilitator kepada klien dengan tidak pandang strata dan berperilaku secara adil guna untuk memenuhi kebutuhan seseorang. Keadilan merupakan prinsip moral berlaku adil dan memberikan apa yang menjadi kebutuhan seseorang (Notoatmodjo, 2012). Peneliti telah memperlakukan semua responden sama dan tidak memandang siapa, seperti apa dan bagaimana responden. Berperilaku sopan, menghormati setiap keputusan responden dan memberi penjelasan atau informasi yang sama.

#### 4.9.3 Kemanfaatan (*Beneficience*)

Kemanfaatan merupakan prinsip untuk memberikan manfaat keseimbangan manfaat terhadap risiko dan menentukan cara terbaik untuk membantu seseorang. Peneliti telah menjelaskan mengenai manfaat yang didapat dari penelitian, seperti hasil dari penelitian ini dapat digunakan responden untuk mengetahui kualitas tidur orang dengan HIV/AIDS (ODHA).

#### 4.9.4 Asas otonomi (*autonomy*)

Etika keperawatan mengacu pada asas menghormati otonomi pasien. Hak dan kebebasan pasien sangat dijunjung tinggi dalam dunia keperawatan. Misalnya, pasien yang memiliki hak hak agar dapat mengetahui keputusan dalam pelayanan keperawatan. Hak untuk mendapatkan informasi tersebut adalah otonomi pasien yang harus dijunjung tinggi oleh seorang perawat, dan institusi yang menaunginya. Pelaksanaan asuhan keperawatan seorang perawat tidak boleh melanggar hak pasien.

Asas ini sangat diperlukan dalam tindakan adanya informed consent, *inform consent* merupakan upaya untuk melindungi hak pasien (Kurniawan, 2017) sehingga pasien dapat menentukan tindakan keperawatan secara mandiri. Keputusan yang diambil oleh pasien mengenai tindakan keperawatan pada dirinya tidak boleh diikut campuri oleh pihak manapun, baik itu dari petugas kesehatan.

#### 4.9.5 Uji Etik

Semua penelitian, khususnya yang menggunakan manusia sebagai subyek tidak boleh bertentangan dengan etika (Kurniawan, 2017). Oleh karena itu setiap penelitian yang menggunakan subyek manusia harus mendapatkan persetujuan dari Komisi Etika Kesehatan setempat. Sebelum peneliti dapat melakukan penelitian, penelitian ini telah mendapat persetujuan dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember dengan No.438/UN25.8/KEPK/DL/2019

## BAB 6. PENUTUP

### 6.1 Kesimpulan

- a. Karakteristik demografi orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di kabupaten Jember seperti jenis kelamin pada wanita sebanyak 59 ODHA dan laki laki sebanyak 41 ODHA, umur rata-rata usia 33 tahun, pendidikan terakhir pada ODHA yaitu tidak sekolah sebanyak 9 ODHA, SD sebanyak 27 ODHA, SMP sebanyak 28 ODHA, SMA sebanyak 31 ODHA dan perguruan tinggi sebanyak 5 ODHA, status pernikahan pada ODHA yang belum menikah sebanyak 24 ODHA, menikah sebanyak 68 ODHA dan cerai sebanyak 8 ODHA, pendapatan bulanan pada ODHA sebanyak 86 ODHA mempunyai pendapatan bulanan Rp. < 2.170.971.80 dan 14 ODHA mempunyai pendapatan bulanan Rp. > 2.170.971.80, ODHA yang mengkonsumsi obat sebanyak 99 ODHA dan yang tidak mengkonsumsi obat sebanyak 1 ODHA, kepatuhan ARV pada ODHA yang patuh pada ARV sebanyak 58 ODHA dan yang tidak patuh sebanyak 42 ODHA , status pekerjaan yang bekerja 62 ODHA dan yang tidak bekerja 38 ODHA, lama menderita rata rata lama menderita 4 tahun.
- b. Kualitas tidur orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Kabupaten Jember yaitu 30 responden ODHA memiliki kualitas tidur baik dan 70 responden ODHA yang memiliki kualitas tidur buruk.

## 6.2 Saran

Saran yang dapat diberikan terkait hasil serta pembahasan dalam penelitian ini adalah

a. Bagi institusi pendidikan

Saran bagi institusi pendidikan menjadi tambahan referensi dalam memperkaya keilmuan pada keperawatan HIV/AIDS terkait kualitas tidur pada kualitas tidur yang buruk pada ODHA.

b. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi referensi bagi peneliti selanjutnya untuk mengembangkan penelitian terkait analisis faktor-faktor lain yang dapat menyebabkan kualitas tidur pada ODHA. Selain itu, saran untuk peneliti selanjutnya mengenai faktor yang dapat mempengaruhi atau yang berhubungan dengan kualitas tidur pada ODHA.

c. Bagi masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan kepada masyarakat menjadi informasi akan pentingnya menjaga kualitas tidur.

d. Bagi Instansi Pelayanan Kesehatan

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai evaluasi khususnya bagi penyedia fasilitas kesehatan dalam meningkatkan promosi kesehatan/penyuluhan terkait informasi yang diperlukan masyarakat khususnya terkait dengan HIV/AIDS.

e. Bagi perawat dan konselor

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi perhatian khusus bagi perawat dan konselor dalam memberikan asuhan keperawatan pada orang

dengan HIV/AIDS. Sehingga dapat membantu ODHA untuk mendapatkan kualitas tidur yang baik dengan menilai kualitas tidur ODHA dan mengkaji faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas tidur pada ODHA.



## DAFTAR PUSTAKA

- Ahdiany, G. N., E. Widiyanti, N. Fitriani. 2017. Tingkat Kecemasan Terhadap Kematian Pada ODHA. *Journal Of Nursing*. 12(3):199–208.
- Alberthina, E. R., E. AT. 2014. Kadar Tgf-B1 Plasma dan Limfosit-T CD4 + di Penderita Yang Terinfeksi HIV Stadium I. *Indonesian Journal Of Of Clinical Pathology And Medical Laboratory*. Vol. 20, N
- Allavena, C., C. Hospitalier, U. De Nantes, C. Hospitalier, U. De Nantes. 2014. Prevalence And Risk Factors Of Sleep Disturbance In A Large HIV-Infected Poster Sessions Á Abstract P044 Prevalence and Risk Factors Of Sleep Disturbances In A Large HIV- Infected Adult Population. *Journal Of The International AIDS Society*. 17(November):2–3.
- Alzahrani, T., T. Nguyen, A. Ryan, A. Dwairy, J. Mccaffrey, R. Yunus, J. Forgione, J. Krepp, C. Nagy, R. Mazhari, Dan J. Reiner. 2019. Cardiovascular Disease Risk Factors And Population. *Cardiovascular Quality And Outcomes*. 12(April):1–7.
- Amelia, M. Hadisaputro, S. Laksono, B. Anies. Sofro, M, A. 2016. Faktor Risiko yang Berpengaruh Terhadap Kejadian HIV/AIDS Pada Laki-Laki Umur 25 - 44 Tahun D I Kota Dili, Timor Leste. *Epidemiologi Kesehatan Komunitas*. 1(1):9.
- Arif, A., Y. Ariyanto, Dan A. Ramani. 2016. Pemetaan Faktor Risiko Kejadian HIV/AIDS Di Kabupaten Jember Tahun 2015 HIV/AIDS Risk Factors Mapping In Kabupaten Jember On 2015. *Artikel Ilmiah Hasil Penelitian Mahasiswa 2016*
- Arriza, B. K., E. K. Dewi, D. Veronika, S. Kaloeti. 2011. Memahami Rekonstruksi Kebahagiaan Pada Orang Dengan HIV/AIDS ( ODHA ). *Jurnal Psikologi*. Vol 10, No(2)
- Avila-Figueroa, C. P. Delay. 2009. Impact Of The Global Economic Crisis On Antiretroviral Treatment Programs. *HIV THERAPY*. Vol. 3, No:545–548.
- Ayu, A. P. Yudah. 2013. Representasi Transgender dan Transeksual Dalam Pemberitaan di Media Massa: Sebuah Tinjauan Analisis Wacana Kritis. *Kriminologi Indonesia*. 9(1):37–49.
- Bariola, E., A. Lyons, W. Leonard, M. Pitts, P. Badcock, M. Couch. 2015. Demographic And Psychosocial Factors Associated With Psychological

Distress And Resilience Among Transgender Individuals. *American Journal Of Public Health*. 105(10):2108–2116.

Bush, A. L., M. E. A. Armento, B. J. Weiss, H. M. Rhoades, D. M. Novy, N. L. Wilson, M. E. Kunik, M. A. Stanley. 2012. The Pittsburgh Sleep Quality Index In Older Primary Care Patients With Generalized Anxiety Disorder : Psychometrics And Outcomes Following Cognitive Behavioral Therapy. *Psychiatry Research*. 199(1):24–30.

Buysse, D. J., C. F. Reynolds, T. H. Monk, S. R. Berman, D. J. Kupfer. 1989. The Pittsburgh Sleep Quality Index : A New Instrument Psychiatric Practice And Research. *Psychiatry Research*. 28(193-213)

Chasanah, N. 2017. Hubungan Kualitas Tidur dengan Kualitas Hidup Pada Lansia di Kelurahan Karangasem Kecamatan Laweyan Surakarta. Universitas Muhammadiyah Surakarta.

Crum-Cianflone, N. F., M. P. Roediger, D. J. Moore, B. Hale, A. Weintrob, A. Ganesan, L. E. Eberly, E. Johnson, B. K. Agan, Dan S. Letendre. 2012. Prevalence And Factors Associated With Sleep Disturbances Among Early-Treated HIV-Infected Persons. *Major Article HIV/AIDS*. 54:85–94.

Dabaghzadeh, F. 2015. *Associated Factors Of Suicidal Thoughts In HIV-Positive Individuals*. *Iranian J Psychiatry*. 10(5):185–191.

Dabaghzadeh F., P. . Hossein Khalili, P. Padideh Ghaeli, Ms. Abbas Alimadadi. 2013. Sleep Quality And Its Correlates In HIV Positive Patients Who Are Candidates For Initiation Of Antiretroviral Therapy. *Iranian Journal Of Psychiatry*. 8:4: 160-1(October):2–6.

Dos, S. I. K., K. Pablo, M. De Azevedo, F. Cavalcante, M. Melo, K. Kamila, F. De Lima, R. S. Pinto, P. Moreira, S. Dantas, H. J. De Medeiros, M. I. Knackfuss. 2018. Short Communication Lifestyle And Sleep Patterns Among People Living With And Without HIV / AIDS. *Rev Soc Bras Med Trop*. 51(January):513–517.

Elfitri, R. 2014. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kualitas Tidur Pada Orang dengan HIV/AIDS Di Yayasan Lantera Minangkabau Support Padang Tahun 2014. Padang.

Fandiani, Y. M., Wantiyah, P. P. Juliningrum. 2017. The Effect Of Dzikir Therapy On Sleep Quality Of College Students At School Of Nursing University Of Jember) Yulia. *Nurseline Journal*. 2(1)

- Fekete, E. M., S. L. Williams, M. D. Skinta, E. M. Fekete, S. L. Williams, M. D. S. Internalised. 2017. Internalised HIV-Stigma , Loneliness , Depressive Symptoms And Sleep Quality In People Living With HIV. *Psychology & Health*. 0446(August):1–18.
- Firdayanti, I. D. 2018. Hubungan Antara Kebersyukuran Dengan Kualitas Hidup Pada ODHA. Universitas Islam Indonesia Yogyakarta.
- Fraenkel, J. R., N. E. Wallen, H. H. Hyun. 1932. *How To Design And Evaluate Research In Education*. Edisi 8th Ed. Amerika Serikat: Mcgraw-Hill, A Business Unit Of The Mcgraw-Hill Companies, Inc., 1221 Avenue Of The Americas, New York, NY 10020 ISBN-10: 0-07-809785-1.
- Fransiska & E. Kurniawaty. 2015. Anemia Pada Infeksi HIV. 4(9):123–128.
- Gupta, S., M. Cho, J. Mrus. 2012. The Association Of HIV/AIDS Treatment Side Effects With Health Status , Work Productivity , And Resource Use. *AIDS Care*. Vol. 24, N(6)
- Gutierrez, J., E. M. Tedaldi, C. Armon, V. Patel, R. Hart, K. Buchacz. 2019. Sleep Disturbances In HIV-Infected Patients Associated With Depression And High Risk Of Obstructive Sleep Apnea. *SAGE*. 7: 1 –11:1–11.
- Hermawanti, P. M. W. 2011. Penerimaan Diri Perempuan Pekerja Seks Yang Menghadapi Status HIV Positif Di Pati Jawa Tengah. 3(2):94–103.
- Huang, X., H. Li, K. Meyers, W. Xia, Z. Meng, C. Li. 2017. *Burden Of Sleep Disturbances And Associated Risk Factors : A Cross- Sectional Survey Among HIV- Infected Persons On Antiretroviral Therapy Across China*. *Scientificreports*. (October 2016):1–8.
- Ibrahim, K, Y. K. H, L. Rahayuwati, B. E. Nuralisa. 2017. Hubungan Antara Fatigue , Jumlah Cd4 , Dan Kadar Hemoglobin Pada Pasien Yang Terinfeksi Human Immunodeficiency Virus ( HIV ) The Correlation Of Between Fatigue , CD4 Cell Count , And Hemoglobin Level Among HIV / AIDS Patients. *Padjadjaran Nursing Journal*. 5(3):271–280.
- Indah S. L. D, Afif, N.H. 2015. Manifestasi Kelainan Kulit Pada Pasien HIV & AIDS ( Manifestation Of Skin Disorders In HIV & AIDS Patients ). Vol. 27/ N:97–105.
- Kemenkes. 2006. Pelayanan Kefarmasian Untuk Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA). Jakarta: Bakti Husada. July 2006. Halaman 1–85.

- Kemendes RI. 2014a. Pedoman Pelaksanaan Pencegahan Penularan HIV dan Penularan HIV dan Sifilis Dari Ibu Ke Anak Bagi Tenaga Kesehatan. Jakarta: 2015. 2014
- Kemendes RI. 2014b. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 87 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pengobatan Antiretroviral dengan Rahmat Tuhan Yang Maha Esa Menteri Kesehatan Republik Indonesia,
- Kemendes RI. 2015. Pedoman Manajemen Program Pencegahan Penularan HIV dan Sifilis Dari Ibu Ke Anak. Jakarta: ISBN 978-602-235-869-5. 2015. Halaman 1–42.
- Kemendes RI. 2016. *Program Pengendalian HIV/AIDS Dan PIMS*. Jakarta
- Kemendes RI. 2018. *Laporan Perkembangan HIV/AIDS & Infeksi Menular Seksual (IMS) Triwulan II Tahun 2018 Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit*. Jakarta
- Kemendes RI. 2019. *Rencana Aksi Nasional Pengendalian HIV/AIDS*
- Kemendes RI, 2014. 2015. Peraturan Menteri Kesehatan RI No 87 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pengobatan Antiretroviral. *Kementrian Kesehatan RI*. 1–122.
- Kementerian Ketenagakerjaan. 2018. Upah Minimum Kabupaten/Kota Di Jawa Timur Tahun 2019. Surabaya. 2018.
- Kurniawan, D. E. 2017. Penyelesaian Masalah Etik Dan Legal Dalam Penelitian Keperawatan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Rustida*. 408–414.
- Liu, H., M. Zhao, J. Ren, X. Qi, H. Sun, L. Qu, C. Yan, T. Zheng. 2018. Identifying Factors Associated With Depression Among Men Living With HIV/AIDS And Undergoing Antiretroviral Therapy : A Cross-Sectional Study In Heilongjiang ., 1–10.
- Madrid-Valero, J. J., J. M. Martínez-Selva, B. R. Do Couto, J. F. Sánchez-Romera, J. R. Ordoñ, Nana. 2016. In The Adult Population. *Article In Press*. 5:1–5.
- Marta, E. S. 2019. Gambaran Kadar CD4 Penderita HIV/AIDS Sebelum dan Setelah Pemberian *Antiretroviral* (ARV) di RSUP dr M Djamil Padang Tahun 2015. XIII(1):60–67.
- Melinda Smith, M. A., L. Robinson, M. A. Robert Segal. 2018. *Sleep Needs What To*

*Do If You ' Re Not Getting Enough Sleep.* 2018

Nilifda, H. 2016. Hubungan Kualitas Tidur Dengan Prestasi Akademik Mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter Angkatan 2010 Fk Universitas Andalas. *Jurnal Kesehatan Andalas.* Vol 5, No (1):243–249.

Nogueira, Luciana F.R. 2019. Work, Sleep And Well-Being Associated With The Clinical Evolution Of People Living With HIV. 1–190.

Nursalam. 2015. *Metodologi Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis Edisi 3.* Jakarta: Salemba Medika.

Nursalam. 2007. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Terinfeksi Hiv.* Jakarta: Salemba Medika.

Oshinaike, O., A. Akinbami, O. Ojelabi, A. Dada, A. Dosunmu, S. J. Olabode. 2014. Quality Of Sleep In An HIV Population On Antiretroviral Therapy At An Urban Tertiary Centre In Lagos , Nigeria. *Neurology Research International.* 2014:1–6.

Pardita, D. P. Y.I. K. Sudibia. 2014. Analisis Dampak Sosial, Ekonomi, Dan Psikologis Penderita HIV/AIDS Di Kota Denpasar. Vol. 19, N:193–199.

Phillips, K. D., R. L. Sowell, M. Boyd, W. D. Dudgeon, G. A. Hand. 2005. Sleep Quality And Health-Related Quality Of Life In Hiv-Infected African-American Women Of Childbearing Age. *Quality Of Research.* 959–970.

Prakoso, D. I., Y. Setyaningsih, Dan B. Kurnawan. 2018. Hubungan Karakteristik Individu, Beban Kerja, Dan Kualitas Tidur Dengan Kelelahan Kerja Pada Tenaga Kependidikan Di Institusi Kependidikan X. 6, Nomor 2(April):88–93.

Pratama, P. A., R. I. Sulistyarini. 2012. Dukungan Keluarga Dan Depresi Pada Penderita HIV/AIDS Di Yogyakarta. *PSIKOLOGIKA.* 17(2):29–37.

Pujiati, E. & I. Febita. 2019. Pengaruh Spyritual Emotional Freedom Technique ( SEFT ) Terhadap Penurunan Tingkat Insomnia Pada Penderita HIV/AIDS. *Jurnal Profesi Keperawatan.* Vol. 6 No.(1):1–15.

Putri, F., N. L. T. Handayani, M. A. Huda. 2017. Pengaruh Rendam Kaki Air Hangat Terhadap Pemenuhan Tidur Pada Pasien Preoperatif Di Rsu Dr. H. Koesnadi. 5(2):82–87.

- Putri, W. A. 2014. Pengalaman Spiritual Pada Pengguna Napza Suntik (Penasun) Dengan HIV/AIDS Di Yayasan Lantera Minangkabau Support Padang : Studi Fenomenologi. 39
- Rahayu, R. T. H. W. 2017. Hubungan Tingkat Umur Dengan Kualitas Tidur Pada Lansia Di Posyandu Permadi Kelurahan Tlogomas Kecamatan Lowokwaru Malang. *Nursing News*. 2:119–127.
- Rahdatu, A. Widodo, V. Yulian. 2016. Hubungan Dukungan Sosial Dengan Kualitas Hidup ODHA Pada Kelompok Dukungan Sebaya Solo Plus Di Surakarta
- Rompas, M. E. D. P., B. J. K. Sefti., 2018. Hubungan Pola Tidur Dengan Prestasi Akademik Universitas Sam Ratulangi. *Ejournal Keperawatan*. 6(2)
- Rudimin, T. Harianto, W. Rahayu. 2017. Hubungan Tingkat Umur Dengan Kualitas Tidur Pada Lansia Di Posyandu Permadi Kelurahan Tlogomas Kecamatan Lowokwaru Malang. 2(1):119–127.
- Saberi, T. B. Neilands, Johnson. 2011. Quality Of Sleep : Associations With Antiretroviral Nonadherence. *AIDS Patient Care And Stds*. 25(9):1–9.
- Saberi, P., T. B. Neilands, M. O. Johnson., 2011. Quality Of Sleep : Associations With Antiretroviral Nonadherence. *AIDS Patient Care And Stds*. 25(9)
- Salsabilla, F., M. A. U. Sofro, S. Chasani, D. Ngestiningsih. 2015. Hubungan Antara Pemakaian Efavirenz Dengan Efek Samping Neuropsikiatri Pada Pasien HIV / AIDS. 4 No. 4 Ok(4):745–754.
- Sarfriyanda, J., D. Karim, A. P. Dewi. 2015. Hubungan Antara Kualitas Tidur Dan Kuantitas Tidur dengan Prestasi Belajar Mahasiswa. *JOM*. Vol.2 No. (2)
- Saurina, B. 2018. Faktor Determinan Yang Memengaruhi Kualitas Hidup Penderita HIV Pada Komunitas LSL (Lelaki Seks Dengan Lelaki) Di Kota Pematangsiantar Tahun 2018. Universitas Sumatra Utara.
- Setyoadi. 2017. Pengalaman ODHA Mendapatkan Dukungan Sosial Dalam Menjalani Kehidupan Sehari-Hari di Malang Raya. *Jurnal Ners*. Vol. 8 No.
- Sidjabat, F. N., D. Dan Humairoh, M. M. R. Estri. 2019. Hubungan Jenis Kelamin Dengan Kejadian Infeksi HBV dan HCV Pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA ). *Harm Reduction Journal*. 36(1):15–18.

- Silalahi, R. D. 2017. Hubungan Penggunaan Kondom Dengan Kejadian PMS Bagi Para Pengguna Jasa Seks Komersial Yang Berkunjung Pada Klinik Advent Batam. *Jurnal Ilmiah Zona Kesehatan*. Volume 11,(November)
- Sugiharti, Yuyun, Heny. 2014. Gambaran Kepatuhan Orang Dengan HIV-AIDS (ODHA) Dalam Minum Obat ARV Di Kota Bandung, Provinsi Jawa Barat, Tahun 2011-2012. *Indonesian Journal Of Reproductive Health*. 1–11.
- Tiemi, L., K. Ferreira, M. F. Ceolim. 2012. Sleep Quality In HIV-Positive Outpatients \*. Aug;46(4):
- UNAIDS. 2018. *UNAIDS Data 2018*. Switzerland
- Unzila, S. R., S. R. Nadhiroh, E. A. Triyono. 2016. Hubungan Kepatuhan Anti Retroviral Therapy ( ART ) Satu Bulan Terakhir Dengan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS di RSUD dr . Soetomo Surabaya. *Media Gizi Indonesia*. 11(1):24–31.
- Waluyo, A., P. A. Nova, C. Edison. 2007. Perilaku Perawat Terhadap Orang Dengan HIV/AIDS
- Wibbeler, T., S. Doris, I. H. Sebuah, S. Evers. 2012. Sleepiness And Sleep Quality In Patients With HIV Infection. *Journal Of Psychosomatic*. 72 (2012) :439–442.
- Yogani, I., T. H. Karyadi, A. Uyainah, S. Koesnoe. 2015. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kenaikan CD4 Pada Pasien HIV Yang Mendapat Highly Active Antiretroviral Therapy Dalam 6 Bulan Pertama. *Penyakit Dalam Indonesia*. 2(4):217–222.
- Zhang, L., Y. S. Sha, Q. Q. Kong. 2013. Factors That Affect Sleep Quality : Perceptions Made By Patients In The Intensive Care Unit After Thoracic Surgery. *Support Care Cancer*. (2013) 21:2091–2096.
- Zusy Aryanti, M. 2016. Faktor Resiko Terjadinya LGBT Pada Anak dan Remaja. 5(1):42–49.



# LAMPIRAN

Lampiran A. Lembar *Informed*

### SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Annisa Nur Ghosiyatul Aliyah

NIM 152310101317

Pekerjaan : Mahasiswa

Alamat : Jl. Mastrip Gg. blora No. 28, Kecamatan Sumbersari  
Kabupaten Jember

Bermaksud akan melakukan penelitian dengan Judul “Gambaran Kualitas Tidur Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) *Outpatient* di Kabupaten Jember”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana gambaran kualitas tidur orang dengan HIV/AIDS (ODHA) Jember. Manfaat dari penelitian ini yaitu dapat memberikan informasi bagaimana kualitas tidur orang dengan HIV/AIDS (ODHA). Prosedur penelitian akan dilakukan selama 1 kali pada ODHA. Pada penelitian ini, peneliti memberikan lembar kuesioner PSQI untuk mengetahui kualitas tidur orang dengan HIV/AIDS (ODHA).

Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi anda maupun lingkungan anda sebagai responden. Kerahasiaan semua informasi akan dijaga dan dipergunakan untuk kepentingan penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan semata. Jika anda bersedia menjadi responden, maka saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan, dan menjawab pertanyaan yang saya sertakan. Atas perhatian dan kesediaan menjadi responden saya ucapkan terimakasih.

Hormat saya

Annisa Nur Ghosiyatul Aliyah

NIM 152310101317

Kode responden:

**SURAT PERSETUJUAN RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama (Inisial) :

Umur :

Jenis Kelamin :

Tempat Tinggal :

Menyatakan bersedia menjadi responden penelitian dalam penelitian dari:

Nama : Annisa Nur Ghosyiyatul Aliyah

NIM : 152310101317

Program Studi : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Judul Penelitian : Gambaran Kualitas Tidur Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA)  
*Outpatient* di Kabupaten Jember

Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal-hal yang terkait dengan penelitian diatas dan saya diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban dari pertanyaan yang sudah saya berikan.

Jember .....2019

(.....)

Nama terang dan tanda tangan

**KARAKTERISTIK RESPONDEN****Petunjuk pengisian:**

- 1. Bacalah dengan cermat dan teliti setiap bagian pernyataan dalam kuesioner ini;**
- 2. Isilah titik-titik yang tersedia dengan jawaban yang benar;**
- 3. Isilah jawaban yang menurut Anda paling benar.**

1. Jenis Kelamin :

- Laki laki  
 Perempuan

2. Umur :

3. Pendidikan :

- Tidak Sekolah                       SMA/SLTA  
 SD     Perguruan Tinggi  
 SMP

4. Status Pernikahan :

- Belum Menikah                       Menikah                       Cerai

5. Pendapatan Bulanan :

- $\leq$  Rp 2.170.917,80`  
  $\geq$  Rp 2.170.917,80`

6. Konsumsi Obat ARV :

- Iya                       Tidak

7. Kepatuhan ARV : dalam 1 bulan terakhir apakah ada hari yang terlewat ARV?

- Ada                       Tidak

8. Pekerjaan :  Tidak Bekerja/Ibu RT

- Bekerja

9. Lama Menderita Penyakit :

Lampiran D. Kusioner PSQI

Kode responden:

### KUESIONER

Petunjuk Pengisian :

1. Beritahukan kepada responden bahwa pertanyaan-pertanyaan di bawah ini berhubungan dengan kebiasaan tidur responden selama satu bulan terakhir.
2. Beritahukan kepada responden bahwa jawaban yang responden berikan harus menunjukkan jawaban yang paling tepat pada sebagian besar kejadian di siang dan malam hari dalam satu bulan terakhir.

Pertanyaan :

1. Selama satu bulan terakhir, kapan (jam berapa) biasanya anda pergi tidur di malam hari ?  
.....
2. Selama satu bulan terakhir, berapa lama (dalam menit) yang biasanya anda butuhkan untuk mulai tertidur setiap malamnya ?  
.....
3. Selama satu bulan terakhir, kapan (jam berapa) biasanya anda bangun tidur di pagi hari ?  
.....
4. Selama satu bulan terakhir, berapa jam lamanya waktu tidur anda di malam hari ? (hal ini mungkin berbeda dengan jumlah jam yang anda habiskan di tempat tidur)  
.....

Untuk setiap pertanyaan di bawah ini, pilih jawaban yang paling tepat.  
Silahkan menjawab seluruh pertanyaan di bawah ini.

5. Selama satu bulan terakhir, seberapa sering anda mengalami masalah dalam tidur karena anda ...

a. Tidak dapat tidur dalam waktu 30 menit

- tidak selama satu bulan terakhir
- kurang dari sekali seminggu
- sekali atau dua kali seminggu
- tiga kali atau lebih dalam seminggu

b. terbangun di tengah malam atau dini hari

- tidak selama satu bulan terakhir
- kurang dari sekali seminggu
- sekali atau dua kali seminggu
- tiga kali atau lebih dalam seminggu

c. harus bangun untuk pergi ke kamar mandi

- tidak selama satu bulan terakhir
- kurang dari sekali seminggu
- sekali atau dua kali seminggu
- tiga kali atau lebih dalam seminggu

d. tidak dapat bernapas dengan nyaman

- tidak selama satu bulan terakhir
- kurang dari sekali seminggu
- sekali atau dua kali seminggu
- tiga kali atau lebih dalam seminggu

e. batuk atau mendengkur dengan keras

- tidak selama satu bulan terakhir
- kurang dari sekali seminggu
- sekali atau dua kali seminggu
- tiga kali atau lebih dalam seminggu

f. merasa terlalu dingin

- tidak selama satu bulan terakhir
- kurang dari sekali seminggu
- sekali atau dua kali seminggu
- tiga kali atau lebih dalam seminggu

g. merasa terlalu panas

- tidak selama satu bulan terakhir
- kurang dari sekali seminggu
- sekali atau dua kali seminggu

tiga kali atau lebih dalam seminggu

h. mengalami mimpi buruk

tidak selama satu bulan terakhir

kurang dari sekali seminggu

sekali atau dua kali seminggu

tiga kali atau lebih dalam seminggu

i. mengalami nyeri

tidak selama satu bulan terakhir

kurang dari sekali seminggu

sekali atau dua kali seminggu

tiga kali atau lebih dalam seminggu

j. jika terdapat alasan lain, dapat dijelaskan

.....  
selama satubulan terakhir, seberapa sering anda mengalami masalah dalam tidur karena hal tersebut ?

tidak selama satu bulan terakhir

kurang dari sekali seminggu

sekali atau dua kali seminggu

tiga kali atau lebih dalam seminggu

6. Selama satu bulan terakhir, bagaimanakah anda menilai kualitas tidur anda secara keseluruhan?

Sangat baik

Cukup baik

Cukup buruk

Sangat buruk

7. Selama satu bulan terakhir, seberapa sering anda minum obat untuk membuat anda tidur?

Tidak selama satu bulan terakhir

Kurang dari sekali seminggu

Sekali atau dua kali seminggu

Tiga kali atau lebih dalam seminggu

8. Selama satu bulan terakhir, seberapa sering anda mengalami kesulitan untuk tetap terjaga ketika mengemudikan kendaraan, makan, atau terlibat dalam kegiatan sosial?

Tidak selama satu bulan terakhir

Kurang dari sekali seminggu

Sekali atau dua kali seminggu

Tiga kali atau lebih dalam seminggu

9. Selama satu bulan terakhir, berapa banyak masalah yang anda hadapi?

Tidak ada masalah sama sekali

Sangat sedikit masalah

Sedikit masalah

Masalah yang sangat besar

10. Apakah anda memiliki teman sekamar?

Tidak memiliki teman sekamar

Teman sekamar di kamar yang berbeda  
Teman sekamar dalam kamar yang sama, namun berbeda tempat tidur

Teman sekamar dalam tempat tidur yang sama

Jika anda memiliki teman sekamar, tanyakan pada teman sekamar anda seberapa sering anda mengalami hal berikut ini selama satu bulan terakhir

a. Mendengkur dengan keras

Tidak selama satu bulan terakhir

Kurang dari sekali seminggu

Sekali atau dua kali seminggu

Tiga kali atau lebih dalam seminggu

b. Jeda panjang antara napas saat tidur

Tidak selama satu bulan terakhir

Kurang dari sekali seminggu

- Sekali atau dua kali seminggu
- Tiga kali atau lebih dalam seminggu

c. Kaki berkedut atau menyentak saat tidur

- Tidak selama satu bulan terakhir
- Kurang dari sekali seminggu
- Sekali atau dua kali seminggu
- Tiga kali atau lebih dalam seminggu

d. Episode disorientasi atau kebingungan selama tidur

- Tidak selama satu bulan terakhir
- Kurang dari sekali seminggu
- Sekali atau dua kali seminggu
- Tiga kali atau lebih dalam seminggu

e. Kegelisahan lain saat anda tidur, silahkan dijelaskan

.....

- Tidak selama satu bulan terakhir
- Kurang dari sekali seminggu
- Sekali atau dua kali seminggu
- Tiga kali atau lebih dalam seminggu

(Sumber: S Buysse *et al* dalam Ratnasari, 2016)

Lampiran E. Tabel Waktu Penelitian

Kegiatan	Februari				Maret				April				Mei				Juni				Juli			
	Minggu ke-																							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Pengajuan Judul				■																				
Penyusunan Proposal					■	■	■	■	■	■	■	■												
Seminar Proposal												■	■	■	■	■								
Revisi Seminar Proposal												■	■	■	■	■								
Pengambilan Data																	■	■	■	■	■	■	■	■
Penyusunan Laporan																					■	■	■	■
Sidang Hasil																								■
Revisi Hasil																								■
Publikasih Ilmiah																								■

Tabel 4.1 Waktu Penelitian

## Lampiran F : Surat Keterangan Studi Pendahuluan



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
**UNIVERSITAS JEMBER**  
**FAKULTAS KEPERAWATAN**  
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ns. Ahmad Rifai S.Kep., M.S.

NIP : 19850207 201504 1 001

Menerangkan dengan sebenarnya bahwa :

Nama : Annisa Nur Ghosiyatul Aliyah

NIM : 152310101317

Jurusan : Ilmu Keperawatan

Fakultas : Keperawatan

Telah melakukan studi pendahuluan di Yayasan Laskar Langkah Sehat dan Berkarya untuk menyusun skripsi dengan judul **“Gambaran Kualitas Tidur Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA) di Kabupaten Jember”** pada tanggal 22 April 2019 dengan hasil data Jumlah ODHA sebanyak 692 orang dan AIDS sebanyak 208 orang di Kabupaten Jember pada tahun 2018.

Demikian surat keterangan ini dibuat agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Jember, 26 April 2019

Dosen Pembimbing Utama

Ns. Ahmad Rifai S.Kep., M.S.

NIP 19850207 201504 1 001

## Lampiran G : Surat Izin Penelitian



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS JEMBER

FAKULTAS KEPERAWATAN

Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember

Nomor : 2934/UN25.1.14/LT/2019 Jember, 28 May 2019  
Lampiran : -  
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Yth. Ketua LP2M  
Universitas Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Annisa Nur Ghosiyatul Aliyah  
N I M : 152310101317  
keperluan : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian  
judul penelitian : Gambaran Kualitas Tidur Orang dengan HIV dan AIDS (ODHA)  
Outpatient di Kabupaten Jember  
lokasi : LSM Laskar Jember  
waktu : satu bulan

mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



Ns. Lantini Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.  
NIP. 19780323 200501 2 002

## Lampiran H. Surat Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian



**YAYASAN LASKAR**  
**“LANGKAH SEHAT DAN BERKARYA”**  
**Jin. Moh Seruji No 36 Dukuh Dempok Wuluhan-Jember Telp. 085204973822**

**SURAT KETERANGAN**

**Nomor:** 592/Laskar/VI/2019

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : M. Nur Khamid, S.KM., M.Kes.  
Jabatan : Ketua  
Unit Kerja : Yayasan Laskar ( Langkah Sehat dan Berkarya) Kabupaten Jember

Dengan ini menerangkan bahwa sesungguhnya:

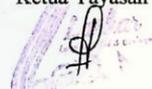
Nama : Annisa Nur Ghosiyatul Aliyah  
NIM : 152310101317  
Fakultas : Keperawatan, Universitas Jember

Telah selesai melaksanakan kegiatan penelitian di Yayasan LASKAR Kabupaten Jember dengan judul “Gambaran Kualitas Tidur Orang dengan HIV AIDS (ODHA) *Outpatient* di Kabupaten Jember” pada tanggal 28 Mei 2019 s/d 28 Juni 2019.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Jember, 30 Juni 2019

Ketua Yayasan LASKAR

  
M. Nur Khamid, S.KM., M.Kes



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK)  
 FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI UNIVERSITAS JEMBER  
 (THE ETHICAL COMMITTEE OF MEDICAL RESEARCH  
 FACULTY OF DENTISTRY UNIVERSITAS JEMBER)

### ETHIC COMMITTEE APPROVAL

No.438/UN25.8/KEPK/DL/2019

Title of research protocol : "Overview Of Sleep Quality People With AIDS HIV (ODHA) Outpatient  
 In The District Of Jember"

Document Approved : Research Protocol

Principal investigator : Annisa Nur Ghosyiatul A

Member of research : 1. Ns. Ahmad Rifai S. Kep., M.S.  
 2. Ns. Alfid Tri Afandi, S.Kep., M.Kep  
 3. Ns. Muhamad Zulfatul A'la S.Kep., M.Kep  
 4. Ns. Dicky Endrian Kurniawan, S.Kep., M.Kep

Responsible Physician : Annisa Nur Ghosyiatul A

Date of approval : 4 Minggu 24<sup>th</sup>, 2019

Place of research : LSM (Lembaga Swadaya Masyarakat) Laskar Jember

The Research Ethic Committee Faculty of Dentistry Universitas Jember States That  
 the above protocol meets the ethical principle outlined and therefore can be carried out.

Jember, May 27<sup>th</sup>, 2019

Dean of Faculty of Dentistry  
 Universitas Jember  
  
 (drg. R. R. Hardyan P. M. Kes, Sp. Pros)

Chairperson of Research Ethics Committee  
 Faculty of Dentistry Universitas Jember  
  
 (Dewa Ayu Ratna Dewanti, M.S)

Lampiran J. Hasil Penelitian

1. Uji Normalitas Data

### One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

	Umur	Lama Menderita
N	100	100
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	32,67
	Std. Deviation	7,063
Most Extreme Differences	Absolute	,131
	Positive	,131
	Negative	-,081
Kolmogorov-Smirnov Z	1,307	2,106
Asymp. Sig. (2-tailed)	,066	,000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

### Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Umur	100	20	60	32,67	7,063
Lama Menderita	100	1	15	3,56	2,754
Valid N (listwise)	100				

## 2. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden

### Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Laki-Laki	41	41,0	41,0	41,0
Valid Perempuan	59	59,0	59,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

### Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Sekolah	9	9,0	9,0	9,0
SD	27	27,0	27,0	36,0
Valid SMP	28	28,0	28,0	64,0
SMA	31	31,0	31,0	95,0
PT	5	5,0	5,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

### Status Pernikahan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Belum Menikah	24	24,0	24,0	24,0

Menikah	68	68,0	68,0	92,0
Cerai	8	8,0	8,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

### Pendapatan Bulanan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<2.170.917.800	86	86,0	86,0	86,0
Valid >2.170.917.800	14	14,0	14,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

### Konsumsi Obat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ya	99	99,0	99,0	99,0
Valid Tidak	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

### Kepatuhan ARV

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ada	42	42,0	42,0	42,0
Tidak	58	58,0	58,0	100,0

Total	100	100,0	100,0
-------	-----	-------	-------

### Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Bekerja / IRT	38	38,0	38,0	38,0
Valid Bekerja	62	62,0	62,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

### Kualitas Tidur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Baik	30	30,0	30,0	30,0
Valid Buruk	70	70,0	70,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

### 3. Distribusi Frekuensi Komponen Kualitas Tidur (PSQI)

#### Kualitas Tidur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
		t		

	sangat baik	27	27,0	27,0	27,0
	cukup baik	62	62,0	62,0	89,0
Valid	kurang baik	11	11,0	11,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

### Latensi Tidur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	0 - 15 menit	28	28,0	28,0
	>15 - 30 menit	26	26,0	54,0
Valid	> 30 - 60 menit	34	34,0	88,0
	> 60 menit	12	12,0	100,0
	Total	100	100,0	

### Durasi Tidur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	> 7 jam	44	44,0	44,0
Valid	< 7 - 6 jam	30	30,0	74,0

< 6 - 5 jam	16	16,0	16,0	90,0
< 5 jam	10	10,0	10,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

### Efisiensi Kebiasaan Tidur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
> 85%	1	1,0	1,0	1,0
< 85% - 75%	9	9,0	9,0	10,0
Valid <75% - 65%	88	88,0	88,0	98,0
<65%	2	2,0	2,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

### Gangguan Ketika Tidur Malam

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak pernah	4	4,0	4,0	4,0
< 1 minggu sekali	60	60,0	60,0	64,0

> 1 atau 2 dalam minggu	29	29,0	29,0	93,0
3 atau lebih dalam minggu	7	7,0	7,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

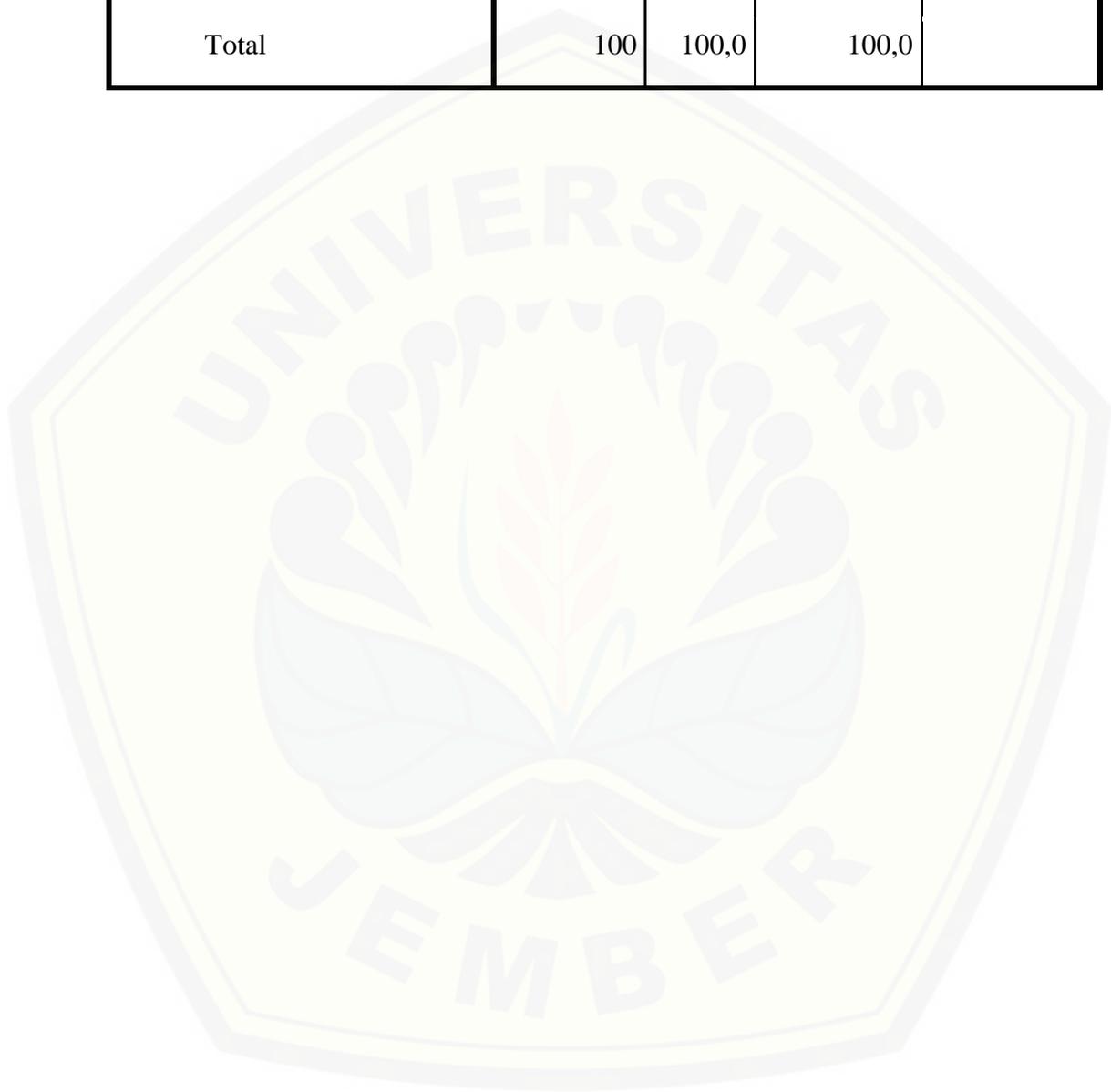
### Menggunakan Obat tidur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
tidak pernah	80	80,0	80,0	80,0
< satu minggu sekali	12	12,0	12,0	92,0
> satu atau dua dalam minggu	4	4,0	4,0	96,0
3 atau lebih dalam minggu	4	4,0	4,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

### Disfungsi aktivitas Pada Siang Hari

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
tidak pernah	42	42,0	42,0	42,0
< satu minggu sekali	39	39,0	39,0	81,0

> satu atau dua dalam minggu	15	15,0	15,0	96,0
3 atau lebih dalam minggu	4	4,0	4,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	



Lampiran K : Dokumentasi

## Catatan Penelitian Skripsi pada ODHA di Kabupaten Jember

Nama : Annisa Nur Ghosiyatul Aliyah

NIM : 152310101317

Judul : Gambaran Kualitas Tidur Orang dengan HIV AIDS (ODHA) *Outpatient* di Kabupaten Jember

No	Tanggal	Kegiatan	Keterangan	Jumlah Responden	Paraf LSM
1.	29 Mei 2019	Mengambil data hari ke 1	Responden yang di dapat : 18 orang Menolak : - Berhalangan : 0	Responden 16	 LSM : P. Imron
2.	2 Juni 2019	Mengambil data hari ke 2	Responden yang di dapat : 19 orang Menolak : - Berhalangan : 1	Responden 20	 LSM : P. Imron
3.	15 Juni 2019	Mengambil data hari ke 3	Responden yang di dapat : 18 orang Menolak : - Berhalangan : 5	Responden 23	 LSM : P. Imron
4.	24 Juni 2019	Mengambil data hari ke 4	Responden yang di dapat : 19 orang Menolak : - Berhalangan : 5	Responden 19	 LSM : P. Imron
5.	27 Juni 2019	Mengambil data hari ke 5	Responden yang di dapat : 15 orang Menolak : - Berhalangan : 2	Responden 17	 LSM : Bu. Wiwik
6.	28 Juni 2019	Mengambil data hari ke 6	Responden yang di dapat : 11 orang Menolak : - Berhalangan : 4	Responden 22	 LSM : Bu. Wiwik

Jember, 30 Juni 2019  
Mengetahui  
LSM

  
(.....)

Lampiran L. Lembar Bimbingan DPU

**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI**  
**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN**  
**FAKULTAS KEPERAWATAN**

Nama : Annisa Nur Ghosyiatul Aliyah

Dosen Pembimbing I : Ns. Ahmad Rifai S.Kep., M.S.

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tambah dan baca artikel "febril"</li> <li>- tambah "fever" yg rll.</li> </ul>	
19/2/19	Bab I	<ul style="list-style-type: none"> <li>- bus matrix</li> <li>- Keadaa hiler pada penderita HIV/AIDS</li> </ul>	
29/2/19	Bab 1-4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ketersang plesi PSQI → literatur version. c</li> <li>- rumus lab (← 4).</li> </ul>	
19/3/19	Bab 1-4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki bab 1</li> <li>- Susun ulang bab 2 (tentang Perawatan hiler).</li> <li>- Ilut kejituan Laska by 2425.</li> </ul>	
1/4/2019	bab 1-4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki lat. belalang → skala gangan piler ODPA</li> <li>- Perbaiki bab 2 → 95 hiler pada ODPA.</li> <li>- Perbaiki K-teori &amp; k. kasy.</li> </ul>	

**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI**  
**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN**  
**FAKULTAS KEPERAWATAN**

Nama : Annisa Nur Ghosyiatul Aliyah

Dosen Pembimbing I : Ns. Ahmad Rifai S.Kep., M.S.

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
8/4/2019	bab 1-4	- Lempiran" lengkap - pahami scoring keperawatan - pahami bab 4	
22/4/2019		ACC Skripsi	

**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI**  
**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**  
**FAKULTAS KEPERAWATAN**

Nama : Annisa Nur Ghosyiyatul Aliyah

Dosen Pembimbing I : Ns. Ahmad Rifai, S.Kep., M.S

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
09-07 2019	- Bab 4/5	- cek salah titik. - Perbaiki presentasi hasil (tabel) - Legenda tabel	
12/7 2019	- bab 4 - bab 5	- Perbaiki struktur penulisan - cek lagi penulisan/scoring di Depresi Operasional. - bahas per indikator	
15/7 2019	- Abstrak - bab 5	- Perbaiki secara penulisan: I-M-R-A-D - pertajam penulisan. - break down penjelasan pada "many" ini keter	
14/7 2019	- Abstrak - bab 5-6	- perbaiki abstrak - buatlah di discussion. - finishing di DPA.	
17/7 2019		ACE Sidang - cek format ke DPA	

Lampiran L. Lembar Bimbingan DPA

**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI**  
**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN**  
**FAKULTAS KEPERAWATAN**

Nama : Annisa Nur Ghosyiyatul Aliyah  
Dosen Pembimbing II : Ns. Alfid Tri Afandi, S.Kep., M.Kep

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
03 Maret 2018	Konsultasi kuesioner Pscal	- FINDER kuesioner - Masalah apa saja lalu di taruh di Bab 1 - Metodenya seperti apa?	
27 Maret 2019	Konsultasi Bab 1 Metode diperbaiki	- Kerangkanya ditambah - Metode di perbaiki - Buat definisi operasional - Bab 1-4	
9 April 2019	Konsultasi Bab 1-4	- Bab 1-4 - tambah peran perawat di bab 2 - Perbaiki Bab 4.	
23 April 2019	Konsultasi Bab 1-4	- Uji Turmuis - Perbaiki	
26 April 2019	Perbaikanturnitin	- ACC Uji Sempurna	
15 Juli 2019	Konsultasi bab 4, 5-6	- Dimusutkan caranya pen yajian data normal tidak - manfaat penelitian u/responden - Perbanyak referensi - Bab 6 sesuai tujuan penelitian	
16 Juli 2019	Konsultasi revisi bab 4-6	+ Opini setiap indikator kua litas tidur - Saran bagi masyarakat di ganti - stat ment UMR untuk pendapatan - perbanyak di pembahasan kuali tas tidur tiap komponen/indi kator.	

