



**HUBUNGAN ANTARA LAMA PEMBERIAN ANTI RETROVIRAL
THERAPY (ART) DENGAN KUALITAS HIDUP ORANG
DENGAN HIV/ AIDS (ODHA) DI KLINIK VCT
RSUD KABUPATEN KEDIRI**

SKRIPSI

Oleh

**Anggia Damayanti
NIM 152310101243**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2019**



**HUBUNGAN ANTARA LAMA PEMBERIAN *ANTI RETROVIRAL
THERAPY* (ART) DENGAN KUALITAS HIDUP ORANG
DENGAN HIV/ AIDS (ODHA) DI KLINIK VCT
RSUD KABUPATEN KEDIRI**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan dan mencapai gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)

Oleh

**Anggia Damayanti
NIM 152310101243**

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

2019

ii

PERSEMBAHAN

Skripsi yang berjudul Hubungan antara Lama Pemberian Anti Retroviral Therapy (ART) dengan Kualitas Hidup Orang dengan HIV/ AIDS (ODHA) di Klinik VCT RSUD Kabupaten Kediri, saya persembahkan kepada:

1. Ibunda Ela Renaningsih, Ayahanda Arif Kurniawan, Kakakku Wily Angga Sevtiawan, serta seluruh keluarga besar yang selalu memberikan segala bentuk dukungan setiap hari;
2. Almamater TK Dharma Wanita Kasreman, SDN Kasreman, SMPN 1 Dringu, MAN 3 Kediri, serta seluruh Bapak/ Ibu guru;
3. Almamater Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember dan Bapak/ Ibu dosen yang telah memberikan nasihat serta ilmunya selama ini;
4. Seluruh responden serta pegawai/ staff di klinik VCT dan RSUD Kabupaten Kediri yang membantu dalam kelancaran penelitian;
5. Teman-teman angkatan 2015 khususnya kelas C yang telah memberikan dukungan dan motivasi selama penyusunan skripsi ini;
6. Sahabat dan teman saya Bayu, Dhanang, Bintang, Yunidar, Zuliana, Dwi Ayu, yang senantiasa menemani dan membantu saya menyelesaikan skripsi ini;
7. Teman-teman se-DPU dan se-DPA, Kresna, Asif, Desty, yang tidak dapat saya sebutkan satu per satu yang selalu membantu saya.

MOTO

Boleh jadi kamu membenci sesuatu, padahal itu baik bagimu. Dan boleh jadi pula kamu menyukai sesuatu, padahal itu tidak baik bagimu. Sesungguhnya Allah Maha Mengetahui sedangkan kamu tidak mengetahui apa-apa (terjemahan QS. Al-Baqarah ayat 216)^{*}



* A.K. 2014. Ya Allah Tolong Aku. Jakarta: Elex Media Komputindo

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Anggia Damayanti

NIM : 152310101243

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Hubungan antara Lama Pemberian Anti Retroviral Therapy (ART) dengan Kualitas Hidup Orang dengan HIV/ AIDS (ODHA) di Klinik VCT RSUD Kabupaten Kediri” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan oleh institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isi sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

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

Jember, Mei 2019

Yang menyatakan

Anggia Damayanti

NIM 152310101243

PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul "Hubungan antara Lama Pemberian Anti Retroviral Therapy (ART) dengan Kualitas Hidup Orang dengan HIV/ AIDS (ODHA) di Klinik VCT RSUD Kabupaten Kediri" karya Anggia Damayanti telah diuji dan disahkan pada:

hari, tanggal : 24 Mei 2019

tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan,
Universitas Jember

Mengetahui,

Dosen Pembimbing Utama

Dosen Pembimbing Anggota



Ns. Ahmad Rifai, S.Kep., M.S.
NIP 19850207 201504 1 001



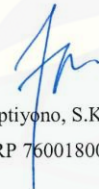
Ns. Dicky Endrian Kurniawan, S.Kep., M.Kep.
NRP 760016846

Penguji I

Penguji II



Ns. Nur Widayati, S.Kep., MN
NIP 19810610 200604 2 001



Ns. Eka Afdi Septiyono, S.Kep., M.Kep.
NRP 760018005

Mengesahkan,

Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Jember



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

SKRIPSI

HUBUNGAN ANTARA LAMA PEMBERIAN *ANTI RETROVIRAL THERAPY* (ART) DENGAN KUALITAS HIDUP ORANG DENGAN HIV/ AIDS (ODHA) DI KLINIK VCT RSUD KABUPATEN KEDIRI

Oleh

**Anggia Damayanti
NIM 152310101243**

Pembimbing

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

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Dicky Endrian Kurniawan, S.Kep., M.Kep

Hubungan antara Lama Pemberian *Anti Retroviral Therapy* (ART) dengan Kualitas Hidup Orang dengan HIV/ AIDS (ODHA) di Klinik VCT RSUD Kabupaten Kediri (*Relationship between Duration of Anti Retroviral Therapy (ART) with Quality of Life among People Living with HIV/ AIDS (PLWHA) in VCT Clinic of Kediri General Hospital*)

Anggia Damayanti

Faculty of Nursing, University of Jember

ABSTRACT

People Living with HIV/AIDS (PLWHA) need to aware of their Quality of Life since this kind of chronic illness may impact in all aspects of patient's life: physical, pshycological, soial and spiritual. Anti Retroviral Therapy (ART) is one of the medicine that can be done to maintain quality of life among PLWHA. This research aimed to analyzed the relationship between length of ARV therapy with quality of life among PLWHA in VCT Clinic of Kediri General Hospital. This research is correlational with cross-sectional analytic approach made 84 participants by used the technique of consecutive sampling. Data collection used the questionnaire to measured the characteristics of participants that is the questionnaire of respondents characteristic and the quality of life (WHOQOL-HIV BREF). Spearman Rank was used to analyzed relationship between two variables of this research. In this research 84 participants are identified, 60,7% are women, 76,8 are between 25-49 years old, 35,7% had a high school level of education, 60,7% are married, 90,5% are heterosexual, 33,3% are housewife, length of ARV therapy has a median of 18 months with minimum-maximum value 1-144 months and the score of quality of life is good with the median value of 85 and minimum-maximum score 49-98. Length of ARV therapy associated with quality of life ($p\text{-value} < 0.001$; $r = 0,473$). PLWHA who took ARV therapy have a better quality of life because they have a better physical condition. This physical condition directly affected another indicators of quality of life like pshycological dan level of independence among PLWHA. Recommendations from this study is necessary interventions to empower PLWHA to continue take the ARV therapy. In addition, is necessary to provide education and health promotion among PLWHA about ARV therapy and it benefits to their quality of life.

Keywords: *Quality of Life, length of ARV therapy, PLWHA*

RINGKASAN

Hubungan antara Lama Pemberian *Anti Retroviral Therapy* (ART) dengan Kualitas Hidup Orang dengan HIV/ AIDS (ODHA) di Klinik VCT RSUD Kabupaten Kediri; Anggia Damayanti, 152310101243; 2019: 91 halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Jember.

HIV/ AIDS merupakan masalah kesehatan global yang terus berkembang dan menjadi perhatian dunia. Indonesia sendiri termasuk negara dengan jumlah infeksi baru terbanyak di negara-negara Asia setelah India dan China. Provinsi Jawa Timur menduduki peringkat kedua terbanyak setelah DKI Jakarta dengan jumlah ODHA sebanyak 38.102 jiwa dan hanya 10.516 yang aktif menjalankan terapi ARV. Seperti penyakit kronik lainnya, pada penyakit HIV/ AIDS, kualitas hidup ODHA juga merupakan hal yang penting untuk diperhatikan. Kualitas hidup pada ODHA itu sendiri menjadi rentan untuk mengalami penurunan akibat adanya masalah secara fisiologis, maupun masalah secara psikologisnya. Terapi yang tersedia bagi pasien HIV/AIDS adalah ART (*anti retroviral therapy*). Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan antara lama pemberian *anti retroviral therapy* (ART) dengan kualitas hidup orang dengan HIV/ AIDS (ODHA) di klinik VCT RSUD Kabupaten Kediri.

Penelitian ini menggunakan desain analitik korelasional dengan pendekatan *cross-sectional*. Teknik pengambilan sampel yang digunakan dengan metode *non probability sampling* dengan cara *consecutive sampling*, sehingga diperoleh partisipan sebanyak 84 ODHA. Kuesioner yang digunakan yaitu karakteristik responden untuk mengetahui karakteristik partisipan dan WHOQOL-HIV BREF untuk mengukur kualitas hidup ODHA. Analisa data menggunakan uji *Spearman Rank* dengan signifikansi $p < 0,005$.

Berdasarkan hasil penelitian ini diketahui bahwa lama terapi ARV yang dijalani ODHA bervariasi dengan nilai tengah 18 bulan dan nilai minimum-maksimum 1-144 bulan. Sementara untuk nilai kualitas hidup ODHA diketahui

baik dengan nilai tengah 85 dan nilai minimum-maksimum 49-98. Kemudian pada hasil uji bivariat penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan dengan kekuatan korelasi sedang antara lama terapi ARV dengan kualitas hidup ODHA di Klinik VCT RSUD Kabupaten Kediri ($p\text{-value}<0,001$; $r=0,473$). Selain itu, hasil penelitian menunjukkan bahwa hubungan memiliki arah positif yang berarti bahwa semakin besar nilai variabel lama terapi ARV, maka semakin besar pula nilai variabel kualitas hidup.

Kesimpulan dari penelitian ini yaitu adanya hubungan antara lama terapi ARV dengan kualitas hidup ODHA di Klinik VCT RSUD Kabupaten Kediri. Bagi petugas kesehatan di Klinik VCT RSUD Kabupaten Kediri diharapkan dapat turut berperan aktif dalam pemberian pendidikan dan konseling kesehatan untuk meningkatkan kesadaran ODHA akan pentingnya menjalani terapi ARV. Selanjutnya untuk peneliti diharapkan dapat meneliti faktor-faktor lain yang dapat memengaruhi kualitas hidup selain yang sudah diujikan pada penelitian ini.

PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan Antara Lama Pemberian *Anti Retroviral Therapy* (ART) dengan Kualitas Hidup Orang dengan HIV/ AIDS (ODHA) di Klinik VCT RSUD Kabupaten Kediri”. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) di Fakultas Keperawatan Universitas Jember. Skripsi ini dapat selesai dengan bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, peneliti ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
2. Ns. Kushariyadi, S.Kep., M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan dan arahan selama melaksanakan studi di Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
3. Ns. Ahmad Rifai, S.Kep., M.S., selaku Dosen Pembimbing Utama yang telah membimbing, memberikan masukan dan saran sehingga proposal skripsi ini dapat tersusun dengan baik;
4. Ns. Dicky Endrian Kurniawan, S.Kep., M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah memberikan bimbingan, arahan, motivasi dan saran sehingga proposal skripsi ini dapat tersusun dengan baik;
5. Ns. Nur Widayati, S.Kep., MN, selaku dosen Penguji I yang telah memberikan saran dan masukan demi kesempurnaan skripsi ini;
6. Ns. Eka Afdi Septiyono, S.Kep., M.Kep., selaku dosen Penguji II yang telah memberikan saran dan masukan demi kesempurnaan skripsi ini;
7. Pegawai dan Staf Klinik VCT RSUD Kabupaten Kediri, selaku pembimbing selama di lapangan yang telah memberikan arahan demi kelancaran proses pengambilan data;
8. Pihak lain yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu, yang telah turut membantu dalam penyusunan skripsi ini;

penulis menyadari bahwa penulisan skripsi ini masih memiliki banyak kekurangan dan jauh dari kesempurnaan, baik dari segi substansi maupun penyusunannya, untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang dapat membangun skripsi ini menjadi lebih baik.

Akhir kata penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi membantu dalam penyelesaian skripsi ini.

Jember, Mei 2019

Penulis



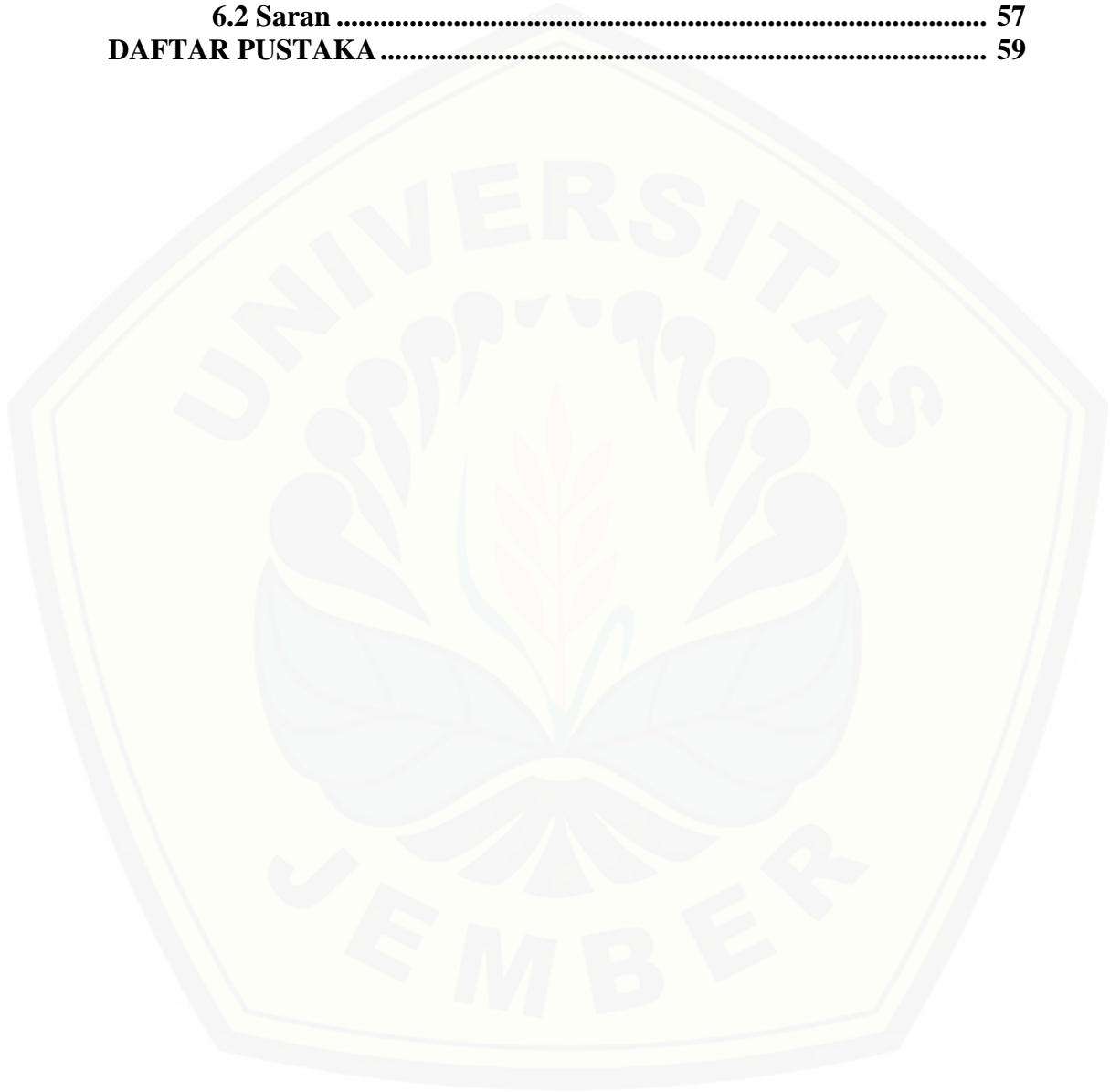
DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
MOTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
PENGESAHAN	vi
ABSTRAK	viii
RINGKASAN	ix
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat	4
1.4.1 Manfaat Bagi Peneliti.....	4
1.4.2 Manfaat Bagi Masyarakat	4
1.4.3 Manfaat Bagi Pelayanan Kesehatan	4
1.4.4 Manfaat Bagi Institusi Pendidikan	5
1.5 Keaslian Penelitian	5
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Dasar HIV/ AIDS	8
2.1.1 Definisi	8
2.1.2 Epidemiologi	8
2.1.3 Etiologi	9
2.1.4 Cara Penularan	9
2.1.5 Patofisiologi	9
2.1.6 Manifestasi Klinis	10
2.1.7 Pemeriksaan	12
2.1.8 Penatalaksanaan	14
2.2 Anti Retroviral Therapy (ART)	14
2.2.1 Indikasi Memulai ART.....	14
2.2.2 ART Lini Pertama	15
2.2.3 ART Lini Kedua.....	16
2.2.4 ART Lini Ketiga.....	17
2.2.5 Efek Samping ART	18
2.2.6 Diagnosis kegagalan Terapi ARV	21
2.3 Kualitas Hidup	22
2.3.1 Definisi	22

2.3.2	Pengukuran Kualitas Hidup	23
2.3.3	Kualitas Hidup pada ODHA	25
2.3.4	Dimensi dalam Kualitas Hidup ODHA.....	26
2.4	Hubungan antara Lama Terapi ARV dengan Kualitas Hidup ODHA	27
2.5	Kerangka Teori	28
BAB 3.	KERANGKA KONSEP.....	29
3.1	Kerangka Konsep.....	29
3.2	Hipotesis.....	29
BAB 4.	METODOLOGI PENELITIAN	30
4.1	Desain Penelitian	30
4.2	Populasi dan Sampel Penelitian.....	30
4.2.1	Populasi Penelitian	30
4.2.2	Sampel Penelitian	31
4.2.3	Kriteria Sampel	31
4.3	Lokasi Penelitian.....	32
4.4	Waktu Penelitian.....	32
4.5	Definisi Operasional.....	32
4.6	Pengumpulan Data.....	35
4.6.1	Sumber Data	35
4.6.2	Teknik Pengumpulan Data	35
4.6.3	Alat Pengumpul Data	36
4.6.4	Uji Validitas dan Reliabilitas	36
4.7	Pengolahan Data	37
4.7.1	<i>Editing</i>	37
4.7.2	<i>Coding</i>	37
4.7.3	<i>Processing/ Entry</i>	39
4.7.4	<i>Cleaning</i>	39
4.8	Analisa Data	39
4.8.1	Analisis Univariat.....	39
4.8.2	Analisis Bivariat	40
4.9	Etika Penelitian	41
4.9.1	<i>Autonomy</i>	41
4.9.2	<i>Kerahasiaan (Confidentially)</i>	41
4.9.3	<i>Keadilan (Justice)</i>	42
4.9.4	<i>Kemanfaatan (Beneficience)</i>	42
BAB 5.	HASIL DAN PEMBAHASAN	43
5.1	Hasil.....	43
5.1.1	Karakteristik Responden	43
5.1.2	Lama Terapi ARV	45
5.1.3	Kualitas Hidup.....	47
5.1.4	Hubungan Lama Pemberian ARV dengan Kualitas Hidup ODHA di Klinik VCT RSUD Kabupaten Kediri	47
5.2	Pembahasan.....	48
5.1.1	Karakteristik Responden	48
5.1.2	Lama Terapi ARV	51

5.1.3 Kualitas Hidup.....	52
5.1.4 Hubungan Lama Pemberian ARV dengan Kualitas Hidup ODHA di Klinik VCT RSUD Kabupaten Kediri	54
5.3 Implikasi Keperawatan	55
BAB 6. PENUTUP.....	57
6.1 Kesimpulan.....	57
6.2 Saran	57
DAFTAR PUSTAKA	59



DAFTAR TABEL

1.1 Keaslian Penelitian.....	6
2.1 Gejala Mayor Minor Pasien HIV/ AIDS.....	12
2.2 Rekomendasi Inisiasi ART pada dewasa dan anak.....	15
2.3 ART Lini Pertama pada Anak ≥ 5 tahun.....	15
2.4 ART Lini Pertama pada Anak < 5 tahun.....	16
2.5 ART Lini Kedua pada Remaja dan Dewasa	17
2.6 ART Lini Kedua pada Anak	17
2.7 ART Lini Ketiga	18
2.8 Toksisitas ART Lini Pertama dan Pilihan Substitusinya	18
2.9 Toksisitas ART Lini Kedua dan Pilihan Substitusinya.....	20
4.1 Definisi Operasional.....	33
4.2 <i>Blueprint</i> Kuesioner WHOQOL-HIV BREF	36
4.3 Uji Statistik Bivariat.....	41
5.1 Karakteristik Responden	44
5.2 Lama Terapi ARV ODHA di Klinik VCT RSUD Kabupaten Kediri.....	46
5.3 Kualitas Hidup ODHA di Klinik VCT RSUD Kabupaten Kediri	47
5.4 Hasil Analisis Hubungan Lama Terapi ARV dengan Kualitas Hidup ODHA di Klinik VCT RSUD Kabupaten Kediri	48

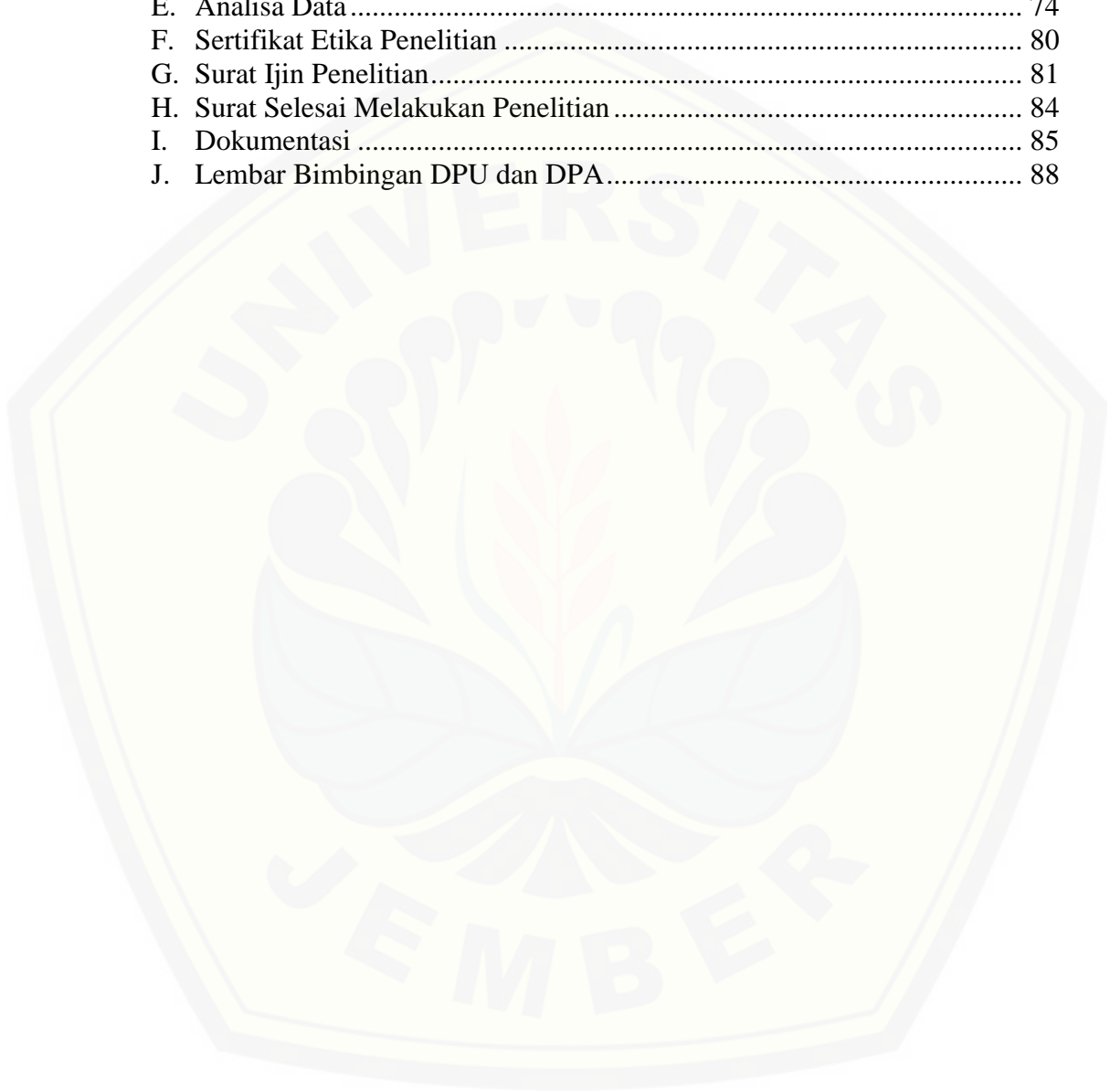
DAFTAR GAMBAR

2.1 Alur Pemeriksaan HIV RNA untuk evaluasi ART	22
2.2 Kerangka Teori.....	28
3.1 Kerangka Konsep.....	29



DAFTAR LAMPIRAN

A. Lembar Informed	68
B. Lembar Consent	69
C. Kuesioner Karakteristik Responden.....	70
D. Kuesioner Kualitas Hidup	72
E. Analisa Data	74
F. Sertifikat Etika Penelitian	80
G. Surat Ijin Penelitian.....	81
H. Surat Selesai Melakukan Penelitian	84
I. Dokumentasi	85
J. Lembar Bimbingan DPU dan DPA.....	88



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

HIV/ AIDS merupakan masalah kesehatan global yang terus berkembang dan menjadi perhatian dunia. Menurut data UNAIDS di tahun 2017, sebanyak 1,8 juta orang terinfeksi HIV dan 180.000 diantaranya merupakan anak-anak (< 15 tahun). Pada tahun yang sama pula sekitar 940.000 orang meninggal akibat penyakit yang berhubungan dengan AIDS sehingga menambah jumlah angka kematian akibat HIV/ AIDS sejak epidemi dimulai sebanyak 36 juta jiwa. Menurut data WHO hingga tahun 2017 sebanyak 36, 7 juta penduduk dunia hidup dengan HIV/ AIDS (Joint United Nation Programme of HIV/AIDS, 2017).

Indonesia sendiri termasuk negara dengan jumlah infeksi baru terbanyak di negara-negara Asia setelah India dan China (Joint United Nation Programme of HIV/AIDS, 2017). Menurut data kemenkes RI jumlah kasus HIV di Indonesia hingga Maret 2017 dilaporkan sebanyak 242.699 jiwa, sedangkan jumlah kasus AIDS di Indonesia hingga Maret 2017 dilaporkan sebanyak 87.453 jiwa. Provinsi Jawa Timur menduduki peringkat kedua terbanyak setelah DKI Jakarta dengan jumlah ODHA sebanyak 38.102 jiwa dan hanya 10.516 yang aktif menjalankan terapi ARV (Kemenkes RI, 2017).

Seperti penyakit kronik lainnya, pada penyakit HIV/ AIDS, kualitas hidup ODHA juga merupakan hal yang penting untuk diperhatikan. Kualitas hidup pada ODHA itu sendiri menjadi rentan untuk mengalami penurunan akibat adanya masalah secara fisiologis, maupun masalah secara psikologisnya. ODHA menjadi sangat rentan terserang penyakit akibat infeksi virus yang merusak sistem kekebalan tubuh. ODHA akan mengalami kesulitan untuk melakukan aktivitas sehari-hari, hingga mereka tidak mampu untuk bekerja lagi. Ketidakmampuan ODHA untuk melakukan aktivitas sehari-hari dan bahkan ketidakmampuan untuk melakukan pekerjaan dapat mengindikasikan bahwa ODHA mengalami penurunan kualitas hidup (Diatmi dan Diah, 2014).

Nilai rata-rata kualitas hidup ODHA dari keseluruhan domain yang diukur sebanyak 60 dan termasuk dalam kategori kualitas hidup kurang baik (Unzila dkk., 2016). Domain kualitas hidup yang diukur berdasarkan WHOQOL-HIV BREF yang diadaptasi dari WHOQOL BREF terdapat 6 domain yang meliputi domain fisik, psikologis, tingkat kemandirian, dukungan sosial, lingkungan, serta domain spiritualitas/ religi/ keyakinan personal. Pada ODHA domain yang mengalami masalah ada pada keseluruhan domain yang diukur. (Skevington dkk., 2004).

Berdasarkan data dari dinas kesehatan Kabupaten Kediri dalam lamannya (www.dinkes.kedirikab.go.id) menyatakan temuan kasus HIV/ AIDS di Kabupaten Kediri sebanyak 615 kasus yang terdiri atas 392 ODHA berjenis kelamin perempuan dan 223 ODHA berjenis kelamin laki-laki. Profesi yang paling banyak terinfeksi adalah pada pekerja seks komersial (PSK) yaitu sebanyak 355 kasus. Sedangkan profesi lain yang disebutkan dinas kesehatan Kabupaten Kediri antara lain karyawan sebanyak 65 orang, petani sebanyak 43 orang, buruh kasar sebanyak 86 orang, supir sebanyak 39 orang dan siswa/ mahasiswa sebanyak 8 orang (Dinkes Kabupaten Kediri, 2016). Sedangkan berdasarkan wawancara dengan salah satu relawan HIV/ AIDS yang melakukan pendampingan di klinik VCT RSUD Kabupaten Kediri, terdapat sekitar 300 ODHA yang menjalani terapi di klinik VCT RSUD Kabupaten Kediri.

Terapi yang tersedia bagi pasien HIV/ AIDS adalah ART. Tujuan pasien diberikan terapi ini adalah untuk menurunkan angka kesakitan dan angka kematian akibat AIDS, mempertahankan dan mengembalikan status imun ke fungsi normal, menekan replikasi virus serendah dan selama mungkin serta untuk memperbaiki dan meningkatkan kualitas hidup ODHA semaksimal mungkin (Nasronudin, 2014). Kualitas hidup yang menjadi salah satu tujuan pemberian terapi ARV didefinisikan oleh WHO sebagai persepsi individu terhadap posisi mereka dalam kehidupan pada konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka tinggal dan hidup dan dalam hubungannya dengan tujuan hidup, harapan, standar, dan fokus hidup mereka (Yudianto dkk., 2012).

Lama terapi ARV memiliki hubungan dengan kualitas hidup ODHA kecuali pada domain psikologis dan hubungan sosial, semakin lama ODHA menjalankan terapi ARV maka kualitas hidup pada domain psikologis dan hubungannya semakin baik (Mardia dkk., 2017). Penggunaan terapi ARV pada pasien HIV merupakan upaya untuk memperpanjang usia harapan hidup. Umumnya terapi ARV efektif digunakan dalam bentuk kombinasi, tidak sebagai upaya penyembuhan, tetapi untuk memperpanjang hidup ODHA, membuat ODHA lebih sehat dan lebih produktif dengan mengurangi viremia dan meningkatkan jumlah sel-sel CD4 (Yuniar, 2013). Sedangkan pada penelitian yang lain, disebutkan bahwa lama terapi ARV akan meningkatkan kualitas hidup pasien pada domain kesehatan fisik dari empat domain kualitas hidup yang diukur yaitu kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan. Semakin tinggi kualitas hidup akan menyebabkan pasien memiliki kemampuan untuk mengatasi penyakitnya. Sehingga kualitas hidup yang lebih baik dapat menjadi tujuan pengobatan HIV dan indikator keberhasilan terapi ARV (Handajani dkk., 2012).

Berdasarkan permasalahan diatas peneliti ingin mengetahui bagaimana hubungan antara lama pemberian *anti retroviral therapy* (ART) dengan kualitas hidup orang dengan HIV/ AIDS (ODHA).

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang peneliti jelaskan, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “bagaimanakah hubungan antara lama pemberian *anti retroviral therapy* (ART) dengan kualitas hidup orang dengan HIV/ AIDS (ODHA) di klinik VCT RSUD Kabupaten Kediri?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis hubungan antara lama pemberian *anti retroviral therapy* (ART) dengan kualitas hidup orang dengan HIV/ AIDS (ODHA) di klinik VCT RSUD Kabupaten Kediri.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik ODHA di klinik VCT RSUD Kabupaten Kediri
- b. Mengidentifikasi lama pemberian terapi ARV pada ODHA di klinik VCT RSUD Kabupaten Kediri
- c. Mengidentifikasi kualitas hidup ODHA di klinik VCT RSUD Kabupaten Kediri
- d. Menganalisis hubungan antara lama pemberian *anti retroviral therapy* (ART) dengan kualitas hidup orang dengan HIV/ AIDS (ODHA) di klinik VCT RSUD Kabupaten Kediri.

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat dari penelitian yang berjudul “Hubungan antara lama pemberian *anti retroviral therapy* (ART) dengan kualitas hidup orang dengan HIV/ AIDS (ODHA) di klinik VCT RSUD Kabupaten Kediri” antara lain:

1.4.1 Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan bagi peneliti terkait hubungan antara lama pemberian *anti retroviral therapy* (ART) dengan kualitas hidup orang dengan HIV/ AIDS (ODHA).

1.4.2 Bagi Masyarakat

Hasil dari penelitian mampu digunakan untuk menambah pengetahuan bagi masyarakat terlebih bagi ODHA, sehingga diharapkan dapat meningkatkan motivasi dalam menjalani terap ARV.

1.4.3 Bagi Pelayanan kesehatan

Hasil dari penelitian diharapkan dapat dijadikan sumber literatur bagi pelayanan kesehatan terutama pelayanan terapi ARV bagi ODHA.

1.4.4 Bagi Institusi Pendidikan

Bagi mahasiswa diharapkan hasil penelitian ini dapat menambah informasi dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan dapat menjadi acuan bagi penelitian selanjutnya. Bagi dosen, hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi tambahan bahan ajar.

1.5 Keaslian penelitian

Penelitian yang berjudul “hubungan antara lama pemberian *anti retroviral therapy* (ART) dengan kualitas hidup orang dengan HIV/ AIDS (ODHA) di klinik VCT RSUD Kabupaten Kediri” belum pernah diteliti. Terdapat penelitian yang mendukung penelitian ini dengan judul “*Quality of Life People Living with HIV/AIDS: Outpatient in Kramat 128 Hospital Jakarta*”; “Hubungan Kepatuhan *Anti Retroviral Therapy* (ART) Satu Bulan Terakhir Dengan Kualitas Hidup Pasien HIV/ AIDS di RSUD Dr. Soetomo Surabaya”; “Kualitas hidup orang dengan HIV/ AIDS berdasarkan kriteria diagnosis dan faktor lain di Surakarta”; “*Quality of life of People living with HIV and AIDS attending the Antiretroviral Clinic, University College Hospital, Nigeria*” dan “Hubungan Antara Dukungan Sosial dengan Kualitas Hidup pada Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA) di Yayasan Spirit Paramacitta”.

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

Perbedaan	Penelitian 1	Penelitian 2	Penelitian 3	Penelitian 4	Penelitian 5	Penelitian sekarang
Judul	<i>Quality of life people living with HIV/AIDS: Outpatient in Kramat 128 Hospital Jakarta</i>	Hubungan kepatuhan <i>anti retroviral therapy</i> (ART) satu bulan terakhir dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS di RSUD Dr. Soetomo Surabaya	Kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS berdasarkan kriteria diagnosis dan faktor lain di Surakarta	<i>Quality of life of People living with HIV and AIDS attending the Antiretroviral Clinic, University College Hospital, Nigeria</i>	Hubungan Antara Dukungan Sosial dengan Kualitas Hidup pada Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA) Di Yayasan Spirit Paramacitta	Hubungan antara lama pemberian <i>anti retroviral therapy</i> (ART) dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di klinik VCT RSUD Kabupaten Kediri
Tujuan	Untuk memberikan gambaran tentang kualitas hidup ODHA di Jakarta, khususnya di Rumah Sakit Kramat 128, berdasarkan tingkat CD4 dan <i>viral load</i> (VL) serta lama terapi dengan antiretroviral (ARV)	Menganalisis hubungan kepatuhan ART dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS Rawat Jalan dalam empat bidang di RSUD Dr. Soetomo Surabaya	Mengkaji hubungan kriteria diagnosis dan faktor-faktor lain dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS	Mengkaji kualitas hidup ODHA dan kehadirannya dalam melaksanakan terapi ARV	Meneliti mengenai hubungan antara dukungan sosial dengan kualitas hidup pada orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) di Yayasan Spirit Paramacitta	Menganalisis hubungan antara lama pemberian terapi ARV dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS (ODHA).
Hasil	Pada VL yang tidak terdeteksi memiliki kepuasan kesehatan yang baik ($p=0,012$). Demikian pula terapi ARV lebih lama (>1 tahun) memiliki kualitas	Ada hubungan yang signifikan positif antara kepatuhan terapi ARV satu bulan terakhir dengan kualitas hidup ODHA.	Dari 89 responden, 66.29% adalah laki-laki dan 71.91% berusia antara 26-45 tahun. Dalam penelitian ditemukan hubungan yang signifikan antara	ODHA asimtomatik memiliki rata-rata tingkat kualitas hidup lebih baik dibandingkan dengan ODHA simptomatik dalam domain fisik dan	Terdapat hubungan yang positif antara dukungan sosial dengan kualitas hidup pada orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) di Yayasan Spirit Paramacitta.	-

	hidup keseluruhan yang baik ($p=0,024$) dan kepuasan kesehatan yang baik ($p=0,003$). Hasil analisis tingkat CD4 dengan empat domain kualitas hidup menunjukkan hubungan bermakna terhadap domain kesehatan fisik ($p=0,001$) dan domain psikologis ($p=0,043$). Tingkat VL menunjukkan hubungan bermakna dengan empat domain kualitas hidup ($p<0,05$).	diagnosis HIV/AIDS, infeksi oportunistik, lama terdiagnosa, durasi terapi ARV, dukungan sosial, cara penularan, seks, usia dan status pernikahan dengan kualitas hidup ODHA.	psikologis. Tidak ada perbedaan yang signifikan pada rata-rata skor kualitas diantara wanita dan pria dalam semua domain yang dikaji.			
Tempat	RS Kramat 128 Jakarta	UPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya	Klinik VCT rumah sakit Dr. Moewardi	University Collage Hospital, Nigeria	Yayasan Spirit Paramacitta	Klinik VCT RSUD Kabupaten Kediri
Tahun	2012	2016	2017	2012	2014	2018

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar HIV/ AIDS

2.1.1 Definisi

HIV atau *Human Immunodeficiency Virus* adalah virus yang menyebabkan penurunan sistem kekebalan tubuh sehingga menimbulkan suatu penyakit yang disebut AIDS. HIV menyerang sel darah putih yang merupakan bagian dari sistem kekebalan tubuh dan berfungsi melindungi tubuh dari serangan penyakit (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2013).

Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) merupakan sekumpulan gejala penyakit yang disebabkan oleh HIV. Penderita infeksi HIV dinyatakan sebagai penderita AIDS ketika menunjukkan gejala atau penyakit tertentu yang merupakan akibat dari penurunan daya tahan tubuh yang disebabkan oleh virus HIV (indikator sesuai dengan definisi AIDS dari *Center for Disease Control* tahun 1993) atau hasil tes darah menunjukkan jumlah CD4 < 200 /mm³ (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2013).

2.1.2 Epidemiologi

Sejak tahun 1985 hingga tahun 1996 kasus AIDS masih sangat jarang ditemukan di Indonesia. Sebagian besar ODHA pada periode itu berasal dari kelompok homoseksual. Kemudian jumlah kasus baru HIV/ AIDS semakin meningkat terutama mulai tahun 1999 terlihat peningkatan secara signifikan yang disebabkan oleh penularan melalui narkotika suntik. Departemen kesehatan Republik Indonesia pada tahun 2002 memperkirakan antara 90.000 hingga 130.000 orang menderita HIV/ AIDS (Irianto, 2014). Hingga tahun 2017 populasi penderita HIV/ AIDS meningkat sebanyak 242.699 orang (Kemenkes RI, 2017).

2.1.3 Etiologi

Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) disebabkan oleh infeksi virus yang disebut HIV. Virus HIV tergolong dalam virus RNA dan dimasukkan dalam keluarga *retroviridae* karena memiliki enzim *reverse transcriptase*. Virus HIV hanya hidup di tempat dimana virus ini dapat berkembang dan mereplikasi diri. Contoh penularan virus HIV adalah melalui jarum suntik yang dipakai bersamaan, hubungan seksual beresiko dan penularan dari ibu ke anak melalui proses kelahiran maupun pemberian asi. Orang yang terinfeksi HIV tidak akan langsung dinyatakan sebagai penderita AIDS karena ada tahapan-tahapan yang muncul pada periode tertentu (Irianto, 2014).

2.1.4 Cara Penularan

Transmisi HIV masuk kedalam tubuh manusia dapat melalui tiga cara, yaitu: (1) secara vertikal dari ibu yang terinfeksi HIV ke anak (selama kehamilan, persalinan, dan menyusui); (2) secara transeksual (homoseksual dan heteroseksual); (3) secara horizontal yaitu kontak antardarah atau produk darah yang terinfeksi (asas sterilisasi kurang diperhatikan terutama pada pemakaian jarum suntik bersama secara bergantian, tato, tindik, transfusi darah, transplantasi organ, tindakan hemodialisis dan perawatan gigi). Sejauh ini transmisi dapat terjadi secara efisien melalui darah, semen, cairan vagina dan serviks serta ASI (Nasronudin, 2014).

2.1.5 Patofisiologi

Dalam tubuh ODHA, partikel virus akan bergabung dengan DNA sel pasien. Hal ini menyebabkan infeksi HIV bersifat seumur hidup. Dari semua orang yang terinfeksi HIV, sebagian berkembang masuk tahap AIDS pada 3 tahun pertama, 50% berkembang menjadi AIDS setelah 10 tahun dan setelah 13 tahun hampir semua orang yang terinfeksi HIV menunjukkan gejala AIDS (Irianto, 2014).

HIV masuk ke dalam tubuh manusia melalui berbagai cara yaitu secara vertikal, horizontal dan transeksual hingga HIV dapat mencapai sirkulasi sistemik. Setelah mencapai sirkulasi sistemik, 4-11 hari sejak paparan pertama HIV baru dapat dideteksi dalam darah. Selama dalam sirkulasi sistemik, akan terjadi viremia dengan disertai gejala dan tanda infeksi virus akut seperti panas tinggi secara mendadak, nyeri kepala, nyeri sendi, nyeri otot, mual muntah, dan lain-lain. Keadaan-keadaan itu disebut sindrom retroviral akut. Pada fase ini mulai terjadi penurunan CD4 dan peningkatan HIV-RNA *viral load* (Nasronudin, 2014).

Fase selanjutnya HIV akan berusaha masuk ke dalam sel target. Sel yang menjadi target HIV adalah sel reseptor CD4. Untuk bisa masuk ke sel target, gp120 HIV perlu berikatan dengan reseptor CD4. Reseptor CD4 ini terdapat pada permukaan limfosit T, monosit-makrofag, Langerhan's, sel dendrit, astrosit, mikroglia. Secara perlahan limfosit T penderita akan tertekan dan semakin menurun dari waktu ke waktu. Dengan berbagai proses kematian limfosit T, akan terjadi penurunan jumlah limfosit T CD4 secara signifikan dari normal berkisar $600-1200/ \text{mm}^3$ menjadi $200/ \text{mm}^3$ atau bisa lebih rendah lagi (Nasronudin, 2014).

Semua mekanisme tersebut menyebabkan penurunan sistem imun sehingga pertahanan individu terhadap mikroorganisme patogen menjadi lemah dan meningkatkan resiko terjadinya berbagai infeksi sekunder hingga dapat dikategorikan masuk dalam stadium AIDS. Masuknya infeksi sekunder dapat menyebabkan keluhan dan gejala klinis bervariasi tergantung jenis infeksi sekundernya (Nasronudin, 2014).

2.1.6 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis HIV merupakan gejala dan tanda pada tubuh penderita akibat infeksi HIV. Manifestasi ini dapat berupa gejala dan tanda infeksi virus akut, keadaan asimtomatis berkepanjangan, hingga manifestasi AIDS berat. Manifestasi tanda dan gejala dari HIV dapat dibagi menjadi empat tahap, antara lain:

a. Tahap pertama

Merupakan tahap infeksi akut, dimana pada tahap ini muncul gejala tetapi tidak spesifik. Tahap ini muncul pada penderita enam minggu pertama setelah paparan HIV. Pada tahap ini manifestasi klinis dapat berupa demam, rasa letih, nyeri otot dan sendi, nyeri telan serta pembesaran kelenjar getah bening. Pada beberapa penderita dapat juga disertai meningitis aseptik yang ditandai demam, nyeri kepala hebat, kejang-kejang dan kelumpuhan saraf otak (Nasronudin, 2014).

b. Tahap kedua

Merupakan tahap asimtomatis, dimana pada tahap ini keluhan menjadi hilang. Tahap ini berlangsung enam minggu hingga beberapa bulan atau bahkan beberapa tahun setelah infeksi HIV. Pada tahap ini sedang terjadi internalisasi HIV ke intraseluler (Nasronudin, 2014).

c. Tahap ketiga

Merupakan tahap simtomatis, dimana pada tahap ini gejala dan keluhan lebih spesifik. Berat badan menurun tetapi tidak sampai 10%, pada mukosa mulut terdapat perlukaan yang berulang, terjadi peradangan pada sudut mulut, dapat juga ditemukan infeksi bakteri pada saluran napas bagian atas, namun penderita masih dapat melakukan aktivitas meskipun terganggu (Nasronudin, 2014).

d. Tahap keempat

Merupakan tahap yang lanjut atau biasa disebut dengan AIDS. Pada tahap ini terjadi penurunan berat badan lebih dari 10%, diare yang lebih dari satu bulan, demam yang tidak diketahui sebabnya lebih dari satu bulan, kandidiasis oral, *oral hairy leukoplakia*, tuberkulosis paru dan pneumonia bakteri. Penderita terserang berbagai macam infeksi sekunder misalnya pneumonia pneumokistik karinii, toksoplasmosis otak, kriptosporidiosis, sitomegalo, infeksi virus herpes, kandidiasis pada *esophagus*, trakea, bronkus atau paru disertai dengan infeksi jamur lain misalnya histoplasmosis dan

koksidiomikosis. Dapat juga ditemukan berbagai jenis malignansi, termasuk keganasan pada kelenjar getah bening dan sarkoma kaposi (Nasronudin, 2014). Gejala mayor dan minor penderita HIV/ AIDS juga dapat dilihat pada Tabel 2.1 berikut:

Tabel 2.1 Gejala mayor minor pada pasien HIV/ AIDS

Gejala	Karakteristik
Mayor	<ul style="list-style-type: none"> - Berat badan menurun lebih dari 10% dalam satu bulan - Diare kronis yang berlangsung lebih dari satu bulan - Demam berkepanjangan lebih dari satu bulan - Penurunan kesadaran dan gangguan neurologis - Ensefalopati HIV
Minor	<ul style="list-style-type: none"> - Batuk menetap lebih dari satu bulan - Dermatitis generalisata - Herpes zoster multisegmental berulang - Kandidiasis orofaringeal - Herpes simpleks kronik progresif - Limfadenopati generalisata - Infeksi jamur berulang pada genital wanita - Retinitis oleh virus Sitomegalo

Sumber: Nasronudin, 2014

2.1.7 Pemeriksaan

Tes diagnostik HIV merupakan bagian dari proses klinis untuk menentukan diagnosis. Diagnosis infeksi HIV dapat ditegakkan dengan pemeriksaan laboratorium. Jenis pemeriksaan laboratorium HIV dapat berupa:

a. Tes serologi

Tes serologi terdiri atas:

1. Tes cepat

Tes cepat dengan reagen yang sudah dievaluasi oleh institusi yang ditunjuk Kementerian Kesehatan, dapat mendeteksi antibodi baik terhadap HIV-1 maupun HIV-2. Tes cepat dapat dijalankan pada jumlah sampel yang lebih sedikit dan waktu tunggu yang singkat untuk mengetahui hasil (kurang dari 20 menit) bergantung pada jenis tesnya dan dilakukan oleh tenaga medis yang terlatih.

2. Tes *Enzyme Immunoassay* (EIA)

Tes ini mendeteksi antibodi untuk HIV-1 dan HIV-2. Adanya perubahan warna dapat mendeteksi reaksi antigen-antibodi.

3. Tes Western Blot

Tes ini merupakan tes antibodi untuk konfirmasi pada kasus yang sulit. Bayi dan anak usia kurang dari 18 bulan yang terpajan HIV dan tampak sehat serta belum dilakukan tes virologis, dianjurkan untuk dilakukan tes serologis ini pada umur 9 bulan (saat bayi dan anak mendapatkan imunisasi dasar terakhir) (Kemenkes RI, 2014).

b. Tes virologis *Polymerase Chain Reaction* (PCR)

Tes virologis direkomendasikan untuk mendiagnosis HIV pada anak berumur kurang dari 18 bulan. Tes virologis yang dianjurkan: HIV DNA kualitatif dari darah lengkap atau *Dried Blood Spot* (DBS) dan HIV RNA kuantitatif dengan menggunakan plasma darah. Bayi yang diketahui terpajan HIV sejak lahir dianjurkan untuk diperiksa dengan tes virologis paling awal pada umur 6 minggu. Pada kasus bayi dengan hasil positif pada pemeriksaan virologis pertama, maka terapi ARV harus segera diberikan. Pada saat yang sama dilakukan pengambilan sampel darah kedua untuk pemeriksaan tes virologis kedua (Kemenkes RI, 2014). Tes virologis terdiri atas:

1. HIV DNA kualitatif (EID)

Tes ini mendeteksi keberadaan virus dan tidak bergantung pada keberadaan antibodi HIV. Tes ini dapat digunakan untuk diagnosis pada bayi.

2. HIV RNA kuantitatif

Tes ini untuk memeriksa viremia dalam darah dan dapat digunakan untuk evaluasi terapi ARV pada dewasa dan diagnosis pada bayi jika HIV DNA tidak tersedia (Kemenkes RI, 2014).

2.1.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan penderita AIDS di UPIPI (unit pelayanan *intermediate* dan penyakit infeksi) meliputi penatalaksanaan umum dan khusus. Penatalaksanaan

secara umum antara lain istirahat, dukungan nutrisi mikronutrien dan makronutrien untuk penderita HIV/ AIDS, konseling termasuk pendekatan psikologis dan psikososial. Sedangkan penatalaksanaan secara khusus yaitu pemberian *antiretroviral therapy* (ART) kombinasi dan terapi infeksi sekunder sesuai jenis infeksi yang ditemukan dan terapi malignansi (Nasronudin, 2014).

2.2 *Anti Retroviral Therapy* (ART)

Anti retroviral therapy (ART) merupakan terapi untuk orang dengan HIV/ AIDS (ODHA) dengan prinsip pemberian obat *anti retroviral* (ARV). Obat ARV memiliki kemampuan dalam mengurangi replikasi virus HIV sehingga jumlah virus bisa ditekan dan sistem kekebalan tubuh tetap dapat terlindungi dari kerusakan. Hal tersebut ditandai dengan naiknya jumlah sel CD4 sehingga klien memiliki kesempatan untuk bisa bertahan hidup lebih lama serta dapat mengurangi angka kesakitan (akibat infeksi oportunistik). Tetapi, tidak semua orang dengan HIV (+) dapat diberikan terapi ARV (Lindayani, 2016).

2.2.1 Indikasi Memulai ART

Inisiasi ART secara dini terbukti bermanfaat secara klinis, berguna untuk pencegahan, meningkatkan usia harapan hidup dan menurunkan insiden infeksi terkait HIV dalam populasi. Rekomendasi inisiasi pemberian ART disajikan dalam Tabel 2.2 berikut:

Tabel 2.2 Rekomendasi Inisiasi ART pada Dewasa dan Anak

Populasi	Rekomendasi
Dewasa dan anak \geq 5 tahun	<p>Inisiasi ART pada orang terinfeksi HIV stadium klinis 3 dan 4, atau jika jumlah $CD4 \leq 350$ sel/mm³</p> <hr/> <p>Inisiasi ART tanpa melihat stadium klinis WHO dan berapapun jumlah CD4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Koinfeksi TB^a - Koinfeksi Hepatitis B - Ibu hamil dan menyusui terinfeksi HIV - Orang terinfeksi HIV yang pasangannya HIV negatif (pasangan serodiskordan), untuk mengurangi risiko penularan - LSL, PSK, Waria, atau Penasun^b - Populasi umum pada daerah dengan epidemi HIV meluas
Anak < 5 tahun	Inisiasi ART tanpa melihat stadium klinis WHO dan berapapun jumlah CD4 ^c

^a Pengobatan TB harus dimulai lebih dulu, kemudian obat ARV diberikan dalam 2-8 minggu setelah penderita mulai pengobatan TB, tanpa menghentikan terapi TB. Pada ODHA dengan CD4 kurang dari 50 sel/mm³, ARV harus dimulai dalam 2 minggu setelah mulai pengobatan TB. Untuk ODHA dengan meningitis kriptokokus, ARV dimulai setelah 5 minggu pengobatan kriptokokus.

^b Dengan memperhatikan kepatuhan terapi

^c Bayi umur < 18 bulan yang didiagnosis terinfeksi HIV dengan cara presumtif, maka harus segera mendapat terapi ARV. Bila dapat segera dilakukan diagnosis konfirmasi (mendapat kesempatan pemeriksaan PCR DNA sebelum umur 18 bulan atau menunggu sampai umur 18 bulan untuk dilakukan pemeriksaan antibodi HIV ulang), maka perlu dilakukan penilaian ulang apakah anak pasti terdiagnosis HIV atau tidak. Bila hasilnya negatif, maka pemberian ARV dihentikan (Kemenkes RI, 2014).

2.2.2 ART Lini Pertama

Pilihan paduan ART lini pertama berikut ini berlaku untuk ODHA yang belum pernah mendapatkan ARV sebelumnya. Berikut paduan ART lini pertama pada anak \geq 5 tahun dan dewasa disajikan dalam Tabel 2.3 berikut:

Tabel 2.3 ART lini pertama pada Dewasa dan Anak \geq 5 tahun

ARV lini pertama untuk dewasa	
Paduan pilihan	TDF ^a + 3TC (atau FTC) + EFV dalam bentuk KDT ^c
Paduan alternative	AZT ^b + 3TC + EFV (atau NVP) TDF ^a + 3TC (atau FTC) + NVP

^a Jangan memulai TDF (Tenofovir) jika nilai *creatinine clearance test* (CCT) < 50 ml/menit, atau pada kasus diabetes, hipertensi tak terkontrol dan gagal ginjal

^b Jangan memulai dengan AZT (Zidovudin) jika Hb < 10 g/dL sebelum terapi

^c Kombinasi 3 dosis tetap (KDT) yang tersedia: TDF + 3TC (Lamivudin) + EFV (Efavirenz) (Kemenkes RI, 2014).

Sedangkan paduan ART lini pertama untuk anak < 5 tahun disajikan dalam Tabel 2.4 sebagai berikut:

Tabel 2.4 ART Lini Pertama pada Anak < 5 Tahun

Pilihan NRTI ke-1	Pilihan NRTI ke-2	Pilihan NNRTI
Zidovudin (AZT) ^a	Lamivudin (3TC)	Nevirapin (NVP)
Stavudin (d4T) ^b		Efavirenz (EFV) ^d
Tenofovir (TDF) ^c		

^aZidovudin (AZT) merupakan pilihan utama. Namun bila Hb anak < 7,5 g/dl maka dipertimbangkan pemberian Stavudin(d4T).

^bDengan adanya risiko efek samping pada penggunaan d4T jangka panjang, maka dipertimbangkan mengubah d4T ke AZT (bila Hb anak > 10 gr/dl) setelah pemakaian 6 –12 bulan. Bila terdapat efek anemia berulang maka dapat kembali ke d4T.

^cTenofovir saat ini dapat digunakan pada anak usia di atas 2 tahun. Selain itu perlu dipertimbangkan efek samping osteoporosis pada tulang anak yang sedang bertumbuh karena penggunaan ARV diharapkan tidak mengganggu pertumbuhan tinggi badan.

^dEFV dapat digunakan pada anak ≥ 3 tahun atau BB ≥ 10 kg, jangan diberikan pada anak dengan gangguan psikiatrik berat. EFV adalah pilihan pada anak dengan TB. Jika berat badan anak memungkinkan, sebaiknya gunakan KDT(Kemenkes RI, 2014).

Diagnosis kegagalan ART lini pertama dapat ditegakkan berdasarkan kriteria virologis, imunologis dan klinis. ODHA harus menggunakan ARV minimal 6 bulan sebelum dinyatakan gagal terapi dan harus dalam keadaan kepatuhan yang baik. Untuk ODHA yang kepatuhannya tidak baik atau berhenti minum obat, penilaian kegagalan dapat dilakukan setelah minum obat kembali secara teratur minimal 3-6 bulan (Kemenkes RI, 2014)

2.2.3 ART Lini Kedua

Resistensi silang dalam kelas ARV yang sama terjadi pada mereka yang mengalami kegagalan terapi. Resistensi dinyatakan terjadi ketika HIV terus berproliferasi meskipun ODHA sedang dalam terapi ARV. Jika kegagalan terapi terjadi dengan paduan NNRTI atau 3TC, hampir dapat dipastikan terjadi resistensi terhadap seluruh NNRTI dan 3TC. Penggunaan ARV menggunakan kombinasi 2 NRTI + boosted PI menjadi rekomendasi sebagai terapi pilihan lini kedua untuk dewasa, remaja, dan anak-anak dengan paduan berbasis NNRTI yang digunakan pada lini pertama.

Prinsip pemilihan paduan ARV lini kedua adalah pilih kelas obat ARV sebanyak mungkin, dan bila kelas obat yang sama akan dipilih maka pilihlah obat yang sama sekali belum dipakai pada terapi sebelumnya. Anak dengan paduan berbasis PI untuk lini pertama, diubah ke NNRTI atau tetap berbasis PI namun sesuaikan dengan umur yang direkomendasikan. Selengkapnya pilihan paduan ARV dapat dilihat pada Tabel 2.5 dan 2.6 berikut:

Tabel 2.5 ART Lini Kedua pada Remaja dan Dewasa

Populasi target	Paduan ARV yang digunakan pada lini pertama	Paduan lini kedua pilihan
Dewasa dan remaja (≥ 10 tahun)	Berbasis AZT atau d4T	TDF + 3TC (atau FTC) + LPV/r
	Berbasis TDF	AZT + 3TC + LPV/r ^b
HIV dan koinfeksi TB	Berbasis AZT atau d4T	TDF + 3TC (atau FTC) + LPV/r dosis ganda ^a
	Berbasis TDF	AZT + 3TC + LPV/r dosis ganda ^a
HIV dan HBV koinfeksi	Berbasis TDF	AZT + TDF + 3TC (atau FTC) + LPV/r

^a Rifampisin sebaiknya tidak digunakan pada pemakaian LPV/r. Paduan OAT yang dianjurkan adalah 2SHZE, selanjutnya diteruskan dengan 4HE dengan evaluasi rutin pada kelainan mata. Namun, pada infeksi meningitis TB yang perlu tetap menggunakan rifampisin maka LPV/r dapat digunakan dengan dosis ganda LPV/r 800 mg/200 mg 2x sehari atau 2 x 2 tablet.

^b Lopinavir/ ritonavir

Tabel 2.6 ART Lini Kedua pada Anak

Lini pertama	Lini kedua
AZT (atau d4T) + 3TC + NVP (atau EFV)	ABC (atau TDF) + 3TC (atau FTC) + LPV/r
TDF ^a + 3TC (atau FTC) + NVP (atau EFV)	AZT + 3TC + LPV/r
ABC ^b + 3TC + NVP (atau EFV)	

^a TDF hanya dapat digunakan pada anak usia di atas 2 tahun

^b Abacavir

2.2.4 ART Lini Ketiga

Jika terjadi kegagalan lini kedua maka perlu dilakukan terapi penyelamatan yang efektif. Kriteria yang digunakan untuk penentuan kegagalan terapi lini kedua harus menggunakan kriteria virologis (pemeriksaan HIV RNA). Seperti pada penentuan gagal terapi lini pertama, penentuan kegagalan terapi lini kedua harus dilakukan saat ODHA menggunakan ART telah lini kedua minimal 6 bulan dalam

kepatuhan yang baik. Tes resistansi *genotyping* diwajibkan sebelum pindah ke lini ketiga (Kemenkes RI, 2014).

Pada penentuan indikasi memulai lini ketiga, diperlukan konsultasi dengan rumah sakit rujukan yang sudah mempunyai pengalaman. Berikut adalah paduan ART lini ketiga disajikan dalam Tabel 2.7 berikut:

Tabel 2.7 ART Lini Ketiga

	Rekomendasi paduan ART lini ketiga
Dewasa	ETR ^a + RAL ^b + DRV/r ^c
Anak	ETR + RAL + DRV/r

^a Etravirin

^b Raltegravir

^c Darunavir/ Ritonavir

2.2.5 Efek Samping ART

Berikut dalam Tabel 2.8 dan 2.9 adalah toksisitas ARV lini pertama dan lini kedua yang mungkin terjadi, faktor resiko, serta pilihan substitusinya.

Tabel 2.8 Toksisitas ART Lini Pertama dan Pilihan Obat Substitusi pada Dewasa dan Anak Usia 5 (lima) Tahun ke Atas

ARV	Tipe toksisitas	Faktor resiko	Pilihan substitusi
TDF	Disfungsi tubulus renalis Sindrom Fanconi	- Sudah ada penyakit ginjal sebelumnya	AZT atau d4T
		- Usia lanjut	
		- IMT < 18,5 atau BB < 50 kg	
		- DM tak terkontrol	
Menurunnya densitas mineral tulang	Asidosis laktat atau hepatomegali dengan steatosis	- Hipertensi tak terkontrol	Gunakan alternatif obat hepatitis lainnya seperti entecavir
		- Penggunaan bersama obat nefrotoksik lain atau boosted PI	
		- Riwayat osteomalasia dan fraktur patologis	
Eksaserbasi hepatitis B (hepatic flares)	-	- Faktor risiko osteoporosis atau bone loss lainnya	Gunakan alternatif obat hepatitis lainnya seperti entecavir
		- Penggunaan NRTI yang lama	
AZT	Anemia atau neutropenia berat ^a , miopati, lipoatrofi atau lipodistrofi	- Obesitas	Dewasa: TDF Anak: d4T atau ABC
		- Jika TDF dihentikan karena toksisitas lainnya pada koinfeksi hepatitis B	
		- Anemia atau neutropenia sebelum mulai terapi	
		- Jumlah CD4 \leq 200 sel/ mm ³	

(dewasa)		
	Intoleransi saluran cerna berat ^b	- Dewasa: TDF Anak: d4T atau ABC
	Asidosis laktat atau hepatomegali dengan steatosis	- IMT > 25 atau BB > 75 kg (dewasa) - Penggunaan NRTI yang lama Dewasa: TDF Anak: ABC, atau LPV/r jika ABC tak tersedia ^c
d4T	Neuropati perifer, lipoatrofi atau lipodistrofi	- Usia tua - Jumlah CD4 \leq 200 sel/mm ³ (dewasa) - Penggunaan bersama INH atau ddI Dewasa: AZT atau TDF ^d Anak: AZT atau ABC, pada asidosis laktat gunakan ABC
	Asidosis laktat atau hepatomegali dengan steatosis, pankreatitis akut	- IMT > 25 (atau BB > 75 kg) (dewasa) - Penggunaan nukleosida analog yang lama
EFV	Toksistas susunan saraf pusat persisten (seperti mimpi buruk, depresi, kebingungan, halusinasi, psikosis) ^e	- Sudah ada gangguan mental atau depresi sebelumnya - Penggunaan siang hari NVP Jika ODHA tidak dapat mentoleransi NNRTI lain, gunakan LPV/r ^c atau pada anak dapat juga digunakan 3 NRTI ^f jika LPV/r ^c tidak tersedia
	Hepatotoksitas	- Sudah ada penyakit hati sebelumnya - Koinfeksi HBV dan HCV penggunaan bersama obat hepatotoksik lain
	Kejang	- Riwayat kejang
	Hipersensitivitas obat ^g	-
	Ginekomastia pada pria	-
NVP	Hepatotoksitas ^{h,1}	- Sudah ada penyakit liver sebelumnya - Koinfeksi HBV dan HCV - Penggunaan bersama obat hepatotoksik lain - CD4 >250 sel/mm ³ pada wanita CD4 >400 sel/mm ³ pada pria EFV Jika ODHA tidak dapat mentoleransi NNRTI lain, gunakan LPV/rc atau pada anak dapat digunakan 3 NRTI ^f
	Hipersensitivitas obat ^{g,1}	-
	Hipersensitivitas obat ^{g,1}	-

^a Anemi berat adalah Hb < 7,5 g/dl (anak) atau < 8 g/dl (dewasa) dan neutropenia berat jika hitung neutrofil < 500/mm³. Singkirkan kemungkinan malaria pada daerah endemis.

^b Batasannya adalah intoleransi saluran cerna refrakter (berulang) dan berat yang dapat menghalangi minum obat ARV (mual dan muntah persisten).

^c Penggunaan PI dalam paduan lini pertama mengakibatkan menyempitnya pilihan obat berikutnya bila sudah terjadi kegagalan terapi.

^d AZT dan d4T mempunyai pola resistansi yang hampir serupa, berbeda dengan TDF. Pada substitusi setelah pemakaian lama d4T ke TDF, harus diperhatikan bagaimana supresi virus dan riwayat kepatuhan ODHA.

^e Toksistas SSP ini bersifat self-limiting. Karena EFV menyebabkan pusing, dianjurkan untuk diminum saat malam hari.

^f Penggunaan triple NRTI mungkin kurang poten dibanding paduan lain

- ^g Ruam kecil sampai sedang dan toksisitas hati dapat diatasi dengan pemantauan, terapisimtomatik dan perawatan suportif. Ruam yang berat didefinisikan sebagai lesi luas dengan deskuamasi, angioedema, atau reaksi mirip serum sickness, atau lesi disertai gejala konstitusional seperti demam, lesi oral, melepuh, edema fasial, konjungtivitis seperti Sindrom Stevens-Johnson. Pada ruam yang berat, apalagi jika disertai peningkatan SGOT >5 kali batas ambang normal (BAN), dapat mengancam jiwa, oleh karena itu hentikan NVP atau EFV. Kedua obat NRTI lainnya diteruskan hingga 1-2 minggu ketika ditetapkan paduan ARV berikutnya mengingat waktu paruh yang lebih pendek dibanding NVP atau EFV.
- ^h Hepatotoksitas yang dihubungkan dengan pemakaian NVP jarang terjadi pada anak terinfeksi HIV yang belum mencapai usia remaja.
- ⁱ Menaikkan secara bertahap dosis NVP atau yang disebut eskalasi dosis dapat menurunkan risiko toksisitas

Tabel 2.9 Toksisitas ART Lini Kedua dan Pilihan Obat Substitusi

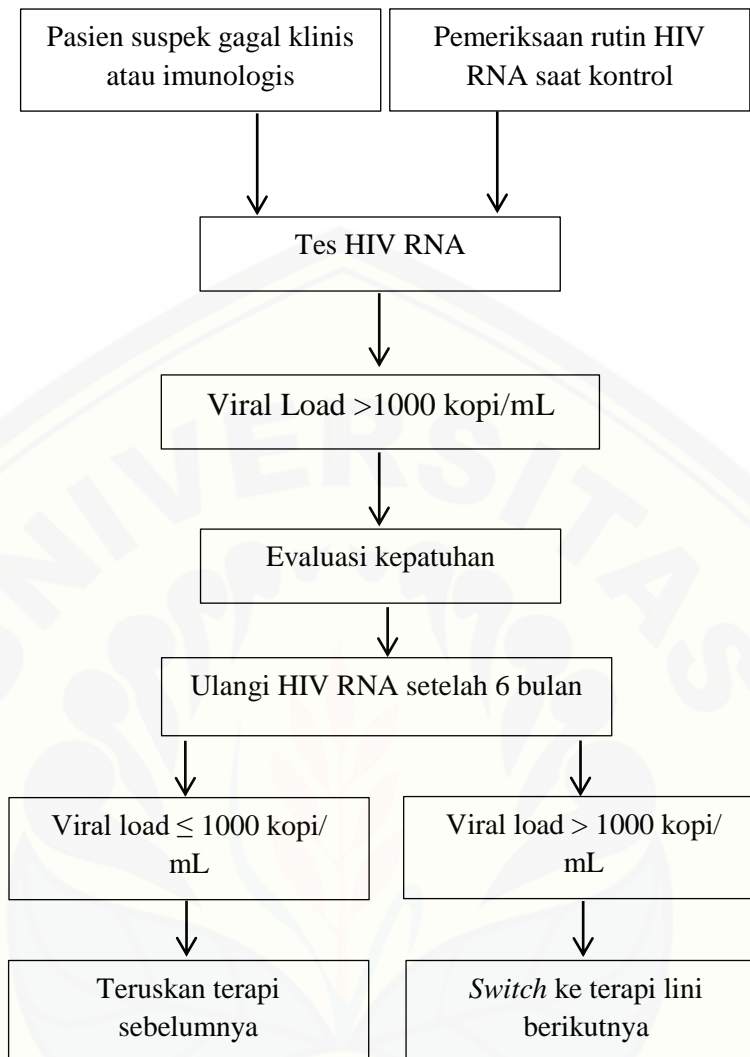
ARV	Tipe toksisitas	Faktor resiko	Pilihan substitusi
LPV/r	EKG abnormal (pemanjangan interval PR dan QT, <i>torsade de pointes</i>)	- Gangguan konduksi jantung - Penggunaan bersama obat yang dapat memperpanjang interval PR lainnya	DRV/r Jika terdapat kontraindikasi boosted PI dan ODHA
	Pemanjangan interval QT	- Sindrom pemanjangan interval QT kongenital - Hipokalemia - Penggunaan bersama obat yang dapat memperpanjang interval QT lainnya	gagal terapi berbasis NNRTI lini pertama, pertimbangan pemakaian integrase inhibitor.
	Hepatotoksitas	- Sudah ada penyakit hati sebelumnya - Koinfeksi HBV dan HCV - Penggunaan bersama obat hepatotoksik lainnya	
	Pankreatitis	Stadium HIV lebih lanjut	
	Risiko prematur, lipoatrofi, sindrom metabolik, dislipidemia, diare	-	
TDF	Disfungsi tubulus renalis Sindrom Fanconi	- Sudah ada penyakit ginjal sebelumnya - Usia lanjut - IMT < 18,5 atau BB <50 kg - DM tak terkontrol - Hipertensi tak terkontrol - Penggunaan bersama obat nefrotoksik lain atau boosted PI	ABC atau ddi
	Menurunnya densitas mineral tulang	- Riwayat osteomalasia dan fraktur patologis - Faktor risiko osteoporosis atau bone loss lainnya	
	Asidosis laktat atau hepatomegali dengan	- Penggunaan nukleosida analog yang lama	

	steatosis Eksaserbasi hepatitis B (<i>hepatic flares</i>)	- Obesitas - Jika TDF dihentikan karena toksisitas lainnya pada koinfeksi hepatitis B	Gunakan alternatif obat hepatitis lainnya seperti entecavir
ABC	Reaksi hipersensitivitas ^a	Gen HLA-B*5701	substitusi dengan TDF
AZT	Anemia atau neutropenia berat ^a , miopati, lipoatrofi atau lipodistrofi	- Anemia atau neutropenia sebelum mulai terapi - Jumlah CD4 \leq 200 sel/mm ³ (dewasa)	d4T
	Asidosis laktat atau hepatomegali dengan steatosis	- IMT > 25 atau BB > 75 kg (dewasa) - Penggunaan nukleosida analog yang lama	
d4T	Neuropati perifer, lipoatrofi atau lipodistrofi	- Usia tua - Jumlah CD4 \leq 200 sel/mm ³ (dewasa) - Penggunaan bersama INH atau dDI	AZT
	Asidosis laktat atau hepatomegali dengan steatosis, pankreatitis akut	- IMT > 25 (atau BB > 75 kg) (dewasa) - Penggunaan nukleosida analog yang lama	

^a Hipersensitivitas ABC biasanya terjadi dalam 6 minggu pertama dan dapat mengancam jiwa. Segera hentikan obat dan jangan pernah menggunakan lagi (Kemenkes RI, 2014)

2.2.6 Diagnosis Kegagalan Terapi ARV

Kegagalan terapi dapat dilihat dari berbagai kriteria yaitu kriteria virologis, imunologis dan klinis. Kriteria terbaik adalah kriteria virologis, namun bila tidak dapat dilakukan pemeriksaan maka digunakan kriteria imunologis. Sebaiknya tidak menunggu kriteria klinis terpenuhi agar dapat melakukan pergantian ke lini selanjutnya lebih dini. ODHA harus menggunakan ARV minimal 6 bulan sebelum dinyatakan gagal terapi dalam keadaan kepatuhan yang baik. Jika ODHA memiliki tingkat kepatuhan yang tidak baik atau berhenti minum obat, penilaian kegagalan dilakukan setelah minum obat kembali secara teratur minimal 3-6 bulan seperti dalam gambar 2.1 (Kemenkes RI, 2014):



Gambar 2.1 Alur Pemeriksaan HIV RNA untuk evaluasi ART

2.3 Kualitas Hidup

2.3.1 Definisi

Kualitas hidup didefinisikan oleh WHO sebagai sebuah persepsi individu terhadap posisi mereka dalam kehidupan pada konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka tinggal dan hidup dan dalam hubungannya dengan tujuan hidup, harapan, standar, dan fokus hidup mereka. Konsep ini secara umum meliputi beberapa dimensi yang luas yaitu: kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial dan lingkungan (Yudianto dkk., 2012).

Aspek yang paling banyak berkaitan dengan kualitas hidup adalah *wellbeing*, *satisfaction with life*, & *mental happiness*. *Wellbeing* berarti hidup yang sejahtera, tidak hanya arti hidup yang superfisial, tapi juga termasuk pemenuhan kebutuhan dan realisasi diri. *Satisfaction with life* berarti perasaan bahwa hidup adalah sesuatu yang memang sudah seharusnya. Ketika harapan, kebutuhan, dan keinginan seseorang terpenuhi maka orang tersebut akan puas. Sedangkan *mental happiness* yang berarti bahagia, merupakan sesuatu yang terdapat dalam diri seseorang dan melibatkan keseimbangan khusus di dalam dirinya. Aspek yang berkaitan dengan kualitas hidup tersebut berkaitan dengan hal yang fundamental dengan kehidupan yang dikarakteristikan dengan keadaan biologi, psikologis, dan sosial yang memberikan pemahaman tentang apa yang kita percayai terkait hidup dan realita (Ventegodt dkk., 2003).

2.3.2 Pengukuran Kualitas Hidup

Ada beberapa instrumen yang dikembangkan untuk menilai kualitas hidup. Diantaranya ada yang bersifat umum dan ada yang khusus untuk kasus penyakit tertentu (HIV/ AIDS), yakni sebagai berikut:

a. WHOQOL-BREF

Model konsep kualitas hidup dari WHO (*The World Health Organization Quality of Life / WHOQOL*) mulai dikembangkan sejak tahun 1991. Kualitas hidup sangat berhubungan dengan aspek atau domain yang akan dinilai meliputi: fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Instrumen ini terdiri dari 26 item pertanyaan dan setiap item memiliki skor 1-5, yang terdiridari 4 domain yaitu: 1) Domain kesehatan fisik yang terdiri dari : rasa nyeri, energi, istirahat, tidur, mobilisasi, aktivitas, pengobatan dan pekerjaan; 2) Domain psikologi yang terdiri dari : perasaan positif dan negatif, cara berpikir, harga diri, body image, spiritual; 3) Domain hubungan sosial yang terdiri dari: hubungan individu, dukungan sosial dan aktivitas seksual; 4) Domain lingkungan meliputi: keamanan fisik, lingkungan rumah, sumber keuangan, fasilitas kesehatan, mudahnya mendapat informasi, kesehatan,

rekreasi dan transportasi. Dari 26 item pertanyaan tersebut, 2 item pertanyaan merupakan pertanyaan secara umum tentang kualitas hidup dan kepuasan terhadap kesehatan yang tidak diikutkan dalam perhitungan. Perhitungan untuk menentukan skor kualitas hidup didapatkan dari penjumlahan semua skor dari tiap item yang ada dalam 4 domain. Uji reliabilitasnya dengan alpha Cronbach 0,05 dan nilai $r = 0,91$ (World Health Organization, 1998).

b. SF-36 *Health Survey*

SF-36 adalah instrumen survei kesehatan singkat dengan 36 pertanyaan. Untuk mencapai beberapa tujuan SF-36 digunakan sejak tahun 1970 oleh Ware & Sherbourne dan distandarkan pada tahun 1990. SF-36 terdiri dari 2 domain yaitu domain fisik dan domain mental. Setiap domain terdiri dari 4 sub area yang terdiri dari beberapa pertanyaan. Sub area pada domain fisik terdiri *physical function* (10 pertanyaan), *role physical* (4 pertanyaan), *bodily pain* (2 pertanyaan) dan *general health* (5 pertanyaan). Sedangkan sub area pada domain mental terdiri dari *mental health* (5 pertanyaan), *role emotional* (3 pertanyaan), *social function* (3 pertanyaan) dan *vitality* (4 pertanyaan). Uji reliabilitas untuk skor fisik dan mental adalah 0,80 dan r tabel = 0,40

c. WHOQOL-HIV BREF

WHOQOL-HIV BREF adalah instrumen yang dikembangkan oleh WHO khusus untuk mengkaji kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS. Instrumen ini disusun berdasarkan instrumen WHOQOL-BREF dan disesuaikan dengan kondisi yang dihadapi pasien HIV/ AIDS. Instrumen ini baru distandarkan oleh WHO pada tahun 2002. Instrumen ini terdiri dari 31 item pertanyaan yang meliputi 2 pertanyaan tentang kualitas hidup dan kesehatan secara umum dan sisanya mencakup 6 domain. Enam domain tersebut sebagai berikut: 1) domain fisik, terdiri dari 4 pertanyaan (*nyeri & discomfort*, *energi & fatigue*, *tidur & istirahat*, *gejala penyakit*); 2) domain psikologis, mencakup 5 pertanyaan (*perasaan positif & negatif*, *harga diri*, *proses pikir*, *proses belajar*, *memori & konsentrasi*, *bodily image*); 3) tingkat kemandirian, sebanyak 4 pertanyaan (*kemandirian mobilitas*, *aktivitas sehari-hari*, *ketergantungan pada pengobatan*,

kapasitas kerja); 4) hubungan sosial, terdiri dari 4 pertanyaan (hubungan personal, dukungan sosial, aktivitas seksual, penerimaan sosial); 5) lingkungan, sebanyak 8 pertanyaan (keamanan fisik, lingkungan rumah, sumber finansial, pelayanan kesehatan, kemudahan mengakses informasi, kesempatan untuk aktivitas rekreasi, lingkungan fisik, polusi, bising dan transportasi); dan 6) spiritual/ religi/ keyakinan personal, sebanyak 4 pertanyaan (spiritual, pengampunan, kepedulian terhadap masa depan, kematian). Dari setiap pertanyaan terdapat 5 pilihan jawaban yang jenisnya disesuaikan dengan tujuan yang ingin dikaji pada setiap item pertanyaan. Setiap jawaban akan diberi skor 1, 2, 3, 4, dan 5 untuk item pertanyaan yang bersifat *favorable* dan 5, 4, 3, 2, 1 untuk item pertanyaan yang bersifat *unfavorable*. Uji reliabilitas menggunakan uji koefisien reliabilitas *alpha Cronbach* dengan nilai $r = 0,86$ (Department of Mental Health and Substance Dependence, 2002).

2.3.3 Kualitas hidup pada ODHA

ODHA dengan tingkat CD4 yang lebih tinggi memiliki kualitas hidup yang lebih baik. Dijelaskan juga bahwa wanita cenderung memiliki jumlah CD4 lebih banyak dibandingkan pria tetapi justru memiliki kualitas hidup yang lebih buruk. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh responden wanita dalam penelitian ini tidak melakukan perawatan dikarenakan pendapatan dan tingkat pendidikan yang rendah sehingga dapat disimpulkan juga bahwa pendapatan dan tingkat pendidikan memiliki pengaruh terhadap tingkat kualitas hidup ODHA (Nirmal dkk., 2008). Dalam penelitian lain dijelaskan bahwa kepatuhan ART dan kualitas hidup saling berhubungan. Dengan kata lain, semakin patuh ODHA untuk menjalani terapi ARV maka semakin baik pula kualitas hidupnya. Demikian juga sebaliknya, semakin baik kualitas hidup ODHA maka semakin besar kemungkinan ODHA untuk mempunyai kemampuan lebih besar untuk patuh pada regimen ARTnya (Unzila dkk., 2016).

ODHA yang telah terdiagnosis selama ≥ 32 bulan, mendapat dukungan sosial, dan telah menjalani terapi ARV ≥ 29 bulan cenderung memiliki kualitas

hidup lebih baik dibandingkan dengan yang sebaliknya (Mardia dkk., 2017). Dalam penelitian lainnya disebutkan, sebesar 44,4% dari nilai kualitas hidup ditentukan oleh dukungan sosial yang didapatkan ODHA dan sebanyak 55,6% sisanya ditentukan faktor lain seperti: kepadatan HIV dalam tubuh, respon imunologis, penggunaan ARV, faktor psikososial, manajemen stress dan spiritual (Diatmi dan Diah, 2014).

2.3.4 Dimensi dalam kualitas hidup ODHA

Terdapat enam dimensi yang dapat dijadikan landasan untuk menilai kualitas hidup orang dengan HIV/ AIDS diantaranya sebagai berikut:

- a. Kesehatan atau kesejahteraan fisik, merupakan kemampuan organ tubuh untuk berfungsi secara optimal sehingga dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri untuk memenuhi kebutuhan hidupnya.
- b. Kesejahteraan psikologis/ emosional, merupakan kemampuan untuk menciptakan perasaan senang dan puas terhadap suatu peristiwa atau kejadian yang dialami dalam kehidupan seseorang sehingga terhindar dari timbulnya masalah-masalah psikologis.
- c. Kesejahteraan sosial, merupakan kemampuan seseorang untuk membina hubungan interpersonal dengan orang lain, dimana hubungan yang terbina adalah hubungan yang mempunyai kerekatan dan keharmonisan.
- d. Kesejahteraan fungsional, merupakan kemampuan seseorang untuk berfungsi secara optimal dan mandiri dalam kehidupannya sehari-hari meliputi bekerja, melakukan transaksi di bank, belanja, belajar, membersihkan rumah, merawat diri, berpakaian, menyiapkan makan dan *toileting*.
- e. Kepuasan terhadap lingkungan, merupakan kepuasan terhadap keamanan fisik, lingkungan rumah, sumber finansial, pelayanan kesehatan, akses informasi, kesempatan untuk ikut dalam aktivitas rekreasi, lingkungan fisik (polusi, bising, cuaca, dan lain-lain), serta sarana transportasi.

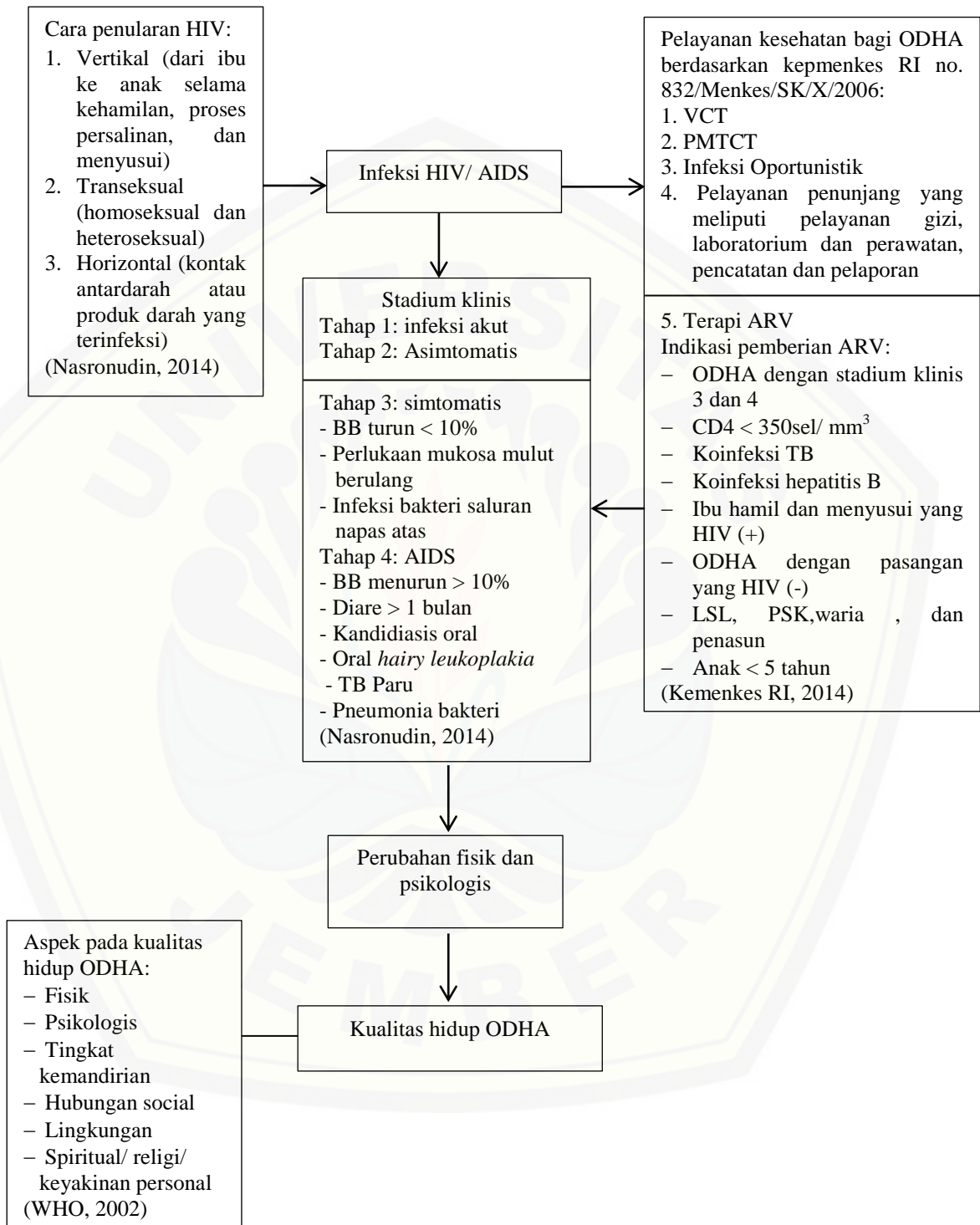
- f. Kesejahteraan spiritual, merupakan kemampuan dalam menemukan arti kehidupan dan menjalankan ibadah sesuai dengan agama yang dianutnya secara bebas (Kusuma, 2011).

2.4 Hubungan lama terapi ARV dengan kualitas hidup ODHA

HIV merupakan virus yang menyebabkan suatu penyakit yang disebut dengan AIDS. Virus ini menyerang sistem kekebalan tubuh manusia yang akan berdampak pada penurunan sistem kekebalan tubuh yang berfungsi sebagai perlindungan tubuh dari berbagai infeksi penyakit. Pada penderita AIDS akan ditemukan gejala atau infeksi-infeksi penyakit tertentu yang diakibatkan oleh penurunan sistem kekebalan tubuh atau dapat juga ditemukan penurunan jumlah $CD4 < 200/ mm^3$ (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2013). Pada sebuah artikel penelitian dijelaskan bahwa infeksi HIV dapat memengaruhi kualitas hidup penderita terutama saat penderita memasuki fase AIDS (Diatmi dan Diah, 2014).

Kualitas hidup sendiri merupakan persepsi individu terhadap posisi mereka dalam kehidupan pada konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka tinggal dan hidup dan dalam hubungannya dengan tujuan hidup, harapan, standar, dan fokus hidup mereka (Yudianto dkk., 2012). Dalam beberapa penelitian dijelaskan bahwa faktor yang memengaruhi kualitas hidup ODHA salah satunya adalah pada durasi pemberian ART. Semakin lama ART diberikan, maka diharapkan hasil akhirnya kualitas hidup ODHA semakin baik. Dalam artikel penelitian lain juga menjelaskan kepatuhan terapi ARV juga memiliki pengaruh secara positif terhadap kualitas hidup ODHA (Unzila dkk., 2016). Sehingga dapat diasumsikan bahwa semakin ODHA patuh pada terapi ARV maka semakin baik pula kualitas hidupnya. Sedangkan pada penelitian lain ditemukan bahwa jumlah ODHA yang patuh terhadap terapi ARV lebih banyak pada kelompok dengan durasi terapi ARV lebih lama (Khairunnisa dkk., 2017).

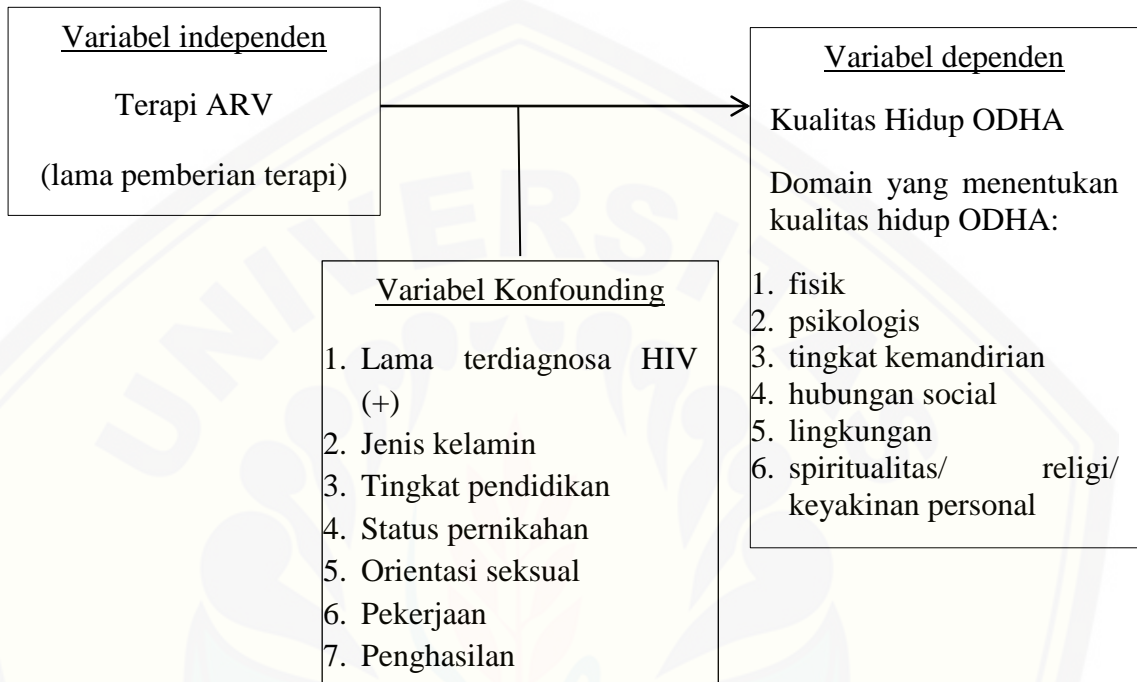
2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori

BAB 3. KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

Keterangan :

: diteliti

→ : diteliti

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian, di mana rumusan masalah penelitian telah dinyatakan dalam bentuk kalimat pertanyaan (Sugiyono, 2014). Hipotesis yang digunakan pada penelitian ini adalah H_a yaitu ada hubungan yang bermakna antara lama pemberian terapi ARV dengan kualitas hidup ODHA.

BAB 4. METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Sesuai dengan tujuan penelitian maka jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif dengan metode korelasional yaitu rancangan penelitian yang bertujuan untuk mengkaji, menjelaskan, memperkirakan, dan menguji suatu hubungan antara variabel berdasarkan teori yang ada tanpa adanya suatu intervensi dari peneliti (Nursalam, 2015). Dengan studi ini akan diperoleh suatu fenomena (variabel dependen) yang akan dihubungkan dengan penyebab (variabel independen). Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional* yaitu penelitian yang dilakukan untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor resiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus dalam suatu waktu (*point time approach*) (Notoatmodjo, 2010).

Oleh karena itu, peneliti menggunakan pendekatan ini dengan maksud untuk menjelaskan hubungan antara lama pemberian terapi ARV dan faktor-faktor lain (variabel independen/ bebas) dengan kualitas hidup (variabel dependen/ terikat) ODHA di klinik VCT RSUD Kabupaten Kediri.

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah subjek (misalnya manusia; klien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2015). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ODHA yang menjalankan terapi ARV lini pertama di klinik VCT RSUD Kabupaten Kediri.

4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah sebagian dari jumlah populasi yang akan diteliti dan dapat ditentukan melalui metode *sampling*. Sedangkan, metode *sampling* adalah cara menyeleksi porsi dari populasi penelitian untuk menentukan sampel penelitian yang dapat mewakili populasi yang ada (Nursalam, 2015). Pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan metode *non probability sampling* melalui *consecutive sampling* yaitu dengan pengambilan sampel berdasarkan urutan dari anggota populasi yang telah diberi nomor urut (Sugiyono, 2016).

Penentuan jumlah sampel berdasarkan perhitungan dengan menggunakan *software* G*Power 3.0.10. Berdasarkan hasil perhitungan dengan G*Power dengan menggunakan standar *effect size* 0,30; *α error probability* menggunakan 0,05; dan *power* (1- *β error probability*) menggunakan 0,80 diperoleh estimasi jumlah sampel sebanyak 84 responden.

4.2.3 Kriteria Sampel

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2010). Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Telah menjalani terapi ARV minimal satu bulan
- 2) Berusia \geq 18 tahun
- 3) Dapat membaca dan menulis
- 4) Bersedia berpartisipasi dalam penelitian

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2010). Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) ODHA mengalami ketidaknyamanan fisik berat (seperti nyeri dengan skala berat), sehingga tidak memungkinkan untuk responden mengisi instrumen penelitian

4.3 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di klinik *Volunteering and Conseling Test* (VCT) RSUD Kabupaten Kediri.

4.4 Waktu Penelitian

Penelitian ini dimulai sejak pembuatan proposal penelitian pada bulan Agustus 2018 hingga Oktober 2018. Pengambilan data penelitian dimulai dari bulan Maret 2019 hingga April 2019. Analisa data dan penyusunan hasil dilakukan mulai bulan April 2019 hingga Mei 2019. Proses publikasi penelitian akan dimulai pada Juni 2019.

4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah batasan untuk membatasi ruang lingkup variabel atau pengertian dari variabel yang diamati atau diteliti (Notoatmodjo, 2010). Penjelasan definisi operasional dapat dilihat pada tabel 4.1 dibawah ini.

Tabel 4.1 Tabel Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Skala	Hasil
Independen: lama konsumsi terapi ARV	Periode waktu (dalam bulan) untuk menentukan durasi konsumsi terapi ARV	Rekam medis pasien HIV/AIDS	Interval	Satuan angka yang menyatakan bulan lama pemberian terapi ARV
Konfounding:				
Lama terdiagnosa HIV (+)	Rentang waktu sejak didiagnosa terinfeksi HIV hingga mengisi data.	Kuesioner karakteristik responden	Interval	Umur dalam tahun
Usia	Usia yang dilalui responden sejak lahir sampai ulang tahun terakhir saat mengisi data	Kuesioner karakteristik responden	Ordinal	1= 15 – 19 tahun 2= 20 – 24 tahun 3= 25 – 49 tahun 4= \geq 50 tahun
Jenis kelamin	Karakteristik seks antara pria dan wanita berdasarkan ciri-ciri fisik biologi .	Kuesioner karakteristik responden	Nominal	1= Laki-laki 2= Perempuan
Tingkat pendidikan	Pendidikan formal terakhir yang berhasil ditempuh hingga tamat	Kuesioner karakteristik responden	Ordinal	1= Tidak sekolah 2= tidak tamat SD 3= SD 4= SMP 5= SMA 6= Perguruan tinggi
Status pernikahan	Status yang didapatkan dari ada atau tidaknya ikatan perkawinan.	Kuesioner karakteristik responden	Nominal	1= Menikah 2= Belum menikah 3= Cerai 4= Cerai mati

Orientasi seksual		Kuesioner karakteristik responden	Nominal	1= Homoseksual 2= Heteroseksual 3= Biseksual		
Pekerjaan	Status responden bekerja/ tidak bekerja/ bertujuan untuk mendapatkan upah/ gaji	Kuesioner karakteristik responden	Nominal	1= Tidak bekerja 2= IRT 3= Karyawan swasta 4= Petani 5= Buruh 6= Sopir 7= Pelajar 8= PSK 9= Lain-lain		
Dependen: kualitas hidup ODHA	Keberfungsian ODHA secara fisik, spiritual, psikologis, dan sosial, sehingga dapat menjalankan aktivitas sehari-hari dengan lebih optimal demi mencapai kehidupan yang ideal	Kuesioner <i>WHOQOL-HIV BREF</i>	Nominal	Skor 20-100.	total	berentang

4.6 Pengumpulan Data

4.6.1 Sumber Data

Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari data primer dan data sekunder.

a. Data primer

Data primer adalah data yang langsung diperoleh dari sumber data pertama di lokasi penelitian atau objek penelitian (Bungin, 2017). Data primer pada penelitian ini diperoleh dari hasil pengisian kuesioner *WHOQOL-HIV BREF* yang telah diadopsi dalam bahasa Indonesia dan juga telah melalui uji validitas dan reliabilitas.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari sumber kedua atau sumber sekunder dari data yang kita butuhkan (Bungin, 2017). Data sekunder pada penelitian ini diperoleh dari pasien yang menjalani terapi ARV di klinik VCT RSUD Kabupaten Kediri selama periode Maret sampai April 2019.

4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Data pada penelitian ini diperoleh dari hasil pengisian kuesioner *WHOQOL-HIV BREF* yang telah diadopsi dalam bahasa Indonesia dan juga telah melalui uji validitas dan reliabilitas. Pengumpulan data pada setiap responden dilakukan satu kali. Langkah-langkah pengumpulan data dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Peneliti menentukan responden yang sesuai dengan kriteria
- b. Peneliti mengajukan ijin dan kesepakatan kepada responden untuk menjadi sampel dengan pernyataan *informed consent*
- c. Peneliti membagikan kuesioner *WHOQOL-HIV BREF* yang telah diadopsi dalam bahasa Indonesia kepada responden yang diikuti dengan penjelasan kuesioner oleh peneliti dan pengisian kuesioner oleh responden
- d. Pengumpulan data pada setiap responden hanya dilakukan satu kali

4.6.3 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpul data yang digunakan oleh peneliti berupa kuesioner *WHOQOL-HIV BREF* yang telah diadopsi dan dimodifikasi dalam bahasa Indonesia oleh Kusuma (2011). Kuesioner ini terdiri dari 20 item pertanyaan yang mencakup 6 domain dalam penilaian kualitas hidup orang dengan HIV/ AIDS. Dari setiap pertanyaan terdapat lima pilihan jawaban yaitu tidak pernah (0x/ minggu), jarang (1-2x/ minggu), kadang-kadang (3-4x/ minggu), sering (5-6x/ minggu) dan selalu (>6x/ minggu). Hasil akan diukur dengan skala likert. Skor 1, 2, 3, 4, 5 untuk item yang menggambarkan kualitas hidup baik (item *favorable*) dan skor 5, 4, 3, 2, 1 untuk item yang menggambarkan kualitas hidup kurang baik (item *unfavorable*). Skor total berentang antara 20-100.

Tabel 4.2 *Blue Print* Kuesioner *WHOQOL-HIV BREF*

Variabel	Domain	Nomor item	Favorable	Unfavorable	Jumlah butir
Kualitas hidup orang dengan HIV/ AIDS	Fisik	1, 2, 3	2, 3	1	3
	Psikologis	4, 5, 6, 7, 8, 9	4, 5, 6, 7, 8, 9	-	6
	Tingkat kemandirian	13, 14	13, 14	-	2
	Dukungan social	10, 11, 12	10, 11	12	3
	Lingkungan	15, 16, 17	15, 16, 17	-	3
	Spiritualitas/ religi/ keyakinan personal	18, 19, 20	18, 19, 20	-	3
					20

Pengukuran hasil dalam penelitian ini menggunakan skala Likert, yaitu skor 1 = tidak pernah, 2 = jarang, 3 = kadang-kadang, 4 = sering, 5 = selalu, untuk item yang menggambarkan kualitas hidup baik dan skor 1 = selalu, 2 = sering, 3 = kadang-kadang, 4 = jarang, 5 = tidak pernah, untuk item yang menggambarkan kualitas hidup kurang baik (item 1 dan 12).

4.6.4 Uji Validitas dan Uji Reliabilitas

Validitas adalah kemampuan instrumen pengumpulan data untuk mengukur apa yang harus diukur, untuk mendapatkan data yang relevan dengan apa yang harus diukur (Dempsey dan Dempsey, 2002). Uji validitas digunakan untuk menguji sebuah alat ukur agar dapat dianggap valid (Saryono dan Anggraeni,

2013). Uji validitas berbeda dengan uji reliabilitas. Reliabilitas adalah kemampuan instrumen penelitian untuk mendapatkan hasil yang konsisten saat dipakai berulang (Dempsey dan Dempsey, 2002).

Uji validitas dan reliabilitas untuk kuesioner ini dilakukan oleh Henni Kusuma (2011). Dari 22 item, dinyatakan dua item tidak valid dengan nilai koefisien korelasi validitas $< 0,3$ (item 2: variabel domain fisik dan item 15: variabel domain tingkat kemandirian) lalu kedua item tersebut dihilangkan. Sehingga keseluruhan item yang dinyatakan valid sebanyak 20 item dengan nilai koefisien validitas $\geq 0,3$ ($r = 0,302 - 0,811$) dan instrumen reliabel dengan nilai *alpha cronbach* 0,893 ($\geq 0,7$) sehingga instrumen penelitian ini dapat dikatakan reliabel (Kusuma, 2011).

4.7 Pengolahan Data

4.7.1 *Editing*

Hasil wawancara, angket dan pengamatan dari lapangan harus melalui tahap penyuntingan atau *editing* terlebih dahulu. Secara umum, *editing* merupakan kegiatan mengecek dan memperbaiki isi dari instrumen penelitian (Notoatmodjo, 2010).

4.7.2 *Coding*

Tahap kedua dalam pengolahan data adalah pemberian kode atau *Coding*, yaitu mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan. *Coding* ini sangat berguna dalam proses pemasukan data (Notoatmodjo, 2010). Pemberian kode pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

- 1) Usia

15 – 19 tahun	: 1
20 – 24 tahun	: 2
25 – 49 tahun	: 3
≥ 50 tahun	: 4
- 2) Jenis kelamin



Laki- laki	: 1
Perempuan	: 2
3) Pendidikan	
Tidak sekolah	: 1
Tidak tamat SD	: 2
SD	: 3
SMP	: 4
SMA	: 5
Perguruan Tinggi	: 6
4) Status Pernikahan	
Menikah	: 1
Belum menikah	: 2
Cerai	: 3
Cerai Mati	: 4
5) Orientasi Seksual	
Homoseksual	: 1
Heteroseksual	: 2
Biseksual	: 3
6) Pekerjaan	
Tidak bekerja	: 1
Ibu rumah tangga	: 2
Karyawan swasta	: 3
Petani	: 4
Buruh	: 5
Sopir	: 6
Pelajar	: 7
PSK	: 8
PNS	: 9
Pedagang	: 10
Budidaya ikan	: 11
Peternak ayam	: 12

Tukang becak : 13

7) Penghasilan

≤ Rp. 1.500.000 : 1
Rp. 1.500.000 – Rp. 2.500.000 : 2
Rp. 2.500.000 – Rp. 3.500.000 : 3
> Rp. 3.500.000 : 4

4.7.3 *Processing/ Entry*

Proses memasukkan jawaban-jawaban dari masing-masing responden yang telah diberi kode kedalam program atau *software* komputer (Notoatmodjo, 2010). Peneliti memasukkan data dengan cara manual ke dalam *software* SPSS.

4.7.4 *Cleaning*

Cleaning adalah tahap terakhir dalam proses pengolahan data dimana setiap sumber data atau responden yang telah selesai dimasukkan, akan dicek ulang oleh peneliti untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan kode, ketidaklengkapan dan sebagainya, kemudian dilakukan koreksi (Notoatmodjo, 2010). Peneliti melakukan cek ulang data yang telah dimasukkan ke SPSS sesuai dengan data pada kuesioner.

4.8 Analisis Data

Data adalah kumpulan huruf/ kata, kalimat atau angka yang dikumpulkan melalui proses pengumpulan data. Data tersebut merupakan sifat atau karakteristik dari sesuatu yang diteliti (Notoatmodjo, 2010). Analisa data dalam penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dan menganalisa tentang hubungan antara lama pemberian terapi ARV dengan kualitas hidup orang dengan HIV/ AIDS (ODHA). Analisis yang digunakan yaitu analisis univariat dan bivariat.

4.8.1 Analisis Univariat

Analisis ini bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik variabel yang diteliti. Bentuknya tergantung pada jenis datanya. Untuk data numerik, karena berdasarkan hasil uji Kolmogorov-Smirnov data dinyatakan terdistribusi tidak normal ($p < 0,001$), maka disajikan dengan tabel nilai median dan nilai minimum-maksimum. Untuk data kategorik disajikan dengan tabel distribusi frekuensi dan persentasi masing-masing kelompok.

Untuk data numerik dalam penelitian ini meliputi lama terapi ARV dan kualitas hidup. Sedangkan untuk data kategorik meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, orientasi seksual, status pernikahan dan pekerjaan. Selanjutnya, data disajikan pada tabel sesuai dengan jenisnya dan diinterpretasikan berdasarkan hasil yang diperoleh.

4.8.2 Analisis Bivariat

Penelitian ini merupakan penelitian korelatif dengan skala numerik. Sebelum melakukan uji statistik dilakukan uji normalitas terlebih dahulu dengan Kolmogorov-Smirnov, apabila hasil menunjukkan $p > 0,05$ maka data terdistribusi normal. Uji statistik yang digunakan dalam penelitian ini yaitu korelasi spearman, dengan hasil $p\text{-value} < 0,001$, kekuatan korelasi sedang ($r = 0,473$) dan memiliki arah yang positif yang artinya H_a diterima (Nursalam, 2015).

Tabel 4.3 Panduan interpretasi hasil uji hipotesis berdasarkan kekuatan korelasi, nilai p, dan arah korelasi

NO	Parameter	Nilai	Interpretasi
1	Kekuatan korelasi	0,00-0,199	Sangat lemah
		0,20-0,399	Lemah
		0,40-0,599	Sedang
		0,60-0,799	Kuat
		0,80-1,000	Sangat kuat
2	Nilai p	$P < 0,05$	Terdapat hubungan yang bermakna antar dua variabel yang diuji.
		$P > 0,05$	Tidak terdapat hubungan antar dua variabel yang diuji.
3	Arah korelasi	+ (positif)	Searah, yakni semakin besar nilai satu variabel, maka semakin besar pula nilai variabel lainnya.
		- (negatif)	Berlawanan arah, yakni semakin besar nilai suatu variabel, maka semakin kecil pula nilai variabel lainnya.

Sumber: Dahlan (2011)

4.9 Etika Penelitian

4.9.1 *Autonomy*

Peneliti membagikan lembar persetujuan *informed consent* kepada responden sebelum penelitian dilakukan. Responden mendapatkan informasi dengan lengkap dan menyeluruh mengenai tujuan dari penelitian dari peneliti dan mempunyai hak untuk bersedia ataupun menolak menjadi responden (Nursalam, 2015). Peneliti memberikan penjelasan kepada responden kemudian memberikan kesempatan kepada responden untuk memutuskan bersedia atau tidaknya menjadi responden pada penelitian yang dilakukan. Setelah pasien memutuskan bersedia menjadi responden kemudian diminta untuk menandatangani lembar pernyataan persetujuan menjadi responden penelitian.

4.9.2 *Kerahasiaan (Confidentiality)*

Responden mempunyai hak meminta kepada peneliti untuk merahasiakan data tentang responden. Peneliti tidak boleh menyebarkan informasi kepada pihak

yang tidak terlibat dalam penelitian (Nursalam, 2015). Peneliti menulis nama responden dengan inisial (*anonymity*) untuk menjaga dan merahasiakan identitas responden.

4.9.3 Keadilan (*Justice*)

Responden harus diperlakukan sama dengan adil mulai dari sebelum, selama dan setelah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi (Nursalam, 2015). Peneliti memperlakukan responden dengan sama tidak secara adil tanpa membeda-bedakan antara responden satu dengan yang lainnya.

4.9.4 Kemanfaatan (*Beneficence*)

Responden harus dijauhkan dari kondisi yang tidak menguntungkan. Peneliti harus meyakinkan responden bahwa keikutsertaannya dalam penelitian ini tidak akan merugikan dalam bentuk apapun (Nursalam, 2015). Manfaat dari penelitian ini untuk mengetahui hubungan antara lama pemberian terapi ARV terhadap kualitas hidup orang dengan HIV/ AIDS sehingga responden diharapkan dapat meningkatkan kepatuhan terapi ARV sebagai intervensi yang dapat meningkatkan kualitas hidup.

BAB 6. PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dibahas pada bab 5, maka didapatkan kesimpulan sebagai berikut:

- a. Data karakteristik responden terbanyak yaitu pada perempuan 60,7%; kelompok usia 25-49 tahun sebanyak 78,6%; Tingkat pendidikan SMA/ sederajat sebanyak 35,7%; status pernikahan menikah sebanyak 60,7%; heteroseksual sebanyak 90,5%; ibu rumah tangga sebanyak 33,3%; serta penghasilan per bulan \leq Rp.1.500.000 sebanyak 75%.
- b. Lama terapi ARV ODHA di Klinik VCT RSUD Kabuapten Kediri dalam penelitian ini memiliki nilai tengah data 18 bulan dan nilai minimum-maksimum 1-144 bulan.
- c. Kualitas hidup ODHA di Klinik VCT RSUD Kabupaten Kediri baik dengan nilai tengah data 85 dan nilai minimum-maksimum 49-98.
- d. Lama terapi ARV berhubungan dengan kualitas hidup ODHA di Klinik VCT RSUD Kabupaten Kediri, dengan kekuatan hubungan sedang dan arah hubungan positif dengan interpretasi bahwa semakin lama ODHA menjalani terapi ARV maka semakin baik nilai kualitas hidupnya ($r = 0,473$; $p\text{-value} < 0,001$).

6.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang telah diperoleh, serta masih banyaknya keterbatasan dalam penelitian ini, maka peneliti memberikan beberapa saran sebagai berikut:

a. Saran bagi responden

Orang dengan HIV/ AIDS (ODHA) dapat meningkatkan kesadaran tentang pentingnya berperan aktif dalam menjalani terapi ARV sebagai salah satu upaya meningkatkan kualitas hidupnya.

b. Saran bagi tenaga kesehatan setempat

Tenaga kesehatan melakukan fungsi sebagai edukator melalui pendidikan dan promosi kesehatan serta fungsi konselor melalui peran aktif pemberian konseling kesehatan pada ODHA di Klinik VCT.

c. Saran bagi instansi penelitian

Klinik VCT RSUD Kabupaten Kediri dapat menggunakan hasil dari penelitian ini sebagai bahan rujukan dalam menentukan kebijakan dan pendidikan kesehatan terkait terapi ARV dan kualitas hidup pada ODHA.

d. Saran bagi peneliti selanjutnya

Penelitian ini masih memiliki banyak keterbatasan, karena hanya menganalisis hubungan lama terapi ARV dengan kualitas hidup ODHA. Dengan demikian masih terdapat variabel lain yang mempengaruhi kualitas hidup, maka peneliti merekomendasikan untuk menganalisis faktor lain seperti usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pernikahan, orientasi seksual, pekerjaan serta penghasilan per bulan ODHA dengan instrumen penelitian WHOQOL-HIV BREF.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmed, A., M. M. B. Uthman, M. O. Osinubi, A. O. Bolarinwa, O. I. Musa, dan A. A. Aderibigbe. 2018. Assessment of quality of life among patients attending HIV clinics in Ilorin metropolis évaluation de la qualité de vie des patients fréquentant des centres de traitement du vih dans la métropole d ' ilorin. *Journal of Health Science*. 6(4):226–235.
- Badan Pusat Statistik Indonesia. 2018. *Statistika Pendapatan*. Jakarta: BPS Indonesia.
- Bastian, A., M. B. Qomaruddin, dan R. Hargono. 2017. Spread of human immunodeficiency virus among housewives : a qualitative study in Kediri City. *International Journal of Public Health Sciences*. 2(5):4–7.
- Boro, T. L., R. Paun, dan M. R. Pellokila. 2018. Factors of loss to follow up antiretroviral therapy in Islanded area. *Unnes Journal of Public Health*. 7(2)
- Bungin, B. 2017. *Metodologi Penelitian Kuantitatif*. Edisi 2. Jakarta: Kencana.
- Campbell, R., M. Vansteenkiste, L. Delesie, B. Soenens, E. Tობback, D. Vogelaers, dan A. Mariman. 2016. The role of basic psychological need satisfaction , sleep , and mindfulness in the health-related quality of life of people living with HIV. *Journal of Health Psychology*. 1–11.
- Dempsey, P. A. dan A. D. Dempsey. 2002. *Riset Keperawatan*. Edisi 4. Jakarta: EGC.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2013. Situasi HIV/AIDS di indonesia tahun 1987-2006. *Current Infectious Disease Reports*. 8(2):1–8.

- Department of Mental Health and Substance Dependence. 2002. *Whoqol-HIV Bref Mental Health : Evidence and Research Department of Mental Health World Health Organization*. Geneva: World Health Organization.
- Diatmi, K. dan I. G. a Diah. 2014. Hubungan antara dukungan sosial dengan kualitas hidup pada orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) di Yayasan Spirit Paramacitta. *Jurnal Psikologi Udayana*. 1(2):353–362.
- Dinkes Kabupaten Kediri. 2016. Situasi Kasus HIV/ AIDS Pemerintah Kabupaten Kediri. <http://www.dinkes.kedirikab.go.id/?hal=dbet&id=89> [Diakses pada September 30, 2018].
- Do, M. dan D. Meekers. 2009. Multiple sex partners and perceived risk of HIV infection in Zambia : attitudinal determinants and gender differences. *AIDS Care*. 21(10):1211–1221.
- Handajani, Y. S., Z. Djoerban, dan H. Irawan. 2012. Quality of life people living with HIV/AIDS: outpatient in Kramat 128 hospital Jakarta. *The Indonesian Journal of Internal Medicine*. 44(4):310–316.
- Handayani, F., F. Sari, dan T. Dewi. 2017. Faktor yang memengaruhi kualitas hidup orang dengan HIV/ AIDS di kota Kupang. *Berita Kedokteran Masyarakat*. 33:509–514.
- Harahap, Z., E. Arguni, dan T. B. Rahayujati. 2016. Determinan ketidakpatuhan terapi antiretroviral pada ODHA dewasa. *Berita Kedokteran Masyarakat*. 32:195–202.
- Hardjadipura, E. P., D. Hasan, dan E. B. Winulyo. 2018. Cost effectiveness analysis penggunaan obat arv kombinasi serta pengaruhnya terhadap kualitas

hidup pasien HIV-AIDS di poliklinik rawat jalan RS. dr. H. Marzoeki Mahdi
Bogor cost. *Farmagazine*. V(3)

Hassen, A. dan Y. Mohammed. 2018. International journal of multicultural and
multireligious understanding antiretroviral therapy adherence level and
associated factors among HIV / AIDS patients in Jimma zone government
health facilities , art clinics ,. 331–341.

Holtz C, Sowell R, VanBrackle L, Velasquez G, Hernandez-Alonso V. 2014. A
quantitative study of factors influencing quality of life in rural Mexican
women diagnosed with HIV. *Journal of the Association of Nurses in AIDS
Care*. ;25(6):555-67.

Irianto, K. 2014. *Bakterologi, Mikrobiologi & Virologi*. Edisi 1. Bandung:
ALFABETA.

Jiang, M., J. Yang, Y. Song, J. Zheng, X. Li, G. Yang, P. Xu, Z. Zhang, X. Pan,
dan Y. Wang. 2019. Social support , stigma , and the mediating roles of
depression on self-reported medication adherence of haart recipients in
China. *AIDS Care*. 0121

Joint United Nation Programme of HIV/AIDS. 2016. *Get on the Fast-Track*.
Geneva: Joint United Nation Programme of HIV/AIDS.

Joint United Nation Programme of HIV/AIDS. 2017. *UNAIDS DATA 2017*.
Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

Kemenkes RI. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor
Tentang Pedoman Antiretroviral*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik
Indonesia.

- Kemenkes RI. 2017. *Laporan Perkembangan HIV/AIDS Dan Penyakit Menular Seksual (PIMS) Triwulan I Tahun 2017*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Khairunnisa, S. LD, S. Mateus, Adi, dan Ari. 2017. Gambaran kepatuhan pengobatan arv (antiretroviral) (studi pada wanita pekerja seks (wps) positif HIV/AIDS di Kabupaten Batang). *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 5 No. 4:2–9.
- Kusuma, H. 2011. Hubungan Antara Depresi Dan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS Yang Menjalani Perawatan Di RSUPN Citomangunkusumo Jakarta. Universitas Indonesia.
- Kusuma, H. 2016. Faktor-faktor yang memengaruhi kualitas hidup pasien HIV/AIDS yang menjalani perawatan di RSUPN Ciptomangunkusumo Jakarta. *Media Medika Muda*. 1:115–124.
- Li, L., C. Lin, dan L. L. Guoping. 2016. Exploring coping and social support with gender and education among people living with HIV in China. 317–324.
- Lindayani, L. 2016. Studi komparatif: kualitas hidup klien HIV(+) yang menggunakan dan tidak menggunakan antiretroviral therapy di Bandung. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*. 2:137–145.
- Mabweazara, S. Z., C. Ley, dan L. L. Leach. 2018. Physical activity , social support and socio- economic status amongst persons living with HIV and AIDS : a review. 5906
- Mardia, R. A. Ahmad, dan B. S. Riyanto. 2017. Kualitas hidup orang dengan HIV / AIDS berdasarkan kriteria diagnosis dan faktor lain di Surakarta. *BKM*

Journal of Community Medicine and Public Health. 33(3):147–152.

Mosoko, J. J., W. Akam, P. J. Weidle, J. T. Brooks, A. J. Aweh, T. N. Kinge, S.

Pals, dan P. L. Raghunathan. 2011. Retention in an antiretroviral therapy programme during an era of decreasing drug cost in Limbe , Cameroon.

Journal of the International AIDS Society. 14(1):32.

Mustamu, A. C., M. Nurdin, dan I. G. Pratiwi. 2019. Hubungan antara dukungan

keluarga dengan kualitas hidup pada orang dengan HIV dan AIDS. *Journal Kesehatan Prima*. 13(1):76–84.

Nasronudin. 2014. *HIV & AIDS Pendekatan Biologi Molekuler, Klinis, Dan Sosial*. Edisi 2. Surabaya: Airlangga University Press.

Ndarabu, A., A. Osorio, S. C. Id, C. Lo, G. R. Id, E. Burgue, dan J. De Irala. 2019.

Heterosexual oral and anal sex in Kinshasa (d . r . congo): data from OKAPI prospective cohort. *PLOS ONE*. 1–14.

Nirmal, B., D. KR., D. VS., dan V. K. 2008. Quality of life in HIV/AIDS patients:

a cross-sectional study in south India. *Indian J Sex Transm Dis*. 29(1):15–17.

Nogueira-martins, L. A. 2010. Quality of life and adherence to HAART in HIV-infected patients. *Rev Saude Publica*. 44(4)

Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. jakarta: Rineka Cipta.

Nursalam. 2015. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Edisi 4. Jakarta: SA.

Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia. 2014. Ibu Rumah Tangga Kelompok

Penderita HIV/AIDS Tertinggi Di Indonesia. <https://pkbi.or.id/ironis-ibu-rumah-tangga-kelompok-penderita-HIVAIDS-tertinggi-di-indonesia/>

[Diakses pada May 5, 2019].

- Saidu, I. A. 2017. Health-Related Quality of Life of People Living with HIV Receiving Antiretroviral Therapy in North-Eastern Nigeria: A Mixed Methods Study. University of Essex.
- Saryono dan M. D. Anggraeni. 2013. *Metode Penelitian Kuantitatif Dan Kualitatif*. Yogyakarta: Nuha medika.
- Simboh, F. K. dan J. Lolong. 2015. Hubungan dukungan keluarga bagi kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Klinik VCT RSU Bethesda gmim Tomohon. *EJournal Keperawatan (e-Kp)*. 3
- Skevington, S. M., M. Lotfy, dan K. A. O. Connell. 2004. The world health organization ' s whoqol-bref quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial a report from the whoqol group q. *Quality of Life Research*. 299–310.
- Spies, G., C. A. Denckla, S. Mall, J. Levin, S. Seedat, N. Nakasujja, E. Kinyanda, C. A. Denckla, S. Mall, J. Levin, S. Seedat, dan N. Nakasujja. 2018. The relationship between cognitive change and physical health and behavioural outcomes in a Ugandan cohort of adults living with HIV – a longitudinal study. *AIDS Care*. 0(0):1–6.
- Sugiyono. 2016. *Metode Penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Susilo, T. 2014. Temuan HIV/AIDS Di Kabupaten Kediri Capai 615 Kasus. <https://jatim.antaranews.com/berita/138233/temuan-HIV-AIDS-di-kabupaten-kediri-capai-615-kasus> [Diakses pada May 5, 2019].
- Unzila, S. R., S. R. Nadhiroh, dan 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.
- Ventegodt, S., N. J. Andersen, dan J. Merrick. 2003. Quality of life philosophy i. quality of life, happiness, and meaning in life. *The Scientific World JOURNAL*. 3:1164–1175.
- Weldsilase, Y. A., M. H. Likka, T. Wakayo, dan M. Gerbaba. 2018. Health-related quality of life and associated factors among women on antiretroviral therapy in health facilities of Jimma Town , Southwest Ethiopia. 2018:6–8.
- World Health Organization. 1998. WHOQOL: measuring quality of life. *Psychol Med*. 28(3):551–558.
- World Health Organization. 2016. *The Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection*. Second Edi. Switzerland: World Health Organization.
- Xiao, Y., C. Lin, L. Li, dan G. Ji. 2019. Individual and family level factors associated with physical and mental health- related quality of life among people living with HIV in rural China. 1–7.
- Yudianto, K., H. Rizmadewi, dan I. Maryati. 2012. Kualitas hidup penderita diabetes mellitus di rumah sakit umum daerah Cianjur. *Majalah Keperawatan Unpad*. 10(18):76–87.
- Yuniar, Y. 2013. Faktor – faktor pendukung kepatuhan orang dengan HIV/ AIDS (ODHA) dalam minum obat antiretroviral di kota Bandung dan Cimahi. *Bulletin Penelitian Kesehatan*. 41(2):72–83.
- Zhao, Q., Y. Mao, X. Li, Z. Shen, dan Y. Zhou. 2018. Age differences in sexual

risk behaviors and related factors among people living with HIV in Guangxi, China. *AIDS Care*. 0(0):1–8.





LAMPIRAN

Lampiran A. Lembar Inform**SURAT PERMOHONAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Anggia Damayanti
NIM : 152310101243
Alamat : Jalan Ibrahim no.228 Kasreman, Kandangan
No telepon : +6285815334656
Email : anggiadamayanti97@gmail.com

Adalah Mahasiswa Program Studi Sarjana Keperawatan Universitas Jember, bermaksud akan melaksanakan penelitian yang berjudul **“Hubungan Antara Lama Pemberian *Anti Retroviral Therapy* (ART) dengan Kualitas Hidup Orang dengan HIV/ AIDS (ODHA) di Klinik VCT RSUD Kabupaten Kediri”**. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan lama pemberian terapi ARV dengan kualitas hidup ODHA di klinik VCT RSUD Kabupaten Kediri. Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang dapat merugikan bagi responden. Responden penelitian akan mengisi lembar kuesioner yang membutuhkan waktu sekitar 15 - 20 menit untuk proses pengisiannya. Kerahasiaan semua informasi akan terjaga dan hanya dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Jika anda tidak bersedia menjadi responden, maka tidak ada ancaman bagi anda maupun keluarga. Jika anda bersedia menjadi responden, maka saya mohon kesediaannya untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan dan menjawab pertanyaan yang saya sertakan. Atas perhatian dan kesediaannya menjadi responden saya ucapkan terimakasih.

Kediri, Maret 2019

Peneliti

Anggia Damayanti

Lampiran B. Lembar Consent

Kode Responden :

PERSETUJUAN RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Usia :

Alamat :

Menyatakan bersedia menjadi responden penelitian ini dalam keadaan sadar, jujur, dan tidak ada paksaan dalam penelitian dari:

Nama : Anggia Damayanti

NIM : 152310101243

Judul : Hubungan Antara Lama Pemberian *Anti Retroviral Therapy* (ART) dengan Kualitas Hidup Orang dengan HIV/ AIDS (ODHA) di klinik VCT RSUD Kabupaten Kediri

Setelah membaca informasi tentang penelitian yang akan dilakukan, tanpa paksaan dari pihak manapun saya bersedia menjadi responden penelitian. Saya mengetahui tidak ada risiko yang membahayakan dalam penelitian ini, jaminan kerahasiaan data akan dijaga dan juga memahami manfaat penelitian ini bagi pelayanan keperawatan.

Demikian pernyataan ini saya buat, semoga dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Kediri, Maret 2019

Peneliti

Responden

(Anggia Damayanti)

(.....)

Lampiran C. Kuesioner Karakteristik Responden**KARAKTERISTIK RESPONDEN**Kode Responden : **Persetujuan Pengisian :**

1. Semua pertanyaan harus diberi jawaban
2. Berilah tanda (√) pada kotak jawaban yang telah disediakan atau isi sesuai dengan jawaban
3. Lain-lain

1. Usia : tahun

2. Lama Terdiagnosa HIV (+) :

3. Lama Konsumsi ARV : bulan

4. Jenis kelamin :

Laki- laki Perempuan

5. Tingkat Pendidikan :

Tidak bersekolah Tidak tamat SD SD SMP SMA Perguruan Tinggi

6. Status Pernikahan :

Menikah Belum Menikah Cerai Cerai Mati

7. Orientasi seksual :

Homoseksual Heteroseksual

Biseksual

8. Pekerjaan :

Tidak bekerja

Ibu rumah tangga

Karyawan swasta

Petani

Buruh

Sopir

Pelajar

PSK

Lain-lain (.....)

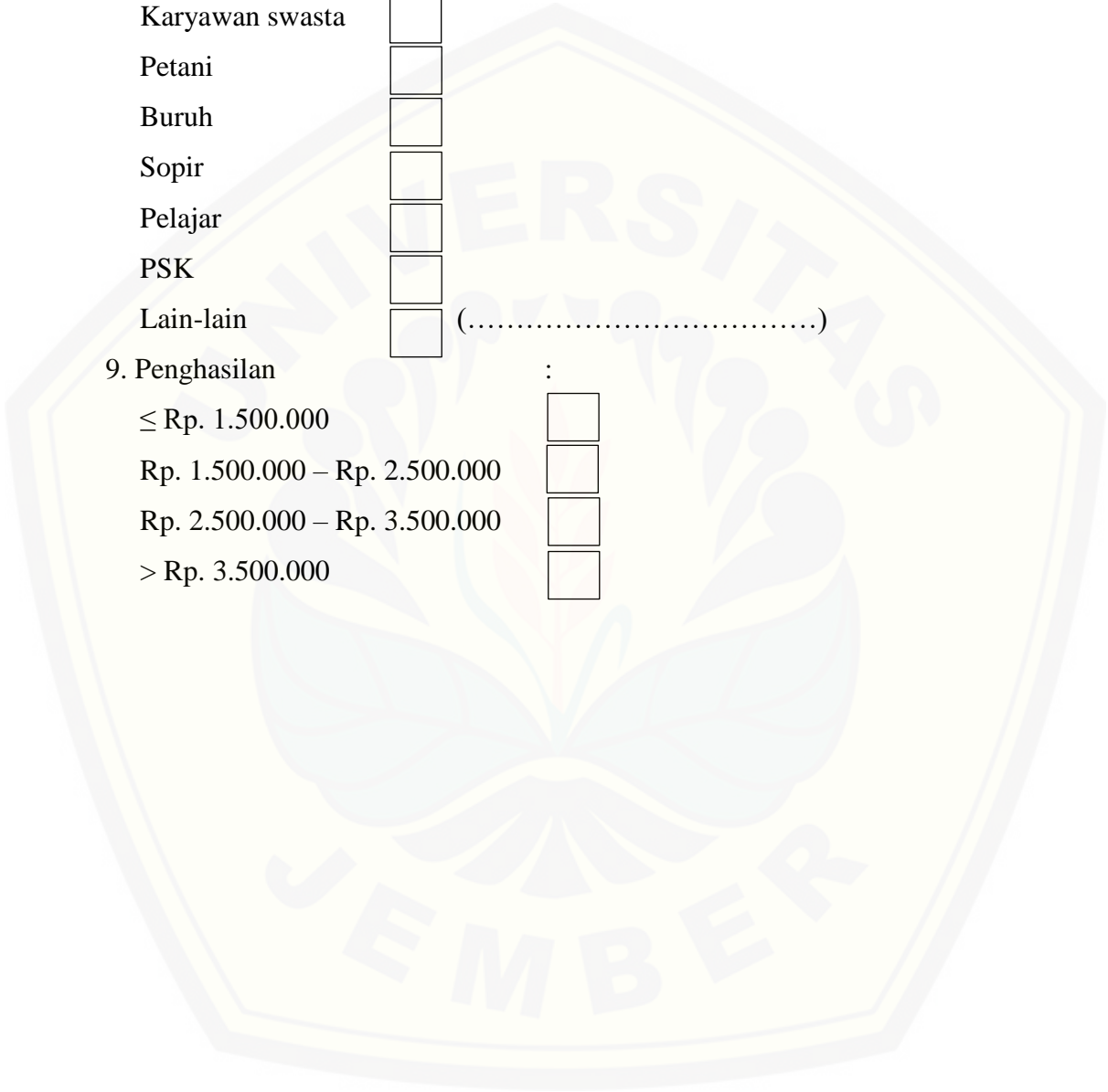
9. Penghasilan :

\leq Rp. 1.500.000

Rp. 1.500.000 – Rp. 2.500.000

Rp. 2.500.000 – Rp. 3.500.000

$>$ Rp. 3.500.000



Lampiran D. Kuesioner Kualitas Hidup

Kode Responden :

Petunjuk pengisian:

Bacalah beberapa pernyataan di bawah ini, lalu pilihlah satu pilihan yang tersedia di sampingnya dengan memberikan tanda checklist (V) pada kolom yang tersedia, dengan keterangan sebagai berikut:

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

No.	Pernyataan	TP	JR	KD	SR	SL
1.	Saya merasa terganggu dengan kondisi sakit yang menghambat saya dalam beraktivitas sehari-hari.					
2.	Saya merasa puas terhadap istirahat tidur saya.					
3.	Saya merasa puas dengan tenaga yang saya miliki untuk beraktivitas.					
4.	Saya menikmati hidup saya.					
5.	Saya dapat berkonsentrasi atau fokus dengan apa yang sedang saya lakukan.					
6.	Saya dapat menerima penampilan tubuh saya.					
7.	Saya merasa diri saya berharga.					
8.	Saya tidak merasa cemas dengan kondisi sakit yang saya alami.					
9.	Saya merasa masih mempunyai harapan yang baik untuk masa depan.					
10.	Saya merasa orang-orang di sekitar saya dapat menerima keadaan saya dan masih mau berteman dengan saya.					
11.	Saya merasa puas terhadap dukungan yang diberikan oleh keluarga dan teman saya.					
12.	Saya merasa orang-orang di sekitar saya tidak menyukai saya dan menghindari saya.					
13.	Saya masih dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari tanpa bantuan.					
14.	Saya membutuhkan pengobatan dan					

	perawatan kesehatan untuk dapat beraktivitas sehari-hari.					
15.	Saya merasa puas dengan pelayanan kesehatan yang saya terima.					
16.	Saya merasa puas dengan lingkungan tempat saya tinggal (sarana dan prasarana).					
17.	Saya mempunyai cukup uang untuk memenuhi kebutuhan.					
18.	Saya merasa kualitas ibadah saya semakin baik.					
19.	Saya merasa kehidupan yang saya jalani saat ini lebih berarti.					
20.	Saya merasa Tuhan menyayangi saya dan ingin mengangkat derajat keimanan saya.					



Lampiran E. Analisa Data

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
lamaterdiagnosa	.213	84	.000	.784	84	.000
lamaterapiarv	.200	84	.000	.789	84	.000
Fisik	.182	84	.000	.860	84	.000
psikologis	.188	84	.000	.885	84	.000
dukungansosial	.276	84	.000	.703	84	.000
tingkatkemandirian	.161	84	.000	.906	84	.000
lingkungan	.210	84	.000	.887	84	.000
spiritualitas	.178	84	.000	.867	84	.000
kualitashidup	.124	84	.003	.899	84	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Usia	84	1	4	3.02	.537
lamaterdiagnosa	84	1	144	32.46	35.472
lamaterapiarv	84	1	144	30.71	33.010
jeniskelamin	84	1	2	1.61	.491
pendidikan	84	1	6	4.11	1.109
statuspernikahan	84	1	4	1.75	1.107
Orientasiseksual	84	1	3	1.93	.302
Pekerjaan	84	1	13	4.79	3.230
Penghasilan	84	1	4	1.35	.703
Valid N (listwise)	84				

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
fisik	84	6	15	11.98	2.970
psikologis	84	11	30	24.70	4.955
dukungansosial	84	2	10	9.06	1.383
tingkatkemandirian	84	3	15	12.01	2.586
lingkungan	84	3	15	12.19	2.091
spiritualitas	84	3	15	12.13	2.969
kualitashidup	84	49	98	81.79	12.679
Valid N (listwise)	84				

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	15-19 tahun	2	2.4	2.4	2.4
	20-24 tahun	5	6.0	6.0	8.3
	25-49 tahun	66	78.6	78.6	86.9
	>50	11	13.1	13.1	100.0
	Total	84	100.0	100.0	

lamaterapiarv

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	1	1.2	1.2	1.2
	2	3	3.6	3.6	4.8
	3	7	8.3	8.3	13.1
	4	2	2.4	2.4	15.5
	5	6	7.1	7.1	22.6
	6	1	1.2	1.2	23.8
	7	2	2.4	2.4	26.2
	8	3	3.6	3.6	29.8
	9	1	1.2	1.2	31.0
	12	8	9.5	9.5	40.5
	14	2	2.4	2.4	42.9
	15	2	2.4	2.4	45.2
	16	3	3.6	3.6	48.8
	18	4	4.8	4.8	53.6
	24	7	8.3	8.3	61.9
	27	1	1.2	1.2	63.1
	30	1	1.2	1.2	64.3
	36	9	10.7	10.7	75.0
	42	1	1.2	1.2	76.2
	48	6	7.1	7.1	83.3
	60	2	2.4	2.4	85.7
	72	4	4.8	4.8	90.5
	84	2	2.4	2.4	92.9
	108	1	1.2	1.2	94.0
120	4	4.8	4.8	98.8	
144	1	1.2	1.2	100.0	
Total		84	100.0	100.0	

jeniskelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	33	39.3	39.3	39.3
	perempuan	51	60.7	60.7	100.0
	Total	84	100.0	100.0	

pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak bersekolah	1	1.2	1.2	1.2
	tidak tamat sd	8	9.5	9.5	10.7
	SMP	12	14.3	14.3	25.0
	SMP	28	33.3	33.3	58.3
	SMA	30	35.7	35.7	94.0
	perguruan tinggi	5	6.0	6.0	100.0
	Total	84	100.0	100.0	

statuspernikahan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	menikah	51	60.7	60.7	60.7
	belum menikah	16	19.0	19.0	79.8
	cerai	4	4.8	4.8	84.5
	cerai mati	13	15.5	15.5	100.0
	Total	84	100.0	100.0	

orientasiseksual

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	homoseksual	7	8.3	8.3	8.3
	heteroseksual	76	90.5	90.5	98.8
	biseksual	1	1.2	1.2	100.0
	Total	84	100.0	100.0	

pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak bekerja	4	4.8	4.8	4.8
	IRT	28	33.3	33.3	38.1
	karyawan swasta	8	9.5	9.5	47.6
	petani	5	6.0	6.0	53.6
	buruh	14	16.7	16.7	70.2
	sopir	4	4.8	4.8	75.0
	PSK	5	6.0	6.0	81.0
	PNS	5	6.0	6.0	86.9
	pedagang	7	8.3	8.3	95.2
	budidaya ikan	1	1.2	1.2	96.4
	peternak ayam	1	1.2	1.2	97.6
	tukang becak	2	2.4	2.4	100.0
	Total	84	100.0	100.0	

penghasilan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< Rp. 1.500.000	63	75.0	75.0	75.0
	RP. 1.500.000-Rp. 2.500.000	16	19.0	19.0	94.0
	Rp. 2.500.000-Rp.3.500.000	2	2.4	2.4	96.4
	> Rp. 3.500.000	3	3.6	3.6	100.0

Total	84	100.0	100.0
-------	----	-------	-------

kualitashidup

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 49	1	1.2	1.2	1.2
53	1	1.2	1.2	2.4
57	1	1.2	1.2	3.6
59	1	1.2	1.2	4.8
60	1	1.2	1.2	6.0
61	2	2.4	2.4	8.3
62	2	2.4	2.4	10.7
65	1	1.2	1.2	11.9
66	4	4.8	4.8	16.7
67	4	4.8	4.8	21.4
68	2	2.4	2.4	23.8
69	2	2.4	2.4	26.2
70	1	1.2	1.2	27.4
73	1	1.2	1.2	28.6
76	1	1.2	1.2	29.8
77	1	1.2	1.2	31.0
78	1	1.2	1.2	32.1
79	1	1.2	1.2	33.3
80	3	3.6	3.6	36.9
81	2	2.4	2.4	39.3
82	3	3.6	3.6	42.9
83	2	2.4	2.4	45.2
84	2	2.4	2.4	47.6
85	4	4.8	4.8	52.4
86	1	1.2	1.2	53.6
87	3	3.6	3.6	57.1
88	2	2.4	2.4	59.5
89	3	3.6	3.6	63.1
90	1	1.2	1.2	64.3
91	3	3.6	3.6	67.9
92	4	4.8	4.8	72.6
93	3	3.6	3.6	76.2
94	8	9.5	9.5	85.7
95	6	7.1	7.1	92.9
96	5	6.0	6.0	98.8
98	1	1.2	1.2	100.0
Total	84	100.0	100.0	

Correlations

			lamaterdiagnosa	fisik
Spearman's rho	lamaterdiagnosa	Correlation Coefficient	1.000	.460**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	84	84
	Fisik	Correlation Coefficient	.460**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	84	84

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

			lamaterdiagnosa	psikologis
Spearman's rho	lamaterdiagnosa	Correlation Coefficient	1.000	.452**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	84	84
	Psikologis	Correlation Coefficient	.452**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	84	84

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

			lamaterdiagnosa	dukungansosial
Spearman's rho	Lamaterdiagnosa	Correlation Coefficient	1.000	.276*
		Sig. (2-tailed)	.	.011
		N	84	84
	Dukungansosial	Correlation Coefficient	.276*	1.000
		Sig. (2-tailed)	.011	.
		N	84	84

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

			lamaterdiagnosa	lingkungan
Spearman's rho	Lamaterdiagnosa	Correlation Coefficient	1.000	.316**
		Sig. (2-tailed)	.	.003
		N	84	84
	Lingkungan	Correlation Coefficient	.316**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.003	.
		N	84	84

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

Correlations

			lamaterdiagnosa	spiritualitas
Spearman's rho	lamaterdiagnosa	Correlation Coefficient	1.000	.164
		Sig. (2-tailed)	.	.137
		N	84	84
	spiritualitas	Correlation Coefficient	.164	1.000
		Sig. (2-tailed)	.137	.
		N	84	84

			lamaterdiagnos a	tingkatkemandiri an
Spearman's rho	lamaterdiagnosa	Correlation Coefficient	1.000	.315**
		Sig. (2-tailed)	.	.003
		N	84	84
	tingkatkemandirian	Correlation Coefficient	.315**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.003	.
		N	84	84

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

Correlations

			lamaterdiagnos a	kualitashidup
Spearman's rho	lamaterdiagnosa	Correlation Coefficient	1.000	.481**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	84	84
	kualitashidup	Correlation Coefficient	.481**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	84	84

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

Lampiran F. Sertifikat Etika Penelitian

	<p>KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK) FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI UNIVERSITAS JEMBER (THE ETHICAL COMMITTEE OF MEDICAL RESEARCH FACULTY OF DENTISTRY UNIVERSITAS JEMBER)</p>
<p>ETHIC COMMITTEE APPROVAL <u>No.350/UN25.8/KEPK/DL/2019</u></p>	
Title of research protocol	: "Relationship Between Duration of anti retroviral therapy (ART) with quality of Life among people Living With HIV/AIDS (PLWHA) in VCT clinic of Kediri General Hospital"
Document Approved	: Research Protocol
Principal investigator	: Anggia Damayanti
Member of research	: 1. NS. Ahmad Rifa'l S.Kep., MS. 2. Ns. Dicky Endrian Kurniawan S.Kep., M.Kep. 3. Ns. Nur Widayati S.Kep., MN. 4. Ns. Eka Afidi Septiyono S.Kep., M.Kep.
Responsible Physician	: Anggia Damayanti
Date of approval	: Desember 31 th , 2018
Place of research	: RSUD Kabupaten Kediri
<p>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.</p>	
<p>Jember, January 7th, 2019</p>	
 Dean of Faculty of Dentistry Universitas Jember (Drg. R. Rahardyan P. M. Kes, Sp. Pros)	 Chairperson of Research Ethics Committee Faculty of Dentistry Universitas Jember (Prof. Dr. Endang Ayu Ratna Dewanti, M.Si)

Lampiran G. Surat Ijin Penelitian

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KEPERAWATAN

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

Nomor : 978/UN25.1.14/LT/2019

Jember, 18 February 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 : Anggia Damayanti

N I M : 152310101243

keperluan : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

judul penelitian : Hubungan antara Lama Pemberian Anti Retroviral Therapy (ART) dengan Kualitas Hidup Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Klinik VCT RSUD Kabupaten Kediri

lokasi : Rumah Sakit Umum Daerah Kediri

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



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
 Jl. Kalimantan 37 Jember, Telp (0331) 337818, 339385 Fax (0331) 337818
 Email : penelitian.lp2m@unej.ac.id-pengabdian.lp2m@unej.ac.id

Nomor : 679 /UN25.3.1/LT/2019

25 Februari 2019

Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Yth. Kepala

Badan Kesatuan Bangsa dan Politik

Kabupaten Kediri

Di

Kediri

Memperhatikan surat dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember nomor 978/UN25.1.14/LT/2019 tanggal 18 Februari 2019 perihal Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian,

Nama : Anggia Damayanti
 NIM : 152310101243
 Fakultas : Keperawatan
 Jurusan : Ilmu Keperawatan
 Alamat : Jl. Kalimantan No.32 Sumbersari-Jember
 Judul Penelitian : "Hubungan antara Lama Pemberian *Anti Retroviral Therapy* (ART) dengan Kualitas Hidup Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Klinik VCT RSUD Kabupaten Kediri"
 Lokasi Penelitian : Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kediri
 Lama Penelitian : 1 Bulan (15 Maret-20 April 2019)

maka kami mohon dengan hormat bantuan Saudara untuk memberikan ijin kepada mahasiswa yang bersangkutan untuk melaksanakan kegiatan penelitian sesuai dengan judul tersebut diatas.

Demikian atas perhatian dan perkenannya disampaikan terima kasih.



Dr. Susanto, M.Pd.

06306161988021001

Tembusan Yth.

1. Direktur RSUD Kab. Kediri;
2. Dekan Fak. Keperawatan Universitas Jember;
3. Mahasiswa ybs; ✓
4. Arsip.



CERTIFICATE NO : QMS/173



PEMERINTAH KABUPATEN KEDIRI
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 JALAN SOEKARNO HATTA NOMOR 1 TELEPON 689969
 KEDIRI
 Website : www.kedirikab.go.id - Email : bakesbangpol@kedirikab.go.id

REKOMENDASI PENELITIAN/SURVEY/KEGIATAN
 NOMOR : 070/ *902* /418.62/2019

- Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011;
 2. Peraturan Daerah Kabupaten Kediri Nomor 1 tahun 2015 tentang Tata Kerja Badan Kesatuan Bangsa dan Politik;
 3. Peraturan Bupati Nomor 4 tahun 2015 tentang Penjabaran Tugas dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa dan Politik.
- Menimbang : 1. Surat dari Ketua LPPM Universitas Jember tanggal 25 Pebruari 2019 nomor : 679/UN.3.1/LT/2019 perihal Permohonan Ijin Melakadankan Penelitian.
 2. Peretujuan Lokaasi dari Direktur RSUD Kabupaten Kediri tanggal 20 Maret 2019 Nomor : 423/2776/418.67/2019.
- Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Kediri, memberikan rekomendasi kepada :
- a. Nama : **ANGGIA DAMAYANTI**
 b. Alamat : Jl.Kalimantan no. 37 Jember
 c. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
 d. Instansi/Organisasi : Universitas Jember
 e. Kebangsaan : Indonesia
- Untuk melakukan Penelitian/Survey/Kegiatan dengan :
- f. Judul Proposal : *Hubungan Antara Lama Pemberian Anti Retroviral Therapy (ART) Dengan Kualitas Hidup Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) di Klinik VCT RSUD Kabupaten Kediri*
 g. Tujuan penelitian : Skripsi
 h. Bidang Survey : Kesehatan
 i. Penanggung Jawab : **Dr. Susanto, M.Pd**
 j. Anggota/Peserta : -
 k. Waktu : 1 (satu) bulan sejak tanggal Rekomendasi diterbitkan
 l. Lokasi : RSUD Kabupaten Kediri
- Dengan ketentuan : 1. Berkewajiban menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib di daerah setempat/lokasi penelitian/survey/kegiatan.
 2. Pelaksanaan kegiatan agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah/lokasi setempat.
 3. Dari hasil pelaksanaan kegiatan penelitian/survey hanya boleh digunakan untuk kepentingan penyelesaian tugas akademis pemohon/peneliti dan tidak boleh digunakan untuk tujuan lain yang dapat merugikan pemerintah daerah/instansi lokasi kegiatan.
 4. Setelah selesai melaksanakan kegiatan pemohon/peneliti agar memberikan laporan tertulis hasil kegiatannya minimal 1 exemplar kepada Bakesbangpol Kabupaten Kediri.

Demikian rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Kediri, 21 Maret 2019



IWAN AGUS WIJAYA, S.Sos
 Penata Tingkat I
 NIP. 19710808 199101 1 001

TEMBUSAN : Yth.

1. Ibu Bupati Kediri (sebagai laporan);
2. Sdr. Kepala Balitbangda Kabupaten Kediri;
3. Sdr. Direktur RSUD Kab. Kediri
4. Sdr. Ketua LPPM Universitas Jember
5. Arsip.

Lampiran H. Surat Selesai Melakukan Penelitian

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

SURAT KETERANGAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Ns. Ahmad Rifai, S.Kep., M.S.
NIP : 19850207 201504 1 001

Sebagai Dosen Pembimbing Utama menerangkan bahwa mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Jember :

Nama : Anggia Damayanti
NIM : 152310101243
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Fakultas : Keperawatan

Telah melakukan penelitian tugas akhir dengan judul "Hubungan antara Pemberian Lama *Anti Retroviral Therapy* (ART) dengan Kualitas Hidup Orang dengan HIV/ AIDS (ODHA) di Klinik VCT RSUD Kabupaten Kediri"

Demikian surat keterangan ini kami buat agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Jember, Mei 2019

Dosen Pembimbing Utama

Ns. Ahmad Rifai, S.Kep., M.S.
NIP 19850207 201504 1 001

Lampiran I. Dokumentasi












Lampiran J. Lembar Bimbingan DPU dan DPA

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER

NAMA : Anggia Damayanti

NIM : 152310101243

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







Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
21/9	diskusi judul tugas akhir	hubungan lama pemberian terapi ARV dengan kualitas hidup ODHA di klinik VCT puskesmas Kandangan	
28/9	group meeting	Revisi BAB 1 BAB 2	
5/10	18'	- Revisi bab 1 → upload draft. - Laporan bab 2-3-4 - target syro: minggu 3 oktober.	
10/10	18'	- Print out scan dokumen → beasiswa. - perbaiki bab 2, 3 & 4. - cek dan bikin ppt. - su	
15/10	18'	Cek kelengkapan - lengkapi kurianir fepidemi obat. - data dengan: unguar keadatan Virus keselatan. - salah keahli.	
		ACC → Sympo	

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER

NAMA : Anggia Damayanti

NIM : 152310101243

Dosen Pembimbing : Ns. Dicky Endrian Kurniawan, S.Kep., M.Kep.

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
2/18 /10		Revisi BAB I latar belakang.	
9/18 /10	Bab I - IV	- Pelajari metode penelitian - lengkapi & jelaskan - typing error	
16/18 /10	Bab I - IV	- Belajar analisis data - Pertimbangkan penggunaan instrumen penelitian - Perbaiki penulisan	
17/18 /10		ACC Sempurna	
13/19 /05	Bab IV - V	- Bab IV bahasa laporan - Bab V - hasil sesuai dg tujuan - pembahasan pertanyaan - lanjut lengkapi draft skripsi	
15/19 /05	Draft skripsi	- Pembahasan tambah opini - Simpulan & saran ditambah - Abstrak - Surat penyampaian selesai penulisan	

No/19 05	Draft skripsi	Cek turnitin ACC sidang	