



**HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN SOSIAL DAN  
KESEJAHTERAAN PSIKOLOGIS DENGAN KENYAMANAN  
PADA ORANG DENGAN HIV/AIDS (ODHA)**

**SKRIPSI**

**Untuk memenuhi persyaratan mencapai Sarjana Keperawatan**

**Oleh :**

**Mekarila Ananda Ofiliana**

**30902200143**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

**2025**



**HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN SOSIAL DAN  
KESEJAHTERAAN PSIKOLOGIS DENGAN KENYAMANAN  
PADA ORANG DENGAN HIV/AIDS (ODHA)**

**SKRIPSI**

**Untuk memenuhi persyaratan mencapai Sarjana Keperawatan**

**Oleh :**

**Mekarila Ananda Ofiliana**

**30902200143**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

**2025**

## SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, dengan sebenarnya menyatakan bahwa skripsi ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang, jika di kemudian hari saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima skripsi saya yang dijatuhkan oleh Universtas Islam Sultan Agung Semarang kepada saya.

Semarang, 15 Januari 2026



**HALAMAN PERSETUJUAN**

Skripsi berjudul :

**Hubungan Antara Dukungan Sosial dan Kesejahteraan Psikologis Dengan  
Kenyamanan Pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA)**

Dipersiapkan dan disusun oleh :


Nama : Mekarila Ananda Ofiliana

NIM : 30902200143

Telah disahkan dan disetujui oleh Pembimbing pada :

Pembimbing I

Tanggal : 9 Desember 2025

  
**Dr.Ns. Ahmad Ikhlasul Amal, S.Kep., MAN**  
NUPTK.6337767668130383

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi berjudul :

**Hubungan Antara Dukungan Sosial dan Kesejahteraan Psikologis  
Dengan Kenyamanan Pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA)**

Disusun oleh :

Nama : Mekarila Ananda Ofiliana

NIM : 30902200143

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 19 Januari 2026 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Penguji I,

Dr. Ns. Dwi Retno S., M.Kep., Sp.Kep.MB.  
NUPTK.6639754655230112



Penguji II,

Dr. Ns. Ahmad Ikhlasul Amal, S.Kep., MAN.  
NUPTK.6337767668130383



Mengetahui

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Dr. Iyan Ardian, SKM., S.Kep., M.Kep.  
NUPTK. 1154752653130093

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG  
Skripsi, November 2025**

**ABSTRAK**

**Mekarila Ananda Ofiliana**

**HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN SOSIAL DAN KESEJAHTERAAN PSIKOLOGIS DENGAN KENYAMANAN PADA ORANG DENGAN HIV/AIDS(ODHA).**

**Latar belakang :** Penderita HIV/AIDS masih menjadi permasalahan kesehatan yang penting di seluruh dunia. Orang dengan HIV/AIDS sering mengalami tekanan mental dan sosial yang rumit, seperti stigma, diskriminasi, kecemasan, serta perasaan bersalah. Hal ini berdampak langsung pada kenyamanan dan kualitas hidup mereka. Dukungan sosial yang cukup serta kesejahteraan mental yang baik merupakan faktor penting yang membantu ODHA beradaptasi, mematuhi pengobatan, dan hidup dengan semangat. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara dukungan sosial, kesejahteraan psikologis, dan kenyamanan pada ODHA di Kelompok Dukungan Sebaya Kota Semarang.

**Metode :** Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain korelasional dan metode survei. Populasi yang dapat dicapai adalah 74 orang dengan HIV/AIDS yang masih aktif dalam mengikuti pengobatan di Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) di wilayah Semarang. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *accidental sampling*. Alat yang digunakan dalam penelitian ini mencakup kuesioner dukungan sosial, skala kebahagiaan psikologis Ryff (RPWBS), dan kuesioner kepuasan umum yang singkat (SGCQ). Analisis data dilakukan menggunakan uji korelasi Spearman Rank.

**Hasil :** Penelitian melibatkan 74 responden, hasil uji korelasi terdapat hubungan positif yang signifikan antara dukungan sosial dengan kenyamanan ( $r = 0,394$ ;  $p = 0,001$ ), serta antara kesejahteraan psikologis dengan kenyamanan ( $r = 0,331$ ;  $p = 0,004$ ). Selain itu, dukungan sosial juga berhubungan signifikan dengan kesejahteraan psikologis ( $r = 0,285$ ;  $p = 0,014$ ). Hasil ini menunjukkan bahwa semakin tinggi dukungan sosial yang diterima ODHA, semakin baik kesejahteraan psikologis dan kenyamanan yang mereka rasakan.

**Kesimpulan :** Terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan sosial dan kesejahteraan psikologis dengan kenyamanan pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA). Hasil ini diharapkan menjadi acuan bagi perawat dan tenaga kesehatan dalam merancang intervensi yang lebih holistik, yang tidak hanya berfokus pada aspek medis tetapi juga kebutuhan psikososial ODHA.

**Kata Kunci :** *Dukungan Sosial, Kesejahteraan Psikologis, Kenyamanan, ODHA.*

**BACHELOR OF SCIENCE IN NURSING  
FACULTY OF NURSING SCIENCES  
SULTAN AGUNG ISLAMIC UNIVERSITY SEMARANG  
Thesis, November 2025**

**ABSTRACT**

**Mekarila Ananda Ofiliana**

**The Relationship Between Social Support and Psychological Well-being with Comfort in People Living with HIV/AIDS (PLWHA).**

**Background:** HIV/AIDS sufferers are still an important health problem throughout the world. People with HIV/AIDS often experience complex mental and social stress, such as stigma, discrimination, anxiety and feelings of guilt. This has a direct impact on their comfort and quality of life. Sufficient social support and good mental well-being are important factors that help PLWHA adapt, comply with treatment, and live with enthusiasm. This study aims to analyze the relationship between social support, psychological well-being and comfort among PLWHA in the Semarang City Peer Support Group.

**Method:** This research uses a quantitative approach with a correlational design and survey method. The population that can be reached is 74 people with HIV/AIDS who are still actively participating in treatment at Peer Support Groups (KDS) in the Semarang area. The sampling technique used was accidental sampling. The tools used in this study included the social support questionnaire, the Ryff psychological happiness scale (RPWBS), and the short general satisfaction questionnaire (SGCQ). Data analysis was carried out using the Spearman Rank correlation test.

**Results :** The research involved 75 respondents, the correlation test results showed a significant positive relationship between social support and comfort ( $r = 0.394$ ;  $p = 0.001$ ), as well as between psychological well-being and comfort ( $r = 0.331$ ;  $p = 0.004$ ). Apart from that, social support is also significantly related to psychological well-being ( $r = 0.285$ ;  $p = 0.014$ ). These results show that the higher the social support PLWHA receive, the better the psychological well-being and comfort they feel.

**Conclusion :** There is a significant relationship between social support and psychological well-being and comfort in people living with HIV/AIDS (PLWHA). It is hoped that these results will become a reference for nurses and health workers in designing more holistic interventions, which not only focus on medical aspects but also the psychosocial needs of PLWHA.

**Keywords :** *Social Support, Psychological Well-being, Comfort, PLWHA.*

## KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian yang berjudul **“Dukungan Sosial dan Kesejahteraan Psikologis Dengan Kenyamanan pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA)”** ini tepat pada waktunya. Penelitian ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini tidak akan dapat diselesaikan dengan baik tanpa bantuan dari beberapa pihak. Oleh karena itu, saya ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. H. Gunarto, S.H., M.Hum., selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Dr. Iwan Ardian, SKM., M.Kep., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Dr. Ns. Dwi Retno Sulistyarningsih, M.Kep, Sp.KMB., selaku Kaprodi S1 Ilmu Keperawatan sekaligus dosen penguji I yang senantiasa memberikan saran, meluangkan waktu, dan memberikan arahan dalam penyusunan skripsi ini.
4. Dr. Ns. Ahmad Ikhlasul Amal, MAN., selaku dosen pembimbing yang senantiasa sabar meluangkan waktu serta tenaga dalam membimbing, memberikan saran, dan motivasi serta semangat menasehati dalam penyusunan skripsi ini.

5. Segenap dosen pengajar Staf Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang selalu semangat dalam membekali ilmu pengetahuan serta atas semua motivasi, kritik, dan saran yang telah diberikan terhadap penulis.
6. Teristimewa kedua orangtua penulis, untuk beliau berdualah skripsi ini penulis persembahkan. Terima kasih atas segala doa, motivasi, pesan dan kasih sayang tanpa batas yang tak pernah lekang oleh waktu, atas kesabaran dan segala pengorbanan yang selalu mengiringi perjalanan hidup saya. Terimakasih atas segala hal yang kalian berikan yang tak terhitung jumlahnya.
7. Kepada Maya Audita, Liya Maya, Ghina Muhibbatul, Monika Yunia Putri, Kartini Isnaini selaku sahabat penulis yang menjadi support system dengan senantiasa menemani penulis dalam keadaan sulit, senang, memberikan dukungan serta motivasi, dan memberikan doa setiap langkah yang penulis lalui sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir dengan lancar.
8. Teman-teman satu bimbingan skripsi sekaligus teman seperjuangan yang saling mendukung, dan memberikan bantuan baik sehingga kita bisa menyelesaikan skripsi masing-masing dengan baik.
9. Teruntuk diri saya sendiri. Apresiasi sebesar-besarnya kepada diri saya sendiri karena mampu bertanggung jawab untuk menyelesaikan tugas akhir ini. Terimakasih telah berkerja keras dan semangat sehingga tidak pernah menyerah, serta menikmati setiap prosesnya yang bisa dibilang tidak mudah untuk mencapai di titik ini. I made it, and I'm proud of myself!

10. Terimakasih kepada semua pihak-pihak yang memberi bantuannya semoga Allah SWT membalas segala kebaikan yang telah diberikan. Aamiin.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa skripsi ini masih jauh dari kata sempurna dan masih terdapat kekurangan di berbagai sisinya. Oleh karena itu, Penulis dengan terbuka mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari pembaca demi perbaikan di masa mendatang.

Semarang, 8 Desember 2025.



Mekarila Ananda Ofiliana

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME .....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN .....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
ABSTRAK .....	v
ABSTRACT .....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL .....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah .....	7
C. Tujuan Penelitian .....	7
D. Manfaat Penelitian .....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	10
A. Tinjauan Teori.....	10
1. HIV/AIDS .....	10

2.	Dukungan sosial .....	20
3.	Kesejahteraan Psikologis .....	24
4.	Kenyamanan.....	26
B.	Kerangka Teori.....	34
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN .....</b>		<b>36</b>
A.	Kerangka Konsep .....	36
B.	Variabel Penelitian .....	36
C.	Desain Penelitian .....	37
D.	Populasi dan Sampel Penelitian .....	37
E.	Tempat dan Waktu Penelitian .....	39
F.	Definisi Operasional .....	39
G.	Alat Pengumpul Data .....	40
H.	Metode Pengumpulan Data .....	46
I.	Rencana Analisa Data .....	47
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>		<b>83</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>		<b>90</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Definisi Operasional. ....	39
Tabel 2. 2 Blue Print Kuesioner Dukungan Sosial. ....	41
Tabel 2. 3 Blueprint Kuesioner kesejahteraan psikologis.....	42
Tabel 2.4 Blue Print Kenyamanan. ....	43
Tabel 3.1 Distribusi frekuensi responden berdasarkan usia responden.....	53
Tabel 3. 2 Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin responden...	54
Tabel 3.3 Distribusi frekuensi responden berdasarkan pendidikan terakhir responden. ....	54
Tabel 3. 4 Distribusi frekuensi responden berdasarkan pekerjaan responden. ....	55
Tabel 3. 5 Distribusi responden berdasarkan Lama menderita HIV/AIDS. ....	55
Tabel 3. 6 Distribusi frekuensi responden berdasarkan status pernikahan responden. ....	56
Tabel 3. 7 Gambaran Distribusi Variabel Dukungan Sosial yang diperoleh ODHA di Kelompok Dukungan Sebaya Kota Semarang.....	57
Tabel 3. 8 Gambaran Distribusi Variabel Kesejahteraan Psikologis yang diperoleh ODHA di Kelompok Dukungan Sebaya Kota Semarang.....	57
Tabel 3. 9 Gambaran Distribusi Variabel Dukungan Sosial yang diperoleh ODHA di Kelompok Dukungan Sebaya Kota Semarang.....	58
Tabel 3. 10 Hasil Uji Spearman Rank Hubungan Antara Dukungan Sosial dengan Kenyamanan pada ODHA di Kelompok Dukungan Sebaya Kota Semarang.....	59
Tabel 3. 11 Hasil Uji Spearman Rank Hubungan Antara Kesejahteraan Psikologis dengan Kenyamanan pada ODHA di Kelompok Dukungan Sebaya Kota Semarang. ....	60

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1. Kerangka Teori.....	34
Gambar 2. 2. Kerangka Konsep .....	36
Gambar 3. 1. Studi pendahuluan dan pengenalan diri .....	109
Gambar 3. 2. Wawancara dan pengisian kuesioner .....	109



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Izin survei pendahuluan .....	91
Lampiran 2 Surat Permohonan Ijin Penelitian .....	92
Lampiran 3 Surat Keterangan Lolos Uji Etik .....	92
Lampiran 4 Surat Permohonan dan persetujuan Menjadi Responden .....	94
Lampiran 5 Lampiran Persetujuan Menjadi Responden .....	95
Lampiran 6 Instrumen Penelitian .....	96
Lampiran 7 Hasil olah data dengan SPSS .....	104
Lampiran 8 Lembar konsultasi bimbingan skripsi .....	106
Lampiran 9 Jadwal Kegiatan Penelitian .....	107
Lampiran 10 Daftar Riwayat Hidup .....	108
Lampiran 11 Dokumentasi Penelitian .....	109



## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang Masalah**

ODHA merujuk pada individu yang mengidap HIV/AIDS, artinya mereka yang telah terdiagnosis HIV, tanpa memandang apakah mereka menunjukkan gejala AIDS atau tidak. Istilah ODHA digunakan untuk menekankan bahwa mereka adalah manusia yang memiliki hak, martabat, dan kesempatan seperti orang lain, terlepas dari status kesehatannya (UNAIDS, 2023). Virus HIV dan AIDS terus menjadi tantangan kesehatan global yang signifikan saat ini. HIV menargetkan sistem kekebalan tubuh, khususnya sel CD4, membuat orang yang terinfeksi rentan terhadap infeksi oportunistik. Tanpa pengobatan yang tepat, HIV dapat berkembang menjadi AIDS, suatu tahap kritis yang ditandai dengan kerusakan sistem kekebalan tubuh yang parah (Fadillah Riszki, 2024).

Menurut Weiss (1974), menyatakan bahwa dukungan sosial melibatkan interaksi antar individu, yang membantu seseorang dalam mengelola stres hidup dan mencegah perasaan terisolasi. Dukungan tersebut dapat berupa berbagi informasi, mengakui keterampilan seseorang, memberikan hubungan emosional dengan orang lain, dan menawarkan bantuan nyata dari orang-orang terdekatnya, termasuk keluarga, teman, dan komunitas (Zuhroh & Muhid, 2022). Bagi individu yang hidup dengan HIV, dukungan sosial yang kuat dari keluarga, teman, pasangan, masyarakat, atau komunitas terbukti dapat

meningkatkan kesejahteraan mental, kepatuhan terhadap perawatan medis, serta kualitas hidup secara keseluruhan. Sebaliknya, kurangnya dukungan sosial sering kali berkaitan dengan depresi, stres, dan kepatuhan yang rendah terhadap pengobatan, yang pada gilirannya memperburuk keadaan mereka (Gonzalez.A., Lemos.D., & M, 2022).

Ryff (1998) berpendapat bahwa kesejahteraan psikologis adalah suatu keadaan manusia yang tidak hanya bebas dari stres, tetapi juga dianggap sehat dan berfungsi dengan baik (Prasetya, 2023). Kesejahteraan psikologis adalah kondisi optimal dimana individu secara aktif merealisasikan potensi diri, berfungsi positif secara psikologis, mencapai pertumbuhan pribadi, memaknai tujuan hidupnya, serta mampu mengelola diri dan beradaptasi secara efektif dengan lingkungan sekitarnya (W. Zhang et al., 2024). Pada pasien HIV/AIDS, pencapaian kondisi ini kerap terhambat oleh kesulitan menerima keadaan, rasa putus asa akibat bayangan kematian, dan munculnya keinginan bunuh diri. Selain itu, mereka sering gagal menyadari potesnsi diri dapat dikembangkan untuk meningkatkan kualitas hidup (Deli Indah Lestari et al., 2023).

Kenyamanan bagi individu dengan HIV merupakan sebuah keadaan yang menyeluruh, mencakup kesejahteraan fisik, ketenangan mental, serta kualitas hidup yang baik. Kenyamanan berfungsi tidak hanya sebagai bebas dari rasa sakit, tetapi juga mencakup kemampuan untuk mengatasi stres emosional, mengurangi stigma, dan memperoleh tidur yang berkualitas (Ikhlusul Amal et al., 2022). Lingkungan yang tidak ramah dalam pelayanan kesehatan dapat mengurangi kenyamanan individu yang terinfeksi HIV, sedangkan layanan

yang bersahabat dan komunitas yang mendukung dapat meningkatkan rasa aman dan nyaman dalam aktivitas sehari-hari (Mahamboro.B.D, Fauk.K.N, et.al 2020).

HIV/AIDS merupakan salah satu tantangan terbesar dalam kesehatan masyarakat di seluruh dunia (Joyce M.Black & Jane Hokanson Hawks, 2014). Banyak individu yang baru saja terinfeksi HIV menunjukkan tanda-tanda seperti flu dalam rentang waktu dua hingga empat minggu setelah virus memasuki tubuh mereka. Keadaan ini dikenal sebagai infeksi HIV awal (akut) dan dapat berlangsung selama beberapa minggu. Gejala yang sering terjadi mencakup demam, sakit kepala, nyeri pada otot dan sendi, ruam pada kulit, tenggorokan yang sakit, luka di mulut, batuk, diare, penurunan berat badan, dan juga berkeringat berlebihan di malam hari (Nuzulia, 2023). Orang yang mengidap HIV, sama seperti mereka yang menderita penyakit kronis lainnya, sering kali mengalami masalah tidur (Chen et al., 2024). HIV dianggap sebagai infeksi dengan tingkat kematian tertinggi jika dibandingkan dengan infeksi lainnya dan merupakan penyebab kematian kedua yang paling umum di seluruh dunia bagi orang dewasa berusia antara 25 hingga 44 tahun (Joyce M.Black & Jane Hokanson Hawks, 2014).

Berdasarkan survei yang dilakukan oleh UNAIDS pada tahun 2020, diperkirakan bahwa di seluruh dunia terdapat sekitar 37,6 juta orang yang hidup dengan HIV/AIDS, dan antara 480.000 hingga 1 juta orang diperkirakan akan meninggal karena penyakit ini. (Chen et al., 2024). Di tahun 2023, sekitar 86% dari individu yang hidup dengan HIV telah menyadari statusnya, sedangkan 5,4

juta lainnya belum mengetahui bahwa mereka terinfeksi virus itu. Menurut informasi dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 2024, terdapat 35.415 infeksi HIV baru dan 12.481 infeksi AIDS baru yang tercatat dari bulan Januari hingga September. Data juga menunjukkan bahwa tingkat prevalensi HIV/AIDS di Indonesia lebih besar pada pria (71%) dibandingkan wanita (29%) (Kemenkes RI, 2024).

Setelah diagnosis HIV/AIDS, individu sering mengalami perubahan beragam, baik fisik maupun emosional, serta menghadapi reaksi psikologis yang kompleks. Situasi ini dapat memengaruhi hubungan dengan sanak saudara, teman-teman, dan komunitas sosial. Berbagai konflik psikologis yang sering dialami oleh orang-orang yang hidup dengan HIV/AIDS (PLWHA) meliputi kekhawatiran mengenai penyebaran virus kepada orang lain, ketakutan yang terus-menerus terhadap perkembangan penyakit, rasa bersalah terkait dengan pola hidup sebelumnya, serta perubahan dalam hubungan sosial. Mereka juga mengalami tekanan sosial seperti kesulitan untuk mengungkapkan status HIV, stigma yang terkait dengan kondisi itu, kekhawatiran kehilangan pekerjaan atau akses asuransi, serta rasa kesepian dan terasing dari masyarakat (Joyce M.Black & Jane Hokanson Hawks, 2014). Situasi ini bisa berpengaruh terhadap ekonomi dan kesejahteraan mental bagi pasien serta anggota keluarganya. Dukungan sosial yang cukup memungkinkan ODHA menghadapi dampak negatif stres dengan lebih proaktif dan sangat penting bagi kesejahteraan mental. Dukungan sosial dapat diartikan sebagai bantuan sosial,

psikologis, dan interaksi antar personal yang meningkatkan kesehatan serta kesejahteraan individu (Abbas et al., 2023).

Perjalanan masalah yang ada dan yang mungkin timbul pada ODHA mengalami ketidaknyamanan akibat kondisi penyakit yang diderita. Salah satu faktor yang menyebabkan ketidaknyamanan bagi ODHA adalah tindakan diskriminasi dari lingkungan sekitar, karena stigma atau persepsi bahwa ODHA berbahaya dan bisa menularkan HIV, sehingga banyak orang merasa perlu menghindari ODHA. Diskriminasi dalam masyarakat mengakibatkan ODHA mengalami kesulitan dalam mendapatkan pekerjaan dan akses layanan kesehatan. Keluarga adalah orang-orang terdekat ODHA, seharusnya bisa menjadi tempat dukungan dan kenyamanan bagi ODHA. Dalam kenyataannya, banyak keluarga merasa malu ketika ada anggota yang terinfeksi HIV, dan sebagian besar memilih untuk menjaga informasi ini tetap rahasia. Perilaku diskriminatif dapat menyebabkan individu dengan HIV/AIDS merasa tidak nyaman, misalnya merasa putus asa, mengalami depresi, merasa tidak berharga, kehilangan semangat, menarik diri dari lingkungan sosial, dan memiliki keinginan untuk mengakhiri hidup mereka (Purwanto et al., 2024).

Berdasarkan temuan penelitian yang dilakukan oleh peneliti dari Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) Arjuna di wilayah Semarang dari bulan September hingga Oktober 2025., diperoleh informasi bahwa ada 74 responden yang memiliki HIV/AIDS (ODHA) yang masih aktif menjalani perawatan rawat jalan dan secara teratur mengonsumsi obat antiretroviral setiap bulan. Dari data responden tersebut, diketahui bahwa 36 responden berstatus belum menikah, 30

responden sudah menikah dan hasil terendah 8 orang bertatus cerai hidup/mati, dengan rentang usia dari 36 hingga 45 tahun. Sebagian besar ODHA yang menerima dukungan dari KDS memiliki latar belakang pekerjaan sebagai pegawai negeri sipil (PNS), karyawan swasta, pengusaha, dan ibu rumah tangga. Hampir semua responden merasakan reaksi emosional yang mendalam seperti terkejut, sedih, depresi, dan putus asa dalam melanjutkan hidup setelah mengetahui status HIV mereka. Selain itu, banyak di antara mereka yang mengadu tentang berbagai masalah fisik seperti munculnya ruam pada kulit, sariawan, dan penurunan berat badan. Selain itu, kesejahteraan individu yang hidup dengan HIV dipengaruhi oleh dukungan sosial dan tingkat kesehatan mental yang mereka rasakan. Orang-orang yang hidup dengan HIV dan menerima dukungan dari keluarga serta lingkungan mereka cenderung lebih optimis dan termotivasi untuk menjalani perawatan secara konsisten. Sebaliknya, minimnya dukungan serta adanya tekanan sosial seperti stigma dan diskriminasi dapat memperburuk keadaan psikologis ODHA, sehingga mereka merasa tidak bernilai, cemas, dan kehilangan harapan. Saat kesejahteraan psikologis merosot dan dukungan yang ada tidak memadai, ODHA akan merasakan ketidaknyamanan terhadap keadaan yang dihadapi, bahkan bisa menganggap proses terapi sudah tidak relevan lagi. Situasi ini dapat membuat mereka menghentikan pengobatan dan hanya mencari bantuan ketika keadaan sudah sangat kritis.

Berdasarkan penjabaran masalah yang ada, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis "hubungan antara dukungan sosial dan kesejahteraan psikologis

dengan kenyamanan pada orang dengan HIV/AIDS (ODHA)", yang merupakan isu kesehatan yang kompleks dengan dampak yang luas. Dengan mengakui hubungan antara dukungan sosial, kesejahteraan mental, dan kesejahteraan secara keseluruhan, diharapkan penelitian ini dapat memberikan acuan bagi perawat dan profesional kesehatan lainnya dalam mengembangkan intervensi yang lebih komprehensif. Intervensi ini seharusnya tidak hanya berfokus pada penanganan aspek medis, tetapi juga memperhatikan kebutuhan psikososial individu yang hidup dengan HIV/AIDS.

#### **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan penjelasan mengenai latar belakang masalah di atas, dapat disimpulkan bahwa peneliti telah merumuskan permasalahan sebagai berikut: "Bagaimana hubungan antara dukungan sosial dan kesejahteraan psikologis dengan kenyamanan pada orang dengan HIV/AIDS (ODHA)?"

#### **C. Tujuan Penelitian**

##### **1. Tujuan Umum**

Mengetahui hubungan antara dukungan sosial dan kesejahteraan psikologis dengan kenyamanan pada orang dengan HIV/AIDS (ODHA).

##### **2. Tujuan Khusus**

- a) Mengidentifikasi karakteristik responden ODHA berdasarkan usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, lama menderita HIV/AIDS, status pernikahan dan pekerjaan responden.
- b) Mengidentifikasi gambaran dukungan sosial pada ODHA.
- c) Mengidentifikasi gambaran kesejahteraan psikologis ODHA.

- d) Mengidentifikasi kenyamanan pada ODHA.
- e) Menganalisis hubungan dukungan sosial dan kesejahteraan psikologis dengan kenyamanan pada ODHA.
- f) Menilai keeratan hubungan dukungan sosial dan kesejahteraan psikologis dengan kenyamanan pada ODHA.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Manfaat Teoritis**

Hasil penelitian ini dapat memberikan kontribusi penting dalam memperluas teori psikologi kesehatan, khususnya yang berkaitan dengan hubungan antara dukungan komunitas, kesejahteraan emosional, dan kesejahteraan. Selain itu, hal ini dapat meningkatkan pengetahuan tentang bagaimana aspek psikologis dan sosial mempengaruhi penderitaan atau penurunan kondisi fisik orang dengan HIV/AIDS.

##### **2. Manfaat Peneliti**

Diharapkan bahwa penelitian ini mengembangkan kemampuan untuk menganalisis kebutuhan psikososial pasien dengan penyakit kronis dan memberikan kesempatan bagi peneliti untuk mengeksplorasi dukungan sosial, kesehatan mental, dan kesejahteraan secara keseluruhan..

##### **3. Manfaat Bagi Masyarakat**

Diharapkan penelitian ini dapat memberi wawasan yang lebih lengkap dan meningkatkan kesadaran masyarakat tentang peran penting dukungan sosial dalam membantu orang yang menderita HIV, serta

mengurangi kecenderungan diskriminasi sosial terhadap kelompok tersebut.



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan Teori

##### 1. HIV/AIDS

###### a. Definisi penyakitnya

*Human Immunodeficiency Virus* (HIV) adalah jenis virus yang menyerang dan merusak sistem kekebalan tubuh, terutama sel T CD4. Sel T CD4 ini berperan penting dalam melawan berbagai infeksi. HIV secara perlahan menghancurkan sel T CD4, sehingga kemampuan tubuh untuk melawan penyakit semakin menurun. Ketika jumlah sel T CD4 sangat berkurang, sistem kekebalan tubuh tidak lagi berfungsi dengan baik (Kemenkes RI, 2022).

Di tahap lebih lanjut, infeksi HIV berkembang menjadi AIDS, yaitu kondisi di mana sistem kekebalan tubuh mengalami kerusakan yang sangat parah. Seseorang dikategorikan menderita AIDS jika jumlah sel CD4 dibawah 200 sel/ $\mu$ L, atau mengalami infeksi oportunistik dan kanker tertentu (Sofia A. Battisni Garcia; Nilmarie Guzman., 2023).

HIV adalah virus retrovirus yang menggandakan diri dengan menyerang sel T CD4, yang merupakan bagian inti dari sistem kekebalan tubuh. Replikasi virus ini secara bertahap merusak sel-sel tersebut, sehingga melemahkan imunitas tubuh. Akibatnya, penderita menjadi sangat rentan terhadap infeksi oportunistik, gangguan neurologs, dan pertumbuhan neoplasma sekunder (AD Arvinda, 2024).

## **b. Etiologi**

Penyebab Human Immunodeficiency Virus (HIV) tipe 1 dan 2 yang menyerang sel-sel imun (CD4) mengakibatkan kerusakan pada sistem kekebalan tubuh. Virus ini menyebar melalui praktik seksual tertentu, kontak dengan cairan tubuh dan darah, serta penularan perinatal (vertikal) seperti yang dijelaskan oleh (Joyce M.Black & Jane Hokanson Hawks, 2014). Perlu diperhatikan bahwa HIV tidak menyebar melalui udara, air, keringat, air mata, ludah, gigitan serangga, atau kontak tubuh biasa. Dalam hubungan seksual, risiko penularan HIV cukup tinggi, namun ada beberapa pasangan seksual yang tidak terinfeksi HIV meskipun pasangannya positif, yang disebut sebagai pasangan *serodiskordan* (Nuzulia, 2023).

### *a) Hubungan seksual*

HIV dapat menyebar melalui hubungan seksual, baik vaginal, anal, atau oral, tanpa menggunakan penghalang saat berhubungan dengan orang yang terinfeksi. Virus ini terdapat dalam cairan tubuh seperti sperma, cairan vagina, dan darah, sehingga dapat masuk ke dalam tubuh melalui luka kecil atau membran lendir di area genital, rektum, atau mulut..

### *b) Pengambilan sampel darah*

Penularan melalui kontak darah paling jelas terjadi dengan penggunaan jarum suntik bersama, menerima transfusi darah yang terkontaminasi, atau menjalani transplantasi jaringan atau organ dari

seseorang yang terinfeksi. Infeksi HIV paling sering disebarkan melalui pemakaian jarum suntik yang terkontaminasi darah.

*c) Penularan perinatal*

Penyebaran HIV dari ibu hamil ke bayi yang belum lahir dapat terjadi selama kehamilan, jika ibu yang terinfeksi HIV mampu menularkan virus tersebut kepada bayinya, selama proses melahirkan pervaginam, pascapersalinan hingga saat menyusui. Ibu terinfeksi yang aterm sebaiknya disarankan untuk tidak menyusui karena menyusui merupakan salah satu jalur penularan HIV (Joyce M.Black & Jane Hokanson Hawks, 2014).

**c. Patofisiologi**

Patofisiologi HIV/AIDS berfokus pada bagaimana infeksi HIV merusak sistem kekebalan tubuh manusia. HIV-1 termasuk ke dalam subfamili Lentivirus dari keluarga retrovirus manusia. Penyakit yang disebabkan oleh Lentivirus biasanya dimulai secara tiba-tiba dan berkembang dengan melibatkan sistem saraf pusat (SSP), yang menyebabkan gangguan pada sistem kekebalan tubuh. HIV adalah sejenis virus retrovirus yang mengandung RNA, yang setelah memasuki tubuh akan menyerang sel-sel kekebalan, khususnya sel T CD4+, yang berperan dalam mengatur respons imun tubuh.

Patofisiologi HIV/AIDS menekankan cara infeksi HIV merusak sistem imun manusia. HIV-1 termasuk dalam subfamilie Lentiviridae dari retrovirus manusia. Penyakit yang disebabkan oleh Lentiviridae biasanya

dimulai secara tiba-tiba dan berkembang dengan melibatkan sistem saraf pusat (SPP), yang berdampak pada gangguan sistem imun. HIV adalah jenis retrovirus yang memiliki RNA, yang setelah masuk ke dalam tubuh menyerang sel imun, terutama sel T CD4+, yang berperan dalam mengatur respons imun tubuh.

HIV menyerang sel T-Helfer (T4-limfosit), makrofag, dan B-sel. HIV tidak langsung memengaruhi sistem saraf pusat (SNS) atau saraf perifer, astroosit, atau oligodendrosit. Infeksi HIV pada sistem saraf pusat terjadi secara tidak langsung akibat neurotoksin yang dihasilkan oleh makrofag yang terinfeksi atau senyawa kimia karena ketidakseimbangan regulasi sitokin dan kemokin. Faktor yang merusak sistem kekebalan tubuh adalah aktivitas HIV yang tinggi, yang muncul sejak awal infeksi pada penderita HIV. HIV berkembang cepat dan menghasilkan sekitar 10 juta partikel virus baru setiap hari (Joyce M.Black & Jane Hokanson Hawks, 2014). Pada tahap ini, tubuh menjadi sangat rentan terhadap infeksi oportunistik dan kanker karena kurangnya sel T CD4+, sehingga pasien bisa meninggal akibat infeksi atau komplikasi lainnya. Tanpa terapi Antiretroviral (ARV), HIV secara bertahap merusak sistem kekebalan tubuh sampai mencapai tahap imunodefisiensi yang parah.

#### **d. Gejala klinis**

Infeksi primer adalah tahap awal setelah terinfeksi HIV. Durasi infeksi primer bisa berlangsung beberapa minggu hingga beberapa bulan. Selama tahap infeksi primer, sekitar 50–70 % orang mengalami gejala

sistemik seperti demam yang berlangsung lama, rasa lelah, pembengkakan kelenjar getah bening, mual, dan muntah. Pada orang yang terinfeksi, bisa terjadi gejala seperti sakit kepala, ruam kulit di bagian tubuh seperti punggung dan lengan, luka di mulut, genital, atau keduanya, radang tenggorokan, diare, anemia, jumlah trombosit berkurang, dan jumlah sel darah putih berkurang (Joyce M.Black & Jane Hokanson Hawks, 2014). Ada beberapa individu, gejalanya ringan dan mirip dengan mononukleosis, sedangkan yang mengalami gejala parah perlu menjalani perawatan di rumah sakit. Selama infeksi awal, serangan yang kuat dan tiba-tiba dari HIV menyebabkan viral load yang tinggi dan penurunan drastis jumlah sel CD4+. Faktanya, jumlah sel CD4+ bisa turun di bawah 100/mm<sup>3</sup> pada masa ini, yang beriringan dengan perkembangan penyakit yang diidentifikasi sebagai AIDS. Tahap selanjutnya setelah infeksi primer adalah tahap gejala, yang ditandai dengan munculnya gejala klinis sebagai indikator fase akhir penyakit HIV (AIDS). Pada tahap ini, individu menjadi sangat rentan terhadap infeksi oportunistik, termasuk *Mycobacterium avium*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Pneumocystis carinii*, cytomegalovirus (CMV), toksoplasmosis, dan kandidiasis (Aurelina, 2020).

#### **e. Stadium**

- 1) Stadium Klinis HIV menurut *World Health Organization* (WHO) untuk orang dewasa yang terinfeksi HIV:

a) Stadium Klinis 1:

Pada fase ini, penderita umumnya tidak menunjukkan tanda-tanda sakit (asimptomatik), namun terkadang terdapat pembesaran kelenjar getah bening yang terus terjadi dan menyebar ke area lain (pembesaran kelenjar getah bening yang berlangsung terus-menerus).

b) Stadium Klinis 2:

Ditandai dengan adanya penurunan berat badan ringan yang tidak bisa dijelaskan (kurang dari 10% dari berat badan), infeksi pada saluran pernapasan bagian atas yang terjadi berulang (setidaknya dua kali dalam enam bulan), herpes zoster, peradangan di sudut bibir (angle cheilitis), sariawan yang sering muncul, ruam yang gatal (ruam papular yang gatal), dermatitis seboroik, dan infeksi jamur di kuku.

c) Stadium Klinis 3:

Gejala meliputi kehilangan berat badan yang signifikan tanpa alasan yang jelas ( $>10\%$ ), diare yang berlangsung lama lebih dari sebulan, demam tinggi yang tidak kunjung reda ( $>37,6^{\circ}\text{C}$ ), kandidiasis mulut yang muncul secara berkala atau terus-menerus, leukoplakia di mulut, tuberkulosis paru, infeksi serius oleh bakteri (seperti pneumonia, meningitis, atau infeksi pada sendi/tulang), radang gusi dan mulut yang parah, anemia dengan kadar di bawah 8 g/dL, neutropenia dengan jumlah kurang dari  $1000/\text{mm}^3$ , dan

trombositopenia yang berlangsung lama dengan jumlah dibawah (<50.000/mm<sup>3</sup> selama lebih dari sebulan).

d) Stadium Klinis 4:

Tahap lanjut HIV/AIDS, ditandai dengan infeksi oportunistik berat seperti pneumonia Pneumocystis (PCP), pneumonia bakterial berulang, infeksi herpes simpleks kronis (pada area mulut, genital, atau rektum selama lebih dari satu bulan), kandidiasis esofagus, TB di luar paru, sarkoma Kaposi, infeksi sitomegalovirus (CMV) selain pada hati, limpa, dan kelenjar getah bening, toksoplasmosis otak, ensefalopati akibat HIV, kriptokokosis menyebar, leukoensefalopati multifokal progresif (PML), kriptosporidiosis dan isosporiasis kronik, infeksi jamur menyeluruh seperti histoplasmosis dan coccidiomycosis, septikemia berulang (termasuk Salmonella non-tifoid), limfoma (sel B non-Hodgkin atau limfoma otak), kanker serviks invasif, leishmaniasis menyeluruh yang tidak biasa, serta gangguan ginjal (HIVAN) atau kardiomiopati yang berkaitan dengan HIV.

2) Stadium Klinis WHO pada Bayi dan Anak yang Terinfeksi HIV:

a) Stadium Klinis 1:

Pada fase ini, anak biasanya tidak memperlihatkan tanda-tanda penyakit (asimtomatik) tetapi bisa mengalami pembesaran kelenjar getah bening yang berlangsung lama di berbagai bagian tubuh.

b) Stadium Klinis 2:

Pada fase ini, anak bisa saja mengalami pembesaran hati dan limpa yang terus-menerus (hepatosplenomegali) tanpa alasan yang jelas. Gejala lain yang muncul meliputi ruam kulit yang gatal (erupsi papula pruritus), infeksi virus kutil yang menyebar luas, peradangan di sudut bibir (angular cheilitis), moluskum kontagiosum yang menyebar, sariawan yang datang kembali, pembesaran kelenjar parotis yang tidak terjelaskan, peradangan gusi (eritema gingiva linier), infeksi herpes zoster, dan infeksi pada saluran pernapasan atas yang bersifat kronis atau berulang, seperti otitis media, otorea, sinusitis, tonsilitis, dan infeksi jamur di kuku.

c) Stadium Klinis 3:

Gejala pada tahap ini termasuk malnutrisi tingkat sedang tanpa sebab yang jelas, diare kronis selama 14 hari atau lebih, demam menetap (suhu  $> 37.5^{\circ}\text{C}$ ) baik bersifat intermiten maupun terus-menerus selama lebih dari satu bulan. Anak juga dapat mengalami kandidiasis oral persisten (tidak termasuk di usia 6 hingga 8 minggu pertama), leukoplakia berbulu di mulut, infeksi gusi dan jaringan mulut akut, tuberkulosis kelenjar atau paru, pneumonia bakterial yang bergejala, penyakit saluran cerna kronis terkait HIV (termasuk bronkiektasis), serta gangguan darah seperti anemia tanpa sebab ( $< 8 \text{ g/dl}$ ), neutropenia ( $< 500/\text{mm}^3$ ), atau trombositopenia ( $< 50.000/\text{mm}$ ).

d) Stadium Klinis 4:

Fase yang paling sulit dari infeksi HIV ditandai oleh tanda-tanda seperti kekurangan gizi parah dan pertumbuhan yang terhambat yang tidak membaik meskipun sudah mendapatkan perawatan yang biasa. Di tahap ini, orang yang terkena penyakit ini berisiko tinggi untuk mengalami berbagai infeksi yang bisa terjadi, seperti pneumonia yang disebabkan oleh *Pneumocystis*, infeksi bakteri berat berulang, herpes simpleks kronis, tuberkulosis ekstraparu, dan sarkoma Kaposi. Infeksi lain yang juga sering terjadi mencakup kandidiasis pada saluran napas dan pencernaan atas, toksoplasmosis sistem saraf pusat, ensefalopati terkait HIV, serta infeksi sitomegalovirus (CMV), termasuk retinitis dan infeksi organ lainnya.

f. **Diagnosis HIV/AIDS**

Diagnosis HIV dapat ditegakkan di laboratorium di beberapa fasilitas kesehatan. Gejala yang mungkin mengindikasikan HIV antara lain rasa tidak enak badan secara umum, nyeri pada otot, masalah kulit, nyeri pada kulit, sakit tenggorokan, pembengkakan kelenjar getah bening, nyeri sendi, berkeringat di malam hari, diare, dan sariawan. Meskipun gejala-gejala ini tidak hanya terjadi pada HIV, jika gejalanya lebih parah dan membutuhkan waktu lebih lama untuk sembuh, hal ini dapat mengindikasikan prospek kesehatan yang buruk. Diagnosis HIV berbasis laboratorium dapat ditegakkan dengan deteksi langsung virus HIV menggunakan dua tes virologi untuk RNA HIV dan DNA HIV.

### **g. Metode Pemeriksaan HIV**

Menurut (Utama, A. M. T., 2022), pemeriksaan HIV bisa dilakukan dengan beberapa macam, antara lain:

#### **1. Tes Cepat (Rapid Test):**

Merupakan metode skrining HIV yang praktis karena tidak membutuhkan peralatan laboratorium khusus dan hasilnya dapat diketahui dalam waktu sekitar 10 menit. Rapid test memiliki beberapa teknik, seperti lateral flow membrane, aliran membran, aglutinasi partikel, serta sistem assay comb atau dipstick. Tes ini memiliki tingkat sensitivitas lebih dari 99% dan spesifisitas lebih dari 98%, menjadikannya metode yang cukup andal untuk deteksi awal HIV.

#### **2. Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (ELISA):**

Metode ELISA bekerja dengan mendeteksi keberadaan antibody hiv melalui teknik berlapis. Jika antibody HIV terdapat dalam sampel serum, maka antibody tersebut akan mengikat antigen HIV yang telah dilekatkan pada permukaan uji. Setelah dilakukan proses pencucian untuk menghilangkan enzim yang tidak terikat, ditambahkan reagen pewarna. Apabila antibody HIV benar-benar ada, maka reagen akan mengalami perubahan warna akibat reaksi enzimatis, menandakan hasil yang positif.

#### **3. Western Blot**

Western blot adalah metode konfirmasi yang digunakan untuk mendeteksi antibody terhadap HIV, secara lebih spesifik. Proses ini

melibatkan pemisahan berbagai protein virus HIV dalam bentuk pita-pita menggunakan teknik elektroforesis berdasarkan berat molekulnya. Kehadiran antibodi HIV diidentifikasi melalui reaksi antara antibodi tersebut dan pita protein yang terpisah tersebut.

## **2. Dukungan sosial**

### **a. Definisi**

Dukungan sosial berarti seseorang merasa diperhatikan, dapat memperoleh bantuan dari orang lain, dan menjadi bagian dari lingkaran pertemanan yang suka membantu. Hal ini meningkatkan berbagai aspek kesehatan dan membantu mengurangi depresi dan stres (Chelsie E Benca-Bachman et al., 2020). Dukungan sosial merupakan proses timbal balik yang terjadi antara individu dan lingkungannya, meliputi pemberian bantuan maupun bentuk kerjasama dari keluarga dan teman sebaya. Sama halnya dengan (Novendra et al., 2021) yang menyatakan bahwa dukungan sosial dapat diberikan dalam bentuk empati, norma dan nilai sosial serta hubungan timbal balik yang diberikan sesama individu.

Dukungan sosial dapat diartikan dengan kehadiran atau ketersediaan seseorang yang mampu diandalkan, peduli, menghargai, dan menyayangi pribadi individu (A. C. M. Putra & Muttaqin, 2020). Dukungan sosial secara umum digambarkan sebagai peran atau pengaruh yang dilakukan oleh orang terdekat misalnya keluarga, teman, ataupun rekan kerja.

Dukungan sosial juga mencakup perilaku yang dianggap membantu atau menghibur, serta perilaku yang membuat individu merasa dicintai atau dihargai oleh orang – orang disekitarnya.

#### **b. Aspek - aspek Dukungan Sosial**

Menurut Sarafino & Smith dalam (Putri, 2024) mengungkapkan terdapat lima aspek dukungan sosial, meliputi:

##### a) Dukungan emosional

Merupakan bentuk dukungan yang menekankan pada pemberian perasaan positif, seperti kasih sayang, kepedulian, rasa dihargai, perasaan didengar, dan kepercayaan kepada orang lain.

##### b) Dukungan penghargaan

Dukungan ini diwujudkan dalam bentuk evaluasi, validasi, dan timbal balik yang bersifat tanpa syarat untuk memberikan pengakuan atau nilai

positif terhadap seseorang.

##### c) Dukungan informasi.

Dukungan yang berbentuk penyampaian informasi atau masukan yang dapat membantu individu dalam menghadapi suatu situasi atau mengambil keputusan.

##### d) Dukungan instrumental

Dukungan seperti fasilitas dan bantuan secara nyata yaitu sarana, prasarana, biaya, perlengkapan, maupun kesempatan kerja yang dapat meringankan beban seseorang.

e) Dukungan jaringan sosial

Bentuk dukungan yang berkaitan dengan pengakuan terhadap keberadaan seseorang sebagai bagian dari suatu kelompok, yang dicapai melalui partisipasi dalam kegiatan sosial bersama individu dengan minat yang sama.

**c. Faktor yang mempengaruhi Dukungan Sosial**

Menurut kajian Stanley dalam (Putri, 2024) , beberapa determinan krusial yang mempengaruhi dukungan sosial meliputi :

a) Kebutuhan fisik

Kebutuhan fisik dasar, seperti pangan dan tempat tinggal, secara signifikan mempengaruhi akses individu terhadap dukungan sosial. Mereka yang kebutuhan fisiknya belum tercukupi umumnya memperoleh dukungan sosial yang minimal.

b) Kebutuhan sosial

Individu yang terlibat aktif dalam interaksi sosial lebih dikenal dan diterima di lingkungannya. Hal ini membangun pengakuan masyarakat terhadap keberadaan individu, sehingga meningkatkan kemungkinan mereka memperoleh dukungan sosial pada saat-saat sulit.

c) Kebutuhan psikologis

Kebutuhan psikologis, seperti spiritual, intelektual, dan emosional, dapat dipenuhi melalui bantuan orang lain. Individu yang mengalami kesulitan psikoemosional cenderung mencari dukungan sosial dari orang lain untuk mengatasi masalah mereka.

#### **d. Sumber Dukungan Sosial**

Menurut Sarafino mengemukakan bahwa dukungan sosial dapat bersumber dari :

- a) Seseorang yang selalu berada di sekitar orang lain setiap hari, termasuk kelompok yang bukan profesional, juga seperti anggota keluarga, teman, sahabat, atau kolega. Mereka ini memberikan dampak terbesar pada dukungan yang diterima seseorang dalam kehidupannya.
- b) Ahli di bidangnya, seperti psikolog, dokter, serta perawat yang berfungsi untuk menganalisis baik dari sisi klinis maupun mental.
- c) Kelompok-kelompok dukungan sosial (*social support groups*).

#### **e. Bentuk-bentuk Dukungan Sosial**

Bentuk-bentuk dukungan sosial menurut Cohen dalam (Putri, 2024) bentuk dukungan sosial diantaranya yaitu :

##### *1. Appraisal support*

Suatu bentuk dukungan berupa saran sebagai solusi masalah untuk mengurangi stress.

##### *2. Tangible support*

Suatu bentuk dukungan yang diberikan berupa usaha atau pertolongan fisik dalam membereskan pekerjaan.

### 3. *Self-Esteem Support*

Suatu bentuk dukungan berupa kemampuan mengapresiasi diri dan bertindak sebagai bagian dari kelompok yang mempunyai dukungan harga diri dalam bentuk perilaku.

### 4. *Belonging Support*

Suatu bentuk dukungan yang menunjukkan kebersamaan satu sama lain sebagai anggota dari sebuah kelompok.

## 3. Kesejahteraan Psikologis

### a. Definisi

Kesejahteraan psikologis (*psychological well-being*) merupakan keadaan seseorang yang dapat menerima dirinya sendiri, apa adanya, membangun hubungan-hubungan yang baik dan penuh kehangatan dengan orang lain, memiliki kemandirian, mampu mengatur lingkungannya, memiliki makna dan tujuan dalam hidup, serta mengalami perkembangan diri (Purwaningsih et al., 2023).

Kesejahteraan psikologis adalah kemampuan untuk mempunyai perilaku positif pada diri sendiri dengan orang lain, mampu mengambil keputusan, mengkoordinasikan perilaku, mewujudkan dan mengelola lingkungan yang memenuhi kebutuhannya, mempunyai tujuan hidup dan membuatnya lebih berharga serta mencoba untuk menemukan dan mengembangkan dirinya (Hasanuddin & Khairuddin, 2021)

## **b. Dimensi Kesejahteraan Psikologis**

Menurut Zujatul dalam (Pokhrel, 2024) memaparkan dimensi kesejahteraan psikologis yaitu :

a) *Self acceptance*

Setiap individu dapat menerima segala kekurangan dan kelebihan dari dirinya.

b) *Autonomy*

Setiap individu memiliki kemampuan untuk merenungkan dan membuat keputusan yang tepat bagi kehidupannya.

c) *Positive Relation with others*

Kemampuan untuk membangun dan menjaga relasi yang harmonis antarindividu.

d) *Environmental mastery*

Individu dapat menguasai lingkungannya atau memodifikasi lingkungannya sehingga sesuai dengan keinginannya.

e) *Purpose in life*

Mempunyai arah dan rencana hidup yang jelas untuk masa depan.

f) *Personal growth*

Mampu untuk meningkatkan potensi diri secara mandiri.

## **c. Faktor yang mempengaruhi kesejahteraan psikologis**

Mengenai kesejahteraan psikologis terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kesejahteraan psikologis menurut (Sari, 2021) yaitu:

#### 1. Faktor dukungan sosial

Yaitu pandangan akan mendapatkan pertolongan dari orang lain, dukungan ini dapat bersumber dari mana saja seperti keluarga, sahabat, pasangan dan teman.

#### 2. Faktor resiliensi

Yaitu kemampuan individu untuk bertahan dalam situasi yang sulit, dengan penyesuaian diri yang tinggi dan fleksibel terhadap tekanan dari internal dan eksternal.

#### 3. Faktor teknik koping

Yaitu seseorang yang bermakna dapat memberikan perubahan fungsi kognitif dan perilaku pada kebutuhan eksternal yang menekan.

Berdasarkan penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa salah satu faktor yang cukup berpengaruh terhadap kesejahteraan psikologis yaitu dengan adanya dukungan sosial.

### **4. Kenyamanan**

#### **a) Definisi**

Kenyamanan merupakan sebuah pengalaman yang memuaskan dan diidamkan serta menciptakan perasaan yang positif yang dapat memperkuat kemampuan seseorang dalam menghadapi krisis dan tantangan. Peningkatan kenyamanan setelah intervensi terapeutik dapat meningkatkan harapan dan kepercayaan diri, serta mendukung proses

penyembuhan, rehabilitasi, dan memberikan kedamaian dalam menghadapi akhir hidup (Lin et al., 2023).

Kenyamanan menjadi inti intervensi keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan yang optimal. Kecemasan merangsang sistem respons stress manusia, dan ketidakmampuan untuk mengatasi ketidaknyamanan dapat menyebabkan ketidakpercayaan terhadap layanan kesehatan (Ermawati U, Nani Nurhaeni, 2024).

#### **b) Teori Kenyamanan**

Peran perawat dalam menyampaikan layanan kesehatan sangat penting dalam melaksanakan pendekatan yang menyeluruh untuk mencapai kenyamanan. Salah satu konsep yang berkaitan dengan pendekatan menyeluruh dalam perawatan adalah teori kenyamanan dari Kalcoba.

Teori Kalcoba dalam (Pomalango, 2023), pada Comfort ini menyoroti ide utama yaitu Kebutuhan perawatan kesehatan, Kenyamanan, Intervensi kenyamanan, dan Variabel intervensi.

##### *1) Health care needs*

Dalam hal ini, kenyamanan dijelaskan sebagai kebutuhan perawatan yang tidak bisa didapatkan melalui sistem dukungan yang biasa diterima. Kebutuhan ini meliputi aspek fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan. Keempat aspek tersebut perlu dipantau melalui pengamatan serta penyampaian informasi secara lisan dan non-lisan, yang berkaitan dengan parameter kesehatan, pendidikan,

serta dukungan untuk kebutuhan konseling keuangan dan intervensi.

## 2) *Comfort*

Konsep dalam bidang keperawatan yang menunjukkan bahwa kenyamanan diperoleh melalui intervensi yang dilakukan. Ini bisa memberikan dukungan ketika klien membutuhkannya serta memberi mereka pengalaman secara menyeluruh. Kenyamanan memiliki tiga jenis yang dijelaskan sebagai berikut:

### a) *Relief (kelegaian)*

Studi oleh Orlando mengenai kenyamanan menunjukkan bahwa perawat telah berperan dalam mengurangi kebutuhan yang dialami oleh klien.

### b) *Ease (ketentraman)*

Penelitian dari Henderson mengenai kenyamanan menunjukkan bahwa perawat telah berperan dalam mengurangi kebutuhan yang dialami oleh klien.

### c) *Transedence*

Studi oleh Paterson dan Zdarad menunjukkan bahwa perawat mendukung pasien dalam mengatasi tantangan yang mereka hadapi.

## 3) *Comfort Intervention*

Penerima layanan dengan kebutuhan yang beragam mulai dari aspek fisik, sosial, keuangan, mental, spiritual, hingga lingkungan

yang membutuhkan penanganan khusus yang berfokus pada kenyamanan mereka. Intinya, ini adalah upaya terencana untuk menghadirkan rasa nyaman. Menurut teori Kolcaba, intervensi untuk mencapai kenyamanan dikelompokkan menjadi minimal tiga kategori utama, yaitu:

a) *Standar Comfort Intervention*

Hal ini merupakan metode untuk menilai tingkat kenyamanan yang juga berfungsi untuk menjaga keseimbangan tubuh dan mengurangi rasa sakit, seperti mengukur tanda-tanda vital dan analisis darah yang juga digunakan untuk meredakan nyeri. Langkah ini dapat berkontribusi pada pemulihan rasa nyaman, memulihkan fungsi fisik, dan mencegah kemungkinan komplikasi.

b) *Coaching (mengajarkan)*

Pendekatan ini digunakan untuk meredakan kecemasan dengan memberikan informasi yang akurat, menanamkan harapan, mendengarkan secara aktif, dan mendukung rencana pemulihan. Selain itu, cara ini juga dapat digunakan untuk mendukung proses adaptasi terhadap kematian dengan memperhatikan aspek budaya yang relevan. Penting untuk merencanakan waktu penerapan dengan tepat sehingga pasien benar-benar siap menerima pendekatan ini.

c) *Comfort food for the soul*

Pendekatan ini bertujuan untuk memperkuat unsur-unsur yang tidak bersifat fisik atau tidak terlihat secara langsung. Terapi yang digunakan antara lain pijat, musik, mengingat momen-momen penting dan berbagai metode lainnya.

4) *Inverting Variables*

Faktor-faktor yang saling berhubungan ini, seperti pengalaman masa lalu, usia, sikap, kondisi emosional, sistem dukungan yang tersedia, prognosis kesehatan, dan kondisi keuangan, secara kolektif membentuk dan memengaruhi pandangan menyeluruh penerima layanan terhadap kenyamanan mereka. Semua unsur ini, yang merupakan bagian dari pengalaman total penerima layanan, menjadi variabel krusial yang harus dipertimbangkan dan diintervensi, karena intervensi yang dirancang berdasarkan variabel-variabel ini sangat menentukan keberhasilan dalam merancang dan mencapai intervensi perawatan yang efektif bagi pasien.

5) *Tindakan mencari bantuan*

Hal ini berhubungan dengan sikap klien saat berkonsultasi tentang kesehatan mereka kepada perawat. Kategori ini bisa berasal dari dalam diri, seperti proses penyembuhan kepada perawat. Kategori ini bisa berasal dari dalam, seperti proses penyembuhan, sistem

imun, dan lainnya, serta dari luar, yang termasuk kegiatan yang berhubungan dengan kesehatan atau akhir hidup yang tenang.

6) Integritas institusional

Ketika suatu institusi, baik itu rumah sakit umum, lembaga perawatan rumah, dan sejenisnya, maka ini akan menghasilkan kebijakan dan dasar praktik yang tepat. Praktik merujuk pada tindakan atau intervensi yang diberikan oleh tenaga kesehatan berdasarkan ilmu dan praktik-praktik untuk mencapai hasil optimal bagi pasien dan keluarganya. Kebijakan yang benar-benar efektif harus didasarkan pada protokol dan prosedur medis yang ketat.

c) **Aspek-aspek Kenyamanan**

Menurut Kalcoba dalam (Kenyamanan & Pasantren, 2020), aspek kenyamanan meliputi :

1) Kenyamanan fisik

Aspek ini menyangkut sensasi fisik yang dirasakan individu secara langsung.

2) Kenyamanan psikospiritual

Aspek ini berkaitan dengan kesadaran batin seseorang yang meliputi konsep diri, harga diri, makna hidup dan dimensi seksualitas.

3) Kenyamanan lingkungan

Aspek ini meliputi kondisi dan dampak dari lingkungan eksternal terhadap individu

4) Kenyamanan sosial kultural

Aspek ini berkaitan dengan interaksi interpersonal dan hubungan keluarga.

**d) Faktor – faktor yang mempengaruhi kenyamanan**

Menurut hasil penelitian (Rahmawati et al., 2023), ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kenyamanan pasien diantaranya yaitu:

1) Usia

Faktor ini dipengaruhi oleh karakteristik normal tubuh, kemampuan menjalani pemeriksaan fisik pra operasi dan usia itu sendiri.

2) Jenis kelamin

Secara umum, baik pria maupun wanita merespons rasa sakit dan kesejahteraan dengan cara yang sama.

3) Kecemasan

Menurut penelitian Asmadi, sesak napas, detak jantung meningkat, tekanan darah tinggi, mulut kering, anoreksia, diare dan sembelit, sakit kepala, dan sering buang air kecil merupakan tanda-tanda kecemasan sedang.

4) Keluarga

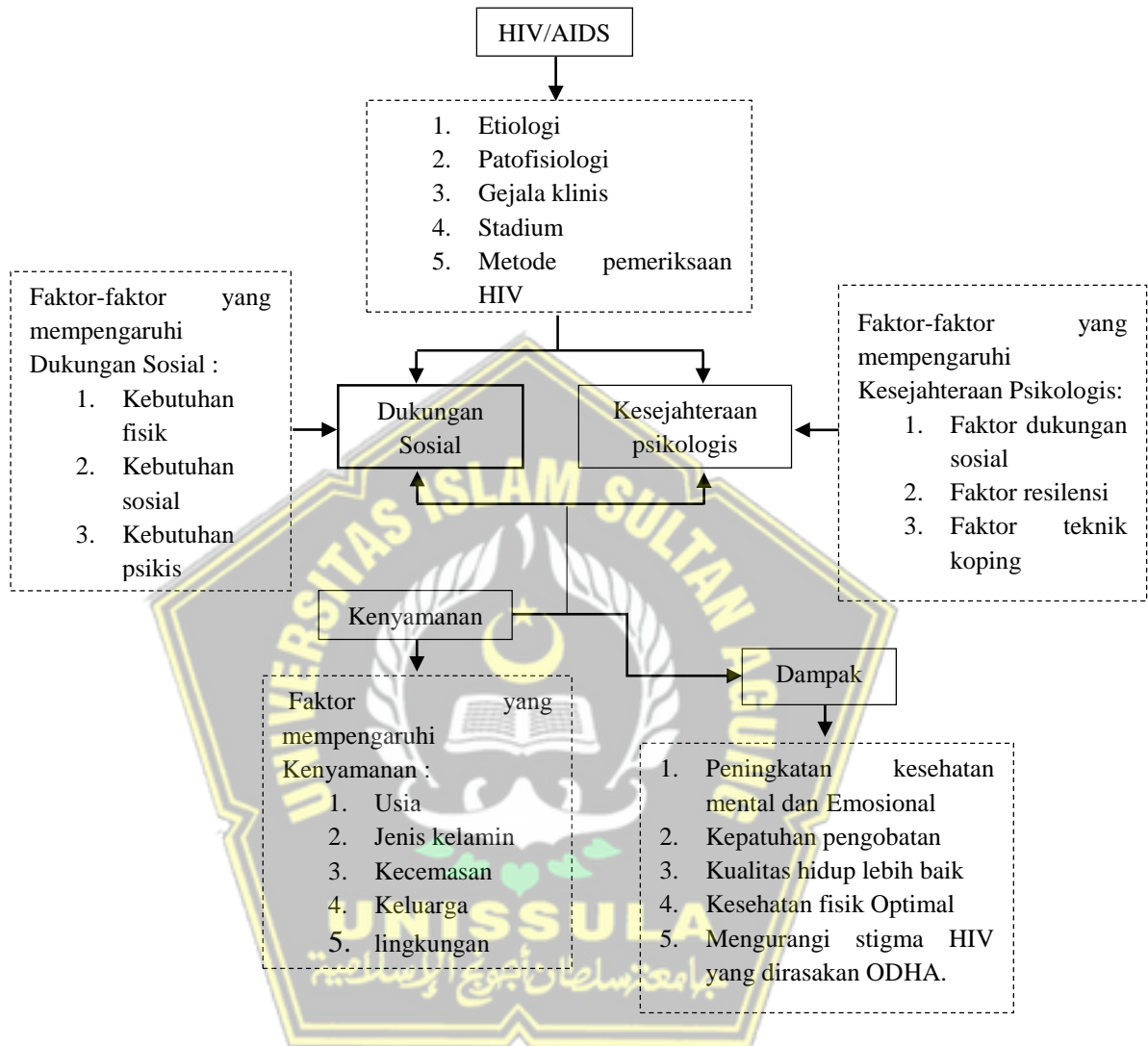
Pasien cenderung merasa lebih nyaman ketika mendapat dukungan sosial yang baik dari orang-orang terdekatnya. Contoh bentuk dukungan ini antara lain sikap, tindakan dan penerimaan pihak yang terkena dampak oleh keluarga.

#### 5) Lingkungan

Lingkungan mencakup seluruh aspek eksternal (fisik, politik, kelembagaan dan lainnya) yang berhubungan dengan pasien, keluarga dan fasilitas dan dapat dimodifikasi oleh pengasuh atau kerabat untuk meningkatkan kenyamanan.



## B. Kerangka Teori



**Gambar 2. 1 Kerangka Teori**

Sumber : (Nuzulia, 2023), (Aurelina, 2020), (Utama, 2022), (Putri, 2024),

(Sari, 2021), (Rahmawati et al., 2023)

Keterangan:



: diteliti



: saling berhubungan

## A. Hipotesis

Hipotesis penelitian ini adalah anggapan dari peneliti pada sebuah masalah yang sedang dianalisis untuk dibuktikan kebenarannya. Berdasarkan kerangka teori sebelumnya, dapat disimpulkan hipotesis berupa Hubungan antara dukungan sosial dan kesejahteraan psikologis dengan Kenyamanan pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA).

Ha 1 : Terdapat hubungan antara dukungan sosial dan kesejahteraan psikologis terhadap kenyamanan pada Orang dengan HIV/AIDS (ODHA)

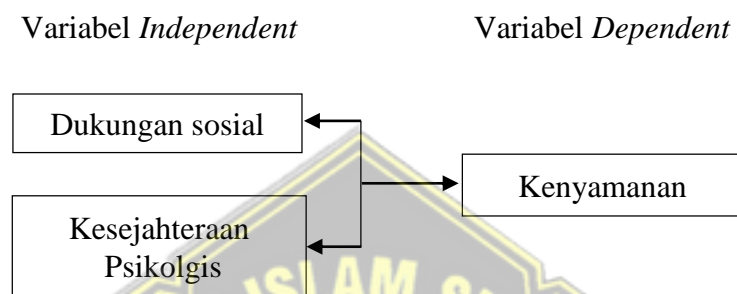
H0 : Tidak ada hubungan antara dukungan sosial dan kesejahteraan psikologis terhadap kenyamanan pada Orang dengan HIV/AIDS (ODHA).



## BAB III

### METODOLOGI PENELITIAN

#### A. Kerangka Konsep



Gambar 2. 2 Kerangka Konsep

Keterangan:



: area yang diteliti



: ada hubungan

#### B. Variabel Penelitian

1. Variabel *Independent* (Bebas)

Variabel *independent* dalam penelitian ini adalah dukungan sosial dan kesejahteraan psikologis.

2. Variabel *Dependent* (Terikat)

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kenyamanan.

### C. Desain Penelitian

Dalam penelitian ini, peneliti menerapkan pendekatan kuantitatif melalui metode survei. Proses pengumpulan data secara daring melalui *google form* serta kuesioner dalam bentuk angket kertas, dan data tersebut dianalisis secara deskriptif kuantitatif. Data yang di kumpulkan bersifat kuantitatif, yaitu angka-angka yang dapat diukur dan dihitung secara objektif. Penelitian ini mengadopsi pendekatan korelasional, dimana data dikumpulkan untuk mengeksplorasi, memperkirakan, dan menguji adanya hubungan antara variabel terikat dan variabel bebas.

### D. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi
  - a) Populasi sasaran dalam penelitian ini adalah Orang Dengan HIV/AIDS di daerah Semarang.
  - b) Populasi terjangkau (*Accessible Population*) merupakan segmen dari populasi yang bisa dicapai oleh peneliti. Pada penelitian ini, populasi yang dapat diakses adalah pasien HIV/AIDS yang melakukan pengobatan di Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) wilayah Semarang. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan September hingga Oktober 2025. Berdasarkan data yang diperoleh dari pihak KDS, jumlah populasi ODHA yang aktif mengikuti pengobatan kontrol di wilayah tersebut adalah sebanyak 74 responden.

## 2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini merupakan bagian dari populasi yang dapat dijangkau melalui proses pengambilan sampel dan dijadikan sebagai objek kajian (Nursalam, 2020). Metode pengambilan sampel yang diterapkan adalah total sampling. Menurut Sugiyono (2021), metode ini melibatkan penggunaan seluruh anggota populasi total sebagai sampel penelitian. Hal ini sering digunakan bila populasinya relative kecil, misalnya kurang dari 100 individu, sehingga setiap unit dapat diperiksa dengan cermat. Hal ini menghasilkan hasil yang lebih tepat karena tidak ada yang terlewat dengan generalisasi hasil menjadi lebih akurat. Populasi penelitian ini terdiri dari 74 responden.

Untuk mengurangi bias dalam hasil penelitian, kriteria sampel dibagi menjadi dua kategori, yakni kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi dan eksklusi yang diterapkan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a) Kriteria inklusi merujuk pada syarat yang menentukan bahwa subjek penelitian dapat dianggap sebagai sampel yang tepat

(Yulianto & Alhamdi, 2022). Kriteria inklusi dalam penelitian ini meliputi :

- 1) ODHA dengan usia >18 tahun
- 2) Bersedia atau setuju untuk menjadi responden dari penelitian
- 3) Responden yang kooperatif, mampu membaca atau menulis.

b) Kriteria eksklusi menunjukkan kondisi di mana subjek penelitian tidak bisa dianggap sebagai sampel yang karena tidak memenuhi persyaratan yang dibutuhkan, sehingga penelitian tidak dapat berjalan (Yulianto & Alhamdi, 2022). Kriteria eksklusi dalam penelitian ini mencakup :

- 1) Responden yang saat ini menghadapi masalah kesehatan akut atau kegawatdaruratan.

### E. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di KDS Arjuna wilayah Semarang pada bulan September - Oktober 2025. Kegiatan ini mencakup tahapan dari – pengumpulan data hingga penyusunan hasil, yang semuanya mengikuti jadwal yang telah dilampirkan.

### F. Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan penjelasan yang didasarkan pada ciri-ciri yang dapat diamati, dengan tujuan agar peneliti mampu melakukan pengamatan atau pengukuran yang tepat terhadap suatu objek atau fenomena, sehingga proses tersebut dapat diulangi oleh orang lain terhadap hal yang didefinisikan (Nursalam, 2020).

**Tabel 2. 1 Definisi Operasional.**

No.	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	Dukungan Sosial	Presepsi ODHA mengenai perhatian, kenyamanan, dan penghargaan yang didapatkan dari Keluarga, teman, pasangan,	Kuesioner dukungan sosial hasil modifikasi peneliti sebelumnya	Baik : 76-100% Cukup : 56-75% Buruk : <56%	Ordinal

		tetangga, dan layanan kesehatan atau komunitas (KDS).	menggunakan skala <i>Likert</i> .		
2	Kesejahteraan psikologis	Kondisi seseorang yang bisa menerima diri sendiri apa adanya, membangun hubungan yang baik dan hangat dengan orang-orang disekitarnya, mandiri atau otonom, mampu mengendalikan situasi di lingkungannya, punya makna dan arah hidup yang jelas, dan berkembang sebagai pribadi.	Kuesioner <i>Ryff's Psychological well-being scale</i> RPWBS.	Tinggi: >66 Rendah: 18-65	Ordinal
3	Kenyamanan	Kenyamanan dapat dinilai berdasarkan kenyamanan fisik, kenyamanan psikospiritual, kenyamanan sosial dan kenyamanan lingkungan.	<i>Shortened General Comfort Questionnaire (SGCQ)</i> .	Tinggi = 103-135 Sedang = 70-102 Rendah = 37-69	Ordinal

## G. Alat Pengumpul Data

### 1. Instrumen penelitian

Menurut Ibnu Hajar (Hardani, 2020), instrumen penelitian merupakan alat ukur yang berfungsi untuk mengumpulkan data kuantitatif terkait variasi karakteristik variabel secara objektif. Dalam penelitian ini, instrument yang dipakai adalah kuesioner. Berikut adalah detail instrument yang digunakan:

a. Kuesioner A

Kuesioner ini berfokus pada data demografi, mencakup karakteristik ODHA seperti usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, lama mengidap HIV/AIDS, status pernikahan, dan pekerjaan responden.

b. Kuesioner B

Kuesioner ini menggunakan model *Likert* dengan 25 butir pertanyaan. Setiap butir menggunakan skala *likert* yang menawarkan pilihan jawaban sesuai dengan kondisi subjek. Penilaian diberikan dari angka 1 hingga 5, dengan opsi : (Tidak Pernah) TP = 1, (Jarang) JR = 2, (Kadang – Kadang) KD = 3, (Sering) SR = 4, (Selalu) SL = 5. Berikut adalah kisi-kisi kuesioner ini:

**Tabel 2. 2 Blue Print Kuesioner Dukungan Sosial.**

Variabel	Indikator	Nomor Item		Jumlah Item
		<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	
Dukungan emosional	a) Perhatian dari keluarga	2,18,19,24	7,15,20,22	8
	b) Empati dari keluarga			
	c) Kepedulian dari keluarga			
Dukungan instrumental.	a) Penghargaan ( <i>feedback</i> ) yang positif	3,13,16	9	4
	b) Kritik yang positif			
Dukungan informasional.	a) Mendapatkan bantuan berupa barang	5,8,14,17	12	5
	b) Mendapatkan bantuan berupa jasa (tindakan)			

Dukungan penghargaan	a) Pemberian informasi	1,10,21	4	4
	b) Pemberian saran			
Dukungan integritas sosial	a) Diterima dalam lingkungan sosial tanpa diskriminasi	11,23,25	6	4
	b) Dilibatkan dalam aktivitas keluarga/masyarakat			
<b>TOTAL</b>		17	8	25

c. Kuesioner C

Kuesioner dalam penelitian ini diukur dengan *Brief Scale of Psychological Well-Being for Adolescents* (BSPWB-A). Skala ini merupakan versi yang disesuaikan oleh (Sunardy et al., 2023) dari *Ryff Psychological Well-Being Scale* (RPWBS). Instrumen ini mencakup 20 butir pertanyaan yang dibagi ke dalam empat aspek utama, yaitu penerimaan diri, hubungan interpersonal yang positif, otonomi, dan pengembangan diri. Penilaiannya menerapkan skala *Likert* dengan rentang skor dari 1 hingga 6, “Sangat tidak setuju” diberi skor 1 sampai 3, dan “Sangat setuju” diberi skor 4 sampai 6. Berikut adalah kisi-kisi kuesioner ini:

**Tabel 2. 3 Blueprint Kuesioner kesejahteraan psikologis.**

Variabel	Indikator	Nomor Item		Jumlah Item
		Favorable	Unfavorable	
Penerimaan diri	Sikap menerima semua hal yang ada pada dirinya	1, 2, 3, 4, 5	-	5

Hubungan positif dengan orang lain	Tinggi rendahnya kemampuan seseorang dalam membina hubungan	8,10	6, 7, 9	5
Otonomi	Kemampuan mengatur diri sendiri	-	11, 12, 13, 14, 15, 16	6
Perkembangan Diri	Kemampuan mengembangkan potensi yang dimiliki	17, 18, 19, 20	-	4
<b>TOTAL</b>		11	9	20

d. Kuesioner D

Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner *Shortened General Comfort Questionnaire (SGCQ)*, yang diadaptasi dan dimodifikasi dari Katherine Kalcoba. Instrumen ini terdiri dari 24 item pertanyaan. Berikut adalah kisi-kisi kuesioner ini:

**Tabel 2. 4 Blue Print Kenyamanan.**

Variabel	Indikator	Nomor Item		Jumlah Item
		<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	
Kenyamanan fisik	a) Sensasi tubuh yang dirasakan individu	20	2,3,9,11,12,15	7
Kenyamanan psikospiritual	a) Kecemasan b) Ketakutan	4,5,6,16,23	8,14,19,21	9
Kenyamanan lingkungan	a) Kondisi atau pengaruh dari luar	7,18	13,17	4
Kenyamanan sosiokultural	a) hubungan antar keluarga dan masyarakat	1	10,22,24	4
<b>TOTAL</b>		9	15	24

## 2. Uji Validitas dan Uji Reliabilitas

### a. Uji Validitas

Validitas harus mampu menunjukkan apa yang sebenarnya diukur. Prinsip dasarnya adalah pengukuran dan observasi bermakna, didukung oleh keandalan alat dalam pengumpulan data. Uji validitas dilakukan untuk menilai seberapa konsisten suatu alat (Nursalam, 2020). Alat dianggap valid apabila nilai  $r$  hitung lebih besar dari  $r$  tabel dan bernilai positif (Sugiyono, 2014). Berikut adalah hasil adaptasi nilai validitas dari kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini:

#### 1) Kuesioner Dukungan sosial.

Dalam penelitian yang dilakukan (Ramadhani, 2016), uji validitas menggunakan kuesioner dukungan sosial dengan 25 pertanyaan menunjukkan bahwa semua item memiliki nilai signifikansi di bawah 0,05 dan nilai  $r$  hitung di atas  $r$  kritis sebesar 0,632. Ini berarti kuesioner tersebut valid dan efektif untuk mengukur indikator yang dimaksud.

#### 2) Kuesioner Kesejahteraan Psikologis.

Uji coba yang dilakukan pada penelitian ini pada skala *psychological well-being* dan menunjukkan bahwa item nomor 4, 10, dan 18 perlu dihapus karena nilai korelasi skor itemnya berada di bawah 0,30. (Aliifah, 2024).

### 3) Kuesioner Kenyamanan ODHA.

Hasil analisis menunjukkan bahwa sebanyak 0,88, item dinyatakan valid karena memiliki nilai korelasi di atas batas yang ditetapkan.(Naufal, 2017).

#### b. Uji Reliabilitas

Reliabilitas didefinisikan sebagai ketetapan hasil pengukuran atau observasi ketika fakta atau kondisi kehidupan yang sama diukur atau diamati secara berulang pada waktu yang berbeda (Naufal, 2017). Uji reliabilitas dilakukan untuk menilai seberapa stabil suatu instrument. Instrumen dianggap reliabel apabila nilai *Cronbach's Alpha* melebihi 0,7 (Sugiyono, 2016). Berikut adalah hasil uji reliabilitas pada kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini :

##### 1) Kuesioner Dukungan sosial .

Dari pengujian reliabilitas indikator dukungan sosial, koefisien *Alpha Cronbach* diperoleh lebih besar dari 0,06 sehingga bisa disimpulkan bahwa pertanyaan-pertanyaan yang dipakai sudah reliable dengan skor 0,982 (Ramadhani, 2016).

##### 2) Kuesioner Kesejahteraan Psikologis.

Dari pengujian reliabilitas indikator kesejahteraan psikologis, nilai koefisien *Cronbach's alpha* sebesar 0,801, yang

menandakan bahwa skala tersebut juga tergolong reliable (Aliifah, 2024).

### 3) Kuesioner Kenyamanan ODHA.

Berdasarkan hasil uji diperoleh nilai *Cronbach's alpha* dengan hasil koefisien alpha sebesar 0,76, yang menunjukkan bahwa instrumen ini mempunyai tingkat reliabilitas yang memadai dan cocok untuk diterapkan dalam pengumpulan data penelitian (Naufal, 2017).

## H. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan langkah mendekati subjek penelitian dan mengumpulkan ciri-ciri yang dibutuhkan dari mereka (Nursalam, 2020). Cara pengambilan data dalam penelitian ini dilaksanakan dengan cara sebagai berikut :

1. Peneliti mengajukan surat izin studi awal ke Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang untuk diberikan kepada Pembina Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) Wilayah Semarang.
2. Peneliti mendapat persetujuan dan melakukan penelitian di Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) wilayah Semarang.
3. Peneliti melakukan koordinasi dengan Pembina KDS untuk memberitahu calon responden tentang penelitian yang akan dilakukan.
4. Peneliti menunjukkan tujuan, Manfaat, dan cara mengisi kuesioner kepada mereka yang bersedia menjadi responden.

5. Peneliti memberikan link kepada Pembina KDS dan mengirimkan kuesioner kepada responden yang berisi *informed consent* dan kuesioner dalam bentuk *Google Form*.
6. Peneliti menunggu responden mengisi kuesioner.
7. Setelah kuesioner selesai diisi, peneliti memeriksa kelengkapan dan kecocokan data dikirim responden.
8. Peneliti kemudian menganalisis data yang sudah terkumpul.

## I. Rencana Analisa Data

### 1. Pengolahan Data

Berdasarkan (Kristyaningsih, 2020), data yang sudah didikumpulkan diproses dengan cara berikut untuk masing-masing variabel:

#### a. *Editing*

Proses kegiatan yang melibatkan pengecekan keabsahan data yang diterima, seperti memastikan kuesioner diisi lengkap, jawaban jelas, dan pengukuran konsisten.

#### b. *Coding*

Langkah untuk mengelompokkan data dan jawaban ke dalam kategori tertentu agar mudah dikelompokkan.

#### a. Dukungan sosial

Untuk variabel dukungan sosial terhadap ODHA, skor diberikan sesuai jawaban dan jumlahnya. Penilaian dilakukan dari angka satu hingga selesai. Kemudian, skor tersebut

dibandingkan dengan skor maksimal dan dikalikan 100% menggunakan rumus ini.

$$N = \frac{SP}{SM} \times 100\%$$

Keterangan :

N : Nilai yang diperoleh dari responden

SP : Skor yang didapat responden

SM : Skor Maksimal

Hasilnya lalu diartikan secara kualitatif (Nursalam, 2003).

Baik : 76 - 100 % dengan skor 3.

Cukup : 56 - 75% dengan skor 2.

Buruk : <56% dengan skor 1.

b. Kesejahteraan psikologis

Untuk variabel Kesejahteraan Psikologis terhadap ODHA, skor diberikan berdasarkan jawaban dan jumlahnya.

Hasilnya kemudian dikategorikan seperti ini :

Tinggi : 46 - 72 dengan skor 2.

Rendah : 18 - 45 dengan skor 1.

c. Kenyamanan

Untuk variabel Kenyamanan terhadap ODHA, skor diberikan sesuai jawaban dan jumlahnya. Hasilnya kemudian dikategorikan seperti berikut :

Tinggi : 103-135 dengan skor 3.

Sedang : 70-102 dengan skor 2.

Rendah : <69 dengan skor 1

c. *Tabulating*

Proses pengorganisasian data dengan cara yang memungkinkan untuk menghitung, menyusun, dan mengatur data agar dapat disajikan dan dianalisis dengan mudah.

d. *Cleaning*

Proses yang melibatkan pemeriksaan ulang data yang sudah di *entry* dan melakukan perbaikan jika ditemukan kesalahan.

2. Analisis Data

a. Analisis Univariat

Analisis univariat merupakan pendekatan pengolahan data yang menekankan pemeriksaan satu variabel secara mandiri, tanpa melibatkan variabel lain. Pendekatan ini dikenal sebagai analisis deskriptif atau statistik deskriptif, dengan tujuan utama untuk menguraikan situasi fenomena yang sedang dipelajari. Ini adalah metode paling dasar dalam mengolah data. Hasilnya bisa berbentuk angka mentah atau sudah dikonversi menjadi persentase, rasio, dan tingkat kejadian. Pengukuran tendensi sentral melibatkan perhitungan nilai rata-rata, median, kuartil, desil, persentil, serta modus. Sementara itu, pengukuran penyebaran mencakup rentang nilai, deviasi tengah, varians, simpangan baku, dan koefisien variasi. Data bisa disajikan melalui uraian naratif, tabel, grafik, diagram, atau visual.

Kemiringan distribusi data berkaitan erat dengan bentuk kurva yang dihasilkan dari data itu (Senjaya et al., 2022).

Karakteristik yang diteliti dalam penelitian ini mencakup usia, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan terakhir, jenis pekerjaan, lama waktu sejak diagnosis HIV/AIDS, dukungan sosial, kesejahteraan psikologis, dan kenyamanan.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat diterapkan untuk mengevaluasi antara dua variabel yang diperkirakan mempunyai kaitan atau korelasi satu sama lain. Tujuan utamanya adalah menguji hipotesis dengan menentukan apakah ada atau tidak ada keterkaitan antara variabel bebas dan variabel terikat. Dalam penelitian ini, pengolahan data dilaksanakan menggunakan uji Spearman Rho, karena variabel independen (dukungan sosial dan kesejahteraan psikologis) serta variabel dependen (kenyamanan pada ODHA) menggunakan skala ordinal. Ambang batas signifikansi yang digunakan adalah  $\alpha = 0,05$ , sehingga hasilnya dianggap bermakna jika  $\rho < \alpha = 0,05$ . Jika nilai tersebut terpenuhi, maka hipotesis alternatif ( $H_1$ ) diterima, yang menunjukkan adanya hubungan antara dukungan sosial dengan kenyamanan pada ODHA, serta antara kesejahteraan psikologis dengan kenyamanan pada ODHA.

## J. Etika Penelitian

Menurut Martono (Yumesri et al., 2024), etika dalam penelitian merujuk pada standar perilaku yang harus diikuti oleh peneliti saat menjalankan penelitian. Aturan etika penelitian menetapkan sejumlah pedoman yang perlu diikuti oleh peneliti, mulai dari proses pengumpulan data di lapangan (seperti melalui wawancara, pembagian kuesioner, observasi, serta permintaan informasi tambahan), sampai penulisan laporan penelitian serta publikasi hasilnya. Etika penelitian berhubungan dengan norma-norma tertentu, termasuk norma kesopanan dan mempertimbangkan terhadap adat istiadat dan kebiasaan yang berlaku.

Berdasarkan (S. Putra et al., 2021), dalam menjalankan suatu penelitian ilmiah, seorang peneliti seharusnya mengadopsi prinsip-prinsip fundamental etika penelitian, antara lain:

1. Menghormati dan menghargai harkat martabat manusia sebagai subjek penelitian.

Peneliti berkewajiban mempertimbangkan hak peserta untuk menerima penjelasan yang transparan dan lengkap tentang proses penelitian, serta memberi mereka kebebasan penuh dalam mengambil keputusan tanpa ada tekanan atau paksaan untuk bergabung dalam studi tersebut.

2. Menghormati privasi dan kerahasiaan subjek penelitian.

Setiap individu mempunyai hak mendasar, seperti privasi dan kebebasan. Oleh karena itu, peneliti harus menggunakan kode atau inisial jika peserta tidak setuju identitasnya disebarluaskan.

3. Memegang prinsip keadilan dan kesetaraan

Seluruh peserta penelitian harus diperlakukan secara adil, dengan memastikan keseimbangan antara manfaat dan risiko yang mereka alami. Peneliti perlu memperhatikan risiko terkait fisik, mental, dan sosial, serta mempertimbangkan dampak positif dan negatif dari penelitian.

Peneliti harus menjalankan penelitian sesuai dengan prosedur yang telah ditentukan untuk memperoleh hasil terbaik bagi peserta dan bisa diterapkan pada kelompok yang lebih besar (beneficence). Peneliti berupaya mengurangi dampak buruk bagi peserta. Jika intervensi penelitian mungkin menyebabkan cedera atau stres ekstra, peserta akan dikeluarkan dari kegiatan penelitian untuk menghindari risiko tersebut.

## BAB IV

### HASIL PENELITIAN

#### A. Pengantar Bab

Bab ini menjelaskan temuan penelitian yang dilaksanakan di Kelompok Dukungan Sebaya Arjuna selama bulan September hingga Oktober 2025 dengan melibatkan 74 responden, mencakup pemaparan detail karakteristik demografi (inisial nama, usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, jenis pekerjaan, lama sejak dinyatakan terinfeksi HIV, penyebab melakukan tes HIV) serta analisis terhadap variabel kesejahteraan psikologis dan kenyamanan ODHA.

#### B. Karakteristik Demografi Responden

Penelitian ini melibatkan 74 responden, dengan karakteristik yang mencakup inisial nama, usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan terakhir, jenis pekerjaan, lama sejak dinyatakan terinfeksi HIV, penyebab melakukan tes HIV.

**Tabel 3. 1 Distribusi frekuensi responden berdasarkan usia responden.**

Kategori	Frekuensi (f)	Presentase (%)
18-25	11	14.9
26-35	22	29.7
26-35	22	29.7
36-45	28	37.8
46-55	11	14.9
56-65	2	2.7
Total	74	100.0

Berdasarkan tabel 4.1 sebagian usia berada dalam rentang 36-45 tahun (37.8%), diikuti oleh kelompok 26-35 tahun (29.7%), Kedua kategori ini mewakili (67.5%) dari total responden. Proporsi responden termuda (18-25 tahun) dan dewasa akhir (46-55 tahun) adalah sama (14.9%), sedangkan responden tertua (56-65 tahun).

**Tabel 3. 2 Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin responden.**

Kategori	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Laki-laki	51	68.9
Perempuan	23	31.1
Total	74	100.0

Berdasarkan tabel 4.2 menunjukkan bahwa mayoritas didominasi oleh jenis kelamin laki-laki tercatat 51 orang (68.9%), sementara responden perempuan berjumlah 23 orang (31.1%).

**Tabel 3. 3 Distribusi frekuensi responden berdasarkan pendidikan terakhir responden.**

Kategori	Frekuensi (f)	Presentase (%)
SMP	4	5.4
SMA	38	51.4
Akademi/Universitas	32	43.2
Total	74	100.0

Berdasarkan tabel 4.3 menunjukkan bahwa dari 74 responden, mayoritas memiliki latar belakang pendidikan menengah dan tinggi. Responden dengan pendidikan terakhir SMA mendominasi dengan jumlah 38 orang (51.4%), dan responden dengan latar belakang

Akademi/Universitas sebanyak 32 orang (43.2%). Jika keduanya digabungkan maka responden dengan pendidikan minimal SMA hingga Perguruan tinggi mencapai (94.6%), dan hasil terendah yaitu SMP hanya berjumlah 4 orang (5.4%).

**Tabel 3. 4 Distribusi frekuensi responden berdasarkan pekerjaan responden.**

Kategori	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Karyawan Swasta	26	35.1
Wiraswasta	37	50.0
IRT	6	8.1
Pelajar/Mahasiswa	4	5.4
Belum bekerja	1	1.4
Total	74	100.0

Berdasarkan Tabel 4.4 menunjukkan bahwa dari 74 responden, pekerjaan didominasi oleh wiraswasta (50%) dan karyawan swasta (35.1%). Kedua kategori ini mencakup (85.1%) dari total responden yaitu pekerja di pekerja aktif di sektor swasta atau mandiri. Sisanya terdiri dari IRT (8.1%), pelajar/mahasiswa (5,4%) dan responden yang belum bekerja (1.4%).

**Tabel 3. 5 Distribusi responden berdasarkan lama menderita HIV/AIDS.**

Kategori	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Baru	3	4.1
Sedang	19	25.7
Lama	52	70.3
Total	74	100.0

Berdasarkan Tabel 4.5 menunjukkan bahwa dari 74 responden dengan hasil 52 orang (70.3%) berada dalam kategori Lama menderita,

disusul oleh kategori Sedang berjumlah 19 orang (25.7%), dan kategori baru hanya sebanyak 3 orang (4,1%). Data ini mengidentifikasi bahwa sebagian besar sampel adalah individu yang telah menderita kondisi tersebut dalam jangka waktu yang panjang.

**Tabel 3. 6 Distribusi frekuensi responden berdasarkan status pernikahan responden.**

Kategori	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Belum menikah	36	48,6
Menikah	30	40,5
Cerai hidup/mati	8	10,8
Total	74	100,0

Berdasarkan Tabel 4.6 menunjukkan bahwa dari 74 responden, hasil menunjukkan bahwa status pernikahan didominasi oleh kategori belum menikah dengan jumlah 36 responden (48.6%). Posisi kedua ditempati kelompok responden dengan status menikah dengan hasil 30 responden (40.5%), dan hasil terendah 8 responden (10.8%) dengan status cerai hidup/mati (bercerai, janda, atau duda).

## C. Deskripsi Variabel Penelitian

### 1. Uji Univariat

#### 1. Dukungan Sosial

Pada penelitian ini variabel pertama yang di ukur yaitu dukungan sosial yang didapat dari sekitar ODHA, penelitian ini melibatkan 74 responden yang berada di Kelompok Dukungan Sebaya.

**Tabel 3. 7 Gambaran Distribusi Variabel Dukungan Sosial yang diperoleh ODHA di Kelompok Dukungan Sebaya Kota Semarang.**

Variabel Dukungan sosial	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Buruk	38	51,4
Cukup	19	25,7
Baik	17	23,0
Total	74	100,0

Berdasarkan tabel 4.7 total 74 responden ODHA, distribusi Dukungan sosial menunjukkan kecenderungan negative. Lebih dari separuh responden (51,4%) 38 orang, menyatakan Dukungan sosial yang buruk, mengindikasikan bahwa mayoritas populasi merasakan kurangnya dukungan yang memadai.

## 2. Kesejahteraan Psikologis

Variabel kedua kesejahteraan psikologis pada penelitian ini melibatkan 74 responden yang berada di Kelompok Dukungan Sebaya.

**Tabel 3. 8 Gambaran Distribusi Variabel Kesejahteraan Psikologis yang diperoleh ODHA di Kelompok Dukungan Sebaya Kota Semarang.**

Variabel Kesejahteraan Psikologis	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Rendah	48	64,9
Tinggi	26	35,1
Total	74	100,0

Berdasarkan tabel 4.8 total 74 responden yang berada di KDS, kesejahteraan psikologis mereka cenderung rendah. Mayoritas responden, yaitu sebanyak 48 orang (64,9%), berada pada kategori rendah. Sedangkan kategori tinggi hanya 26 orang (35.1%).

### 3. Kenyamanan ODHA

Variabel ketiga pada penelitian ini hasil diinterpretasikan menjadi dua kategori nyaman dan tidak nyaman dengan melibatkan 74 responden yang berada di Kelompok Dukungan Sebaya.

**Tabel 3. 9 Gambaran Distribusi Variabel Dukungan Sosial yang diperoleh ODHA di Kelompok Dukungan Sebaya Kota Semarang.**

Variabel Kenyamanan	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Rendah	29	39,2
Sedang	21	28,4
Tinggi	24	32,4
Total	74	100,0

Berdasarkan tabel 4.9 dari total 74 responden, kategori rendah 29 orang (39.2%) merupakan yang paling dominan. Meskipun demikian, responden yang merasa sangat nyaman memiliki presentase yang hampir setara yaitu 24 orang (32.4%).

## 2. Uji Bivariat

**Tabel 3. 10 Hasil Uji Spearman Rank Hubungan Antara Dukungan Sosial dengan Kenyamanan pada ODHA di Kelompok Dukungan Sebaya Kota Semarang.**

		Kenyamanan			Total	<i>r</i>	<i>p</i>
		Rendah	Sedang	Tinggi			
Dukungan Sosial	Baik	24	6	8	38	0.394	0.001
	Buruk	0	12	7	19		
	Cukup	5	3	9	17		
Total		29	21	24	74		

Hasil uji korelasi Spearman Rank mengungkapkan bahwa terdapat keterkaitan antara Dukungan Sosial dengan Kenyamanan. Nilai signifikansi yang dihasilkan adalah  $p = 0.001$ . Dengan nilai  $p$  ini yang jauh di bawah 0,05 (bahkan kurang dari 0,01), maka dapat ditarik kesimpulan bahwa hubungan tersebut sangat bermakna secara statistik. Koefisien korelasi yang tercatat adalah  $r = 0,394$  (positif). Koefisien tersebut menandakan adanya korelasi positif dengan intensitas yang sedang ke lemah. Temuan ini diperkuat oleh data *Crosstabulation*, yang memperlihatkan bahwa responden dengan Dukungan Sosial kategori Buruk biasanya berada pada tingkat Kenyamanan Rendah, sementara mereka yang mendapatkan dukungan sosial baik umumnya memiliki Kenyamanan Tinggi. Pada intinya, hasil ini menandakan bahwa semakin baik Dukungan Sosial yang diperoleh ODHA, maka semakin tinggi pula Kenyamanan yang mereka rasakan.

**Tabel 3. 11 Hasil Uji Spearman Rank Hubungan Antara Kesejahteraan Psikologis dengan Kenyamanan pada ODHA di Kelompok Dukungan Sebaya Kota Semarang.**

		Kenyamanan			Total	<i>r</i>	<i>p</i>
		Rendah	Sedang	Tinggi			
Kesejahteraan Psikologis	Rendah	25	11	12	48	0.331	0.004
	Tinggi	4	10	12	26		
Total		29	21	24	74		

Berdasarkan hasil uji korelasi *Spearman Rank*, terlihat ada kaitan antara Kesejahteraan Psikologis dan Kenyamanan. Nilai signifikansi yang didapat adalah  $p = 0.004$ . Karena angka ini lebih kecil dari 0.05 (bahkan dari 0.01), bisa disimpulkan bahwa kaitan ini sangat bermakna secara statistik. Koefisien korelasi yang ditemukan adalah  $r = 0.331$  (positif). Angka ini menunjukkan adanya hubungan positif dengan kekuatan yang tidak terlalu kuat. Dari data *Crosstabulation*, pola yang muncul konsisten, di mana kebanyakan responden dengan Kesejahteraan Psikologis kategori Rendah juga berada di tingkat Kenyamanan Rendah. Secara umum, temuan ini menunjukkan bahwa makin tinggi Kesejahteraan Psikologis seseorang, makin tinggi pula Kenyamanan yang mereka rasakan.

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

Bab ini peneliti menjelaskan karakteristik responden serta hubungan antara dukungan sosial dan kesejahteraan psikologis dengan kenyamanan pada Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di KDS Arjuna Kota Semarang, Pengumpulan data dilakukan pada bulan September hingga Oktober 2025, dengan total responden sebanyak 74 orang:

#### **A. Analisis Univariat**

##### **1. Usia**

Hasil analisis menunjukkan bahwa mayoritas usia berada pada rentang 36-45 tahun (37.8%). Temuan ini selaras dengan berbagai penelitian yang menyebutkan bahwa kelompok usia dewasa produktif merupakan populasi dengan prevelensi HIV/AIDS tertinggi yang disebabkan oleh aktivitas sosial, ekonomi, dan seksual yang relative intens (Sutini et al., 2020).

Menurut Kemenkes RI (2022), usia dengan prevalansi HIV/AIDS paling tinggi (67,9%) adalah mereka yang berusia antara 25 hingga 49 tahun. Kelompok ini rentan karena aktivitas seksual dan memiliki kecenderungan penggunaan narkoba. Penularan HIV banyak terjadi pada usia muda, terutama di rentang 12 hingga 35 tahun, yang dipengaruhi oleh berbagai faktor sosial. Faktor-faktor tersebut meliputi keterbatasan akses dan pemahaman terhadap pendidikan seks, terutama terkait organ

reproduksi, minimnya edukasi seksual dari orang tua, riwayat trauma, dan tingkat keingintahuan yang tinggi pada masa usia tersebut (Kemenkes RI., 2022).

Temuan-temuan ini membantu memahami lebih dalam mengenai HIV/AIDS di Indonesia. Usia bukan hanya tentang angka saja, tetapi juga terkait dengan berbagai faktor sosial dan perilaku. Misalnya, orang-orang yang berusia produktif biasanya memiliki banyak teman dan terpengaruh oleh norma-norma sosial serta tekanan dari teman sebaya. Hal ini membuat mereka terlibat dalam kontak yang lebih banyak dengan orang lain, tetapi karena tidak memiliki perlindungan yang cukup, mereka beresiko tertular lebih tinggi. Oleh karena itu, upaya untuk mencegah penyebaran HIV/AIDS perlu dilakukan secara menyeluruh mencakup pendidikan seks yang didasarkan bukti ilmiah serta menyampaikan informasi risiko dengan cara yang sesuai dengan kebutuhan dan karakteristik kelompok usia produktif (Ayu & Prameswari, 2024).

## 2. Jenis Kelamin

Hasil penelitian berdasarkan jenis kelamin responden penderita HIV/AIDS di KDS Semarang, menunjukkan bahwa sebagian besar responden adalah laki-laki, dengan jumlah 51 orang atau sekitar (68,9%), sedangkan responden perempuan berjumlah 23 orang atau (31,1%). Proporsi kasus yang tinggi pada laki-laki, baik di tingkat nasional maupun lokal, terkait erat dengan perilaku seksual berisiko, seperti hubungan seksual dengan sesama jenis atau homoseksual, yang dilaporkan mencapai

64% dari seluruh kasus. Individu yang menjalankan perilaku tersebut memiliki risiko tertular HIV/AIDS yang hingga 22 kali lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok berisiko lainnya (Puspaningrum dkk., 2024; Afritayeni dkk., 2024).

Selain dominasi kasus HIV/AIDS pada laki-laki akibat perilaku seksual berisiko, bukti ilmiah menunjukkan bahwa laki-laki yang melakukan hubungan seksual dengan sesama jenis sekaligus perempuan dapat berperan sebagai jembatan penularan *bridging population* HIV dari kelompok berisiko tinggi ke pasangan heteroseksual mereka. Heteroseksual di sini merujuk pada hubungan dengan lawan jenis, seperti laki-laki dan perempuan. Studi global menemukan bahwa sebagian laki-laki tersebut juga terlibat dengan perempuan, dengan penggunaan kondom yang rendah, sehingga berpotensi memperluas penularan HIV ke pasangan perempuan, termasuk istri atau ibu rumah tangga, tanpa terbatas pada orientasi seksual eksklusif (Ge et al., 2024).

Sebaliknya kasus pada pertemuan sering kali merupakan penularan sekunder yang terdampak oleh perilaku pasangannya, dimana profesi Ibu Rumah Tangga (IRT) menjadi salah satu kelompok yang rentan terinfeksi karena tertular dari suami yang memiliki riwayat seksual berisiko (Arsy et al., 2023). Dengan demikian, dominasi kasus pada laki-laki secara epidemiologis didorong oleh tingginya paparan melalui perilaku berisiko primer, sedangkan perempuan rentan akibat penularan dari pasangan.

### 3. Pendidikan Terakhir

Hasil penelitian berdasarkan dari pendidikan terakhir penderita ODHA yang berada di KDS Semarang mayoritas memiliki latar belakang pendidikan menengah dan tinggi. Responden dengan pendidikan terakhir SMA mendominasi dengan jumlah 38 orang (51.4%), dan responden dengan latar belakang Akademi/Universitas sebanyak 32 orang (43.2%). Hal ini mengindikasikan bahwa memiliki pendidikan menengah hingga atas tidak secara otomatis menjamin adanya pengetahuan, sikap, dan perubahan perilaku yang konsisten dan efektif dalam menghindari transmisi virus (Suherman dkk., 2023).

Temuan ini menunjukkan bahwa pendidikan formal yang lebih tinggi tidak selalu berbanding lurus dengan kemampuan individu dalam menerjemahkan pengetahuan kesehatan menjadi perilaku pencegaham HIV yang konsisten. Beberapa penelitian terbaru menegaskan bahwa meskipun individu berpendidikan menengah hingga tinggi memiliki akses informasi yang lebih luas, faktor lain seperti norma sosial, tekanan lingkungan, persepsi risiko yang rendah, serta dinamika relasi seksual sering kali lebih dominan dalam membentk perilaku beresiko dibandingkan tingkat pendidikan semata (Benny et al., 2021).

Sebaliknya, studi lain menekankan bahwa tingkat pendidikan yang rendah menjadi salah satu faktor risiko utama yang mempengaruhi kejadian HIV, terutama ketika dikombinasikan dengan perilaku beresiko tinggi

seperti homoseksual (28,20%) kombinasi faktor risiko teratas (Ayu & Prameswari, 2024).

#### 4. Pekerjaan

Dari hasil studi, mayoritas penderita HIV/AIDS di KDS Arjuna Semarang ternyata sudah punya pekerjaan. Berdasarkan data dari 74 responden, di mana 85,1% di antaranya bekerja aktif di sektor swasta atau usaha sendiri. Kondisi mayoritas ODHA yang telah bekerja menunjukkan bahwa status pekerjaan tidak selalu menjadi faktor protektif terhadap risiko HIV/AIDS, terutama pada kelompok usia produktif. Beberapa penelitian terbaru mengungkapkan bahwa pekerja sektor swasta dan mandiri cenderung memiliki mobilitas tinggi, jam kerja tidak teratur, serta tekanan sosial dan ekonomi yang dapat mendorong perilaku kompensatif, termasuk perilaku seksual berisiko dan penggunaan zat adiktif (Oga et al., 2024). (Canelas & Samuels, 2025)

Temuan ilmiah menunjukkan bahwa, selain perilaku seseorang, kondisi kerja dan cara kerja migran juga mempunyai pengaruh besar terhadap risiko infeksi HIV. Pekerja yang sering berpindah-pindah, seperti pekerja swasta, pengusaha atau pekerja migran, biasanya jauh dari keluarga dan teman sehingga mengalami stres dan kesulitan ekonomi. Hal ini meningkatkan kemungkinan mereka melakukan hal-hal yang berisiko, seperti berganti-ganti pasangan, melakukan hubungan seks tanpa kondom, dan menggunakan obat-obatan untuk mengatasi masalah. Penelitian terhadap pekerja migran menunjukkan bahwa mobilitas yang tinggi dan

ketidakamanan pekerjaan berhubungan dengan rendahnya tingkat pengetahuan tentang HIV dan tingginya tingkat perilaku seksual berisiko, sehingga meningkatkan kemungkinan penyebaran HIV di antara kelompok pekerja yang terisolasi dari lingkungan sosial yang stabil. Hasil penelitian ini mendukung argumen bahwa bukan jenis pekerjaan itu sendiri yang melindungi terhadap risiko infeksi HIV, namun kondisi sosial, ekonomi dan mobilitas yang terkait penting dalam membentuk perilaku yang meningkatkan kerentanan terhadap infeksi HIV (Canelas & Samuels, 2025).

Temuan ini mengungkapkan bahwa faktor-faktor yang meningkatkan risiko penularan, seperti perilaku berisiko di luar rumah yang sering terkait dengan hubungan seksual sesama jenis pada laki-laki, merupakan salah satu penyebab utama kasus HIV/AIDS di Semarang, dan hal ini sangat berdampak pada kelompok usia produktif. Di samping itu, kerentanan pekerja swasta atau mandiri makin bertambah parah karena adanya stigma, diskriminasi, dan kurangnya pengetahuan di tempat kerja, yang bisa menghalangi upaya pencegahan serta penanganan penyakit. Oleh sebab itu, penanganan masalah ini sebaiknya diprioritaskan pada pengembangan program pencegahan dan edukasi kesehatan di lingkungan kerja untuk mengurangi risiko penularan pada kelompok usia produktif. (Sincihu et al., 2023).

##### **5. Lama Menderita HIV/AIDS.**

Hasil penelitian menunjukkan menunjukkan bahwa dari 74 responden dengan hasil 48 orang (64.9%) berada dalam kategori Lama menderita,

disusul oleh kategori Sedang (24.3%). Data ini mengidentifikasi bahwa sebagian besar sampel adalah individu yang telah menderita kondisi tersebut dalam jangka waktu yang panjang.

Angka tinggi dari responden yang telah lama menderita HIV (64.9%) menunjukkan tantangan terus-menerus di bidang psikososial dan kualitas hidup orang dengan HIV (ODHA). Meskipun umur harapan hidup mereka meningkat, individu yang telah lama terdiagnosis sering kali mengalami beban psikologis berat, seperti depresi, kecemasan, dan kelelahan mental akibat perjuangan bertahun-tahun menghadapi stigma dan diskriminasi. Kualitas hidup ODHA yang telah lama terdiagnosis lebih dipengaruhi oleh faktor psikososial daripada faktor fisik saja (Jahro & Mulyana, 2023).

Selain itu, ada 6.8% responden yang tidak mengetahui durasi penyakitnya, yang menunjukkan perlunya peningkatan pendidikan pasien mengenai pentingnya mencatat riwayat penyakit atau adanya tekanan emosional yang membuat mereka sulit mengingat waktu diagnosis. Oleh karena itu, penanganan harus lebih menekankan pada peningkatan kualitas hidup secara keseluruhan, bukan hanya kelangsungan hidup. Persentase responden dengan durasi baru sebesar 4.1% menunjukkan indikasi positif bahwa sebagian besar individu yang terdiagnosis sudah mendapatkan perawatan segera dan telah hidup dengan kondisi HIV mereka selama beberapa waktu. Fokus pada ODHA yang telah lama menderita membutuhkan peningkatan sistem pendukung kepatuhan penggunaan obat

antiretroviral (ARV) serta intervensi kesehatan mental, yang sangat penting untuk mencegah kegagalan pengobatan dan mengurangi risiko infeksi oportunistik yang bisa terjadi seiring waktu (Sincihu et al., 2023). Dengan adanya kelompok yang sangat besar dalam kategori ODHA yang telah lama menderita, program advokasi dan dukungan sebaya (*peer support*) menjadi elemen penting untuk memastikan mereka dapat menjalani kehidupan dengan martabat dan kesehatan mental yang baik (Arya et al., 2022).

## 6. Status Pernikahan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 74 responden, status pernikahan didominasi oleh kategori belum menikah dengan jumlah 36 responden (48.6%). Selain itu, status pernikahan juga memengaruhi cara individu dengan HIV/AIDS memaknai penyakit, mengelola stress, dan mempertahankan kualitas hidupnya. Dominasi responden yang berstatus belum menikah (48.6%) mencerminkan bahwa mayoritas sampel penelitian berada dalam kondisi belum terikat perkawinan. Fase ini dicirikan oleh eksplorasi diri, ketidakstabilan, dan focus pada pencapaian karier atau pendidikan sebelum berkomitmen pada pernikahan (Novrilia Indah Sari & Deni Irawan, 2024).

Perbedaan status ini memberikan implikasi penting terhadap variabel penelitian. Kelompok Menikah cenderung memiliki sumber dukungan sosial primer yang stabil (pasangan), yang merupakan prediktor kuat bagi gaya hidup sehat dan pemulihan kesehatan. Dukungan pasangan terbukti menjadi predictor kuat dalam meningkatkan adaptasi psikologis,

kepatuhan terapi, dan pemulihan kesehatan pada individu dengan penyakit kronis (Menggawanti et al., 2021). Sebaliknya, kelompok Belum Menikah dan Cerai Hidup/Mati (janda/duda) menghadapi risiko psikososial yang unik; kelompok tanpa pasangan ini lebih rentan terhadap kurangnya dukungan sosial dan memiliki risiko masalah kesehatan mental yang lebih tinggi akibat kesendirian atau trauma kehilangan/perpisahan (Safitri, 2022).

Oleh karena itu, sebaran status perkawinan dalam penelitian ini tidak hanya menunjukkan karakteristik demografi responden tetapi juga berperan penting dalam memahami perbedaan struktur dukungan sosial di antara individu dengan HIV/AIDS (X. W. Zhang et al., 2021). Perbedaan struktur pendukung ini dapat mempengaruhi tingkat kenyamanan, kesejahteraan psikologis, dan kemampuan subjek penelitian untuk hidup dengan HIV/AIDS, sehingga penting untuk mempertimbangkannya dalam analisis dan interpretasi hasil penelitian yang komprehensif (Maria et al., 2024).

#### **7. Distribusi frekuensi penderita HIV/AIDS berdasarkan Dukungan Sosial.**

Berdasarkan total 74 orang yang ikut serta dalam Kelompok Dukungan Sebaya (KDS), ternyata tingkat kesehatan mental mereka umumnya kurang baik. Kebanyakan, tepatnya 38 orang atau sekitar 51,4%, masuk kategori rendah. Dalam studi ini, dukungan dari lingkungan diukur lewat lima aspek utama: dukungan emosi, bantuan praktis, informasi yang diberikan, penghargaan, dan rasa terintegrasi secara sosial.

Dukungan sosial memainkan peran krusial dalam meningkatkan hidup pasien HIV/AIDS, karena mereka yang hidup dengan HIV/AIDS (ODHA) nggak cuma butuh perawatan fisik dan obat. Masalah kejiwaan dan sosial yang mereka hadapi malah lebih berat. Dukungan sosial dapat didefinisikan sebagai rasa nyaman, perhatian, pengakuan, atau bantuan yang didapat dari orang lain atau kelompok. Makanya, dengan adanya dukungan ini bikin seseorang merasa dihargai, dicintai, dan diterima di sekitarnya, yang pada akhirnya bisa bantu tingkatkan kesehatan mental dan kenyamanan hidup ODHA (Nisak, 2024).

Hasil penelitian ini punya dampak besar buat upaya bantuan dari masyarakat dan perawatan medis. Program-program yang mau naikin kualitas hidup ODHA harus fokus banget ke lima aspek dukungan sosial tadi, terutama yang datang dari masyarakat dan keluarga, karena mereka sumber dukungan terdekat dan paling akrab. Naikin dukungan soal integritas sosial, kayak merasa punya tempat dan diterima tanpa harus sembunyiin kondisi, itu cara krusial buat lawan stigma dari dalam dan luar, yang sering jadi penghalang utama kesehatan mental. Dengan kuantitas kelima jenis dukungan itu, khususnya lewat Kelompok Dukungan Sebaya (KDS), diharapkan ODHA bisa punya lingkungan sosial yang bikin mereka merasa dihargai, dicintai, dan diterima, sehingga langsung bantu tingkatkan kesehatan mental dan kenyamanan mereka ke depan (Zuhroh & Muhid, 2022).

## 8. Distribusi frekuensi penderita HIV/AIDS berdasarkan Kesejahteraan psikologis.

Berdasarkan total 74 responden yang berada di KDS, kesejahteraan psikologis mereka cenderung rendah. Mayoritas responden, yaitu sebanyak 48 orang (64,9%), berada pada kategori rendah. Sedangkan kategori tinggi hanya 26 orang (35.1%). Kesejahteraan psikologis diukur menggunakan empat dimensi yaitu, penerimaan diri, hubungan positif dengan orang lain, otonomi dan perkembangan diri.

Persentase yang tinggi dalam kategori rendah (64,9%) menunjukkan bahwa keempat dimensi ini belum tercapai dengan baik oleh sebagian besar responden. Tingkat penerimaan diri yang rendah bisa menyebabkan penolakan terhadap status HIV, sedangkan gangguan pada hubungan positif dengan orang lain sering kali muncul karena rasa malu dan ketakutan akan penolakan sosial. Selain itu, otonomi atau kemampuan berpikir mandiri dan perkembangan diri, seperti merasa hidup memiliki tujuan dan makna, seringkali terhambat oleh kondisi penyakit yang memburuk dan ketergantungan terhadap pengobatan. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa faktor psikososial, khususnya dukungan sosial dan penerimaan diri, adalah salah satu penentu utama dari kualitas hidup dan kesejahteraan mental pada ODHA (Zuhroh & Muhid, 2022).

Di sisi lain, hanya 26 orang (35,1%) responden yang berada pada kategori kesejahteraan psikologis tinggi. Keberadaan kelompok ini menunjukkan bahwa beberapa individu memiliki mekanisme koping yang

baik, dukungan sosial yang kuat, dan penerimaan diri yang tinggi, yang membantu mereka memiliki otonomi dan merasa berkembang meskipun hidup dengan HIV/AIDS. Perbedaan yang besar antara kategori rendah (64,9%) dan tinggi (35,1%) ini mendorong rekomendasi untuk fokus pada strategi yang berhasil digunakan oleh kelompok dengan kesejahteraan psikologis tinggi. Intervensi harus diberikan secara terstruktur untuk meningkatkan keempat dimensi tersebut, misalnya melalui terapi kelompok (support group) untuk meningkatkan hubungan positif dan rasa otonomi, serta intervensi kognitif untuk meningkatkan penerimaan diri. Dengan mengatasi tantangan pada dimensi ini, diharapkan jumlah responden dengan kesejahteraan psikologis rendah dapat berkurang di masa depan (Zuhroh & Muhid, 2022).

#### **9. Distribusi frekuensi penderita HIV/AIDS berdasarkan Kenyamanan.**

Berdasarkan 74 responden, kategori rendah 29 orang (39.2%) merupakan yang paling dominan. Meskipun demikian, responden yang merasa sangat nyaman memiliki presentase yang hampir setara yaitu 24 orang (32.4%). Kenyamanan dalam penelitian ini menggunakan empat dimensi yaitu, kenyamanan fisik, kenyamanan psikospiritual, kenyamanan lingkungan, dan kenyamanan sosiokultural.

Dalam konteks klinis, gejala fisik sering kali muncul karena efek samping jangka panjang dari obat ARV, seperti mual dan sakit kepala, atau gejala infeksi oportunistik yang memengaruhi langsung kualitas hidup pasien (Whindy Wildana Sakinah, 2021). Sementara itu, rasa tidak nyaman

secara psikospiritual terjadi karena tekanan psikologis seperti kecemasan, depresi, dan kesulitan menerima diagnosis HIV. Karena itu, jumlah pasien dalam kategori rendah ini menunjukkan bahwa diperlukan evaluasi dan intervensi keperawatan yang lebih serius dalam mengelola gejala serta memberikan dukungan mental (Koritelu & Lahade, 2021).

Kesenjangan yang besar antara kelompok yang merasa tidak nyaman (39,2%) dan sangat nyaman (32,4%) menunjukkan bahwa intervensi harus dirancang secara menyeluruh, bukan hanya fokus pada pengobatan medis. Untuk menurunkan angka pada kategori tidak nyaman, dibutuhkan program pendampingan yang menekankan penguatan diri dan peningkatan kualitas hidup melalui peningkatan aspek sosiokultural. Program intervensi harus mencakup dukungan dari rekan sebaya yang terstruktur serta edukasi masyarakat untuk mengurangi stigma, karena stigma terbukti menjadi hambatan utama yang secara tidak langsung mengganggu semua aspek kenyamanan (Setyoningrum et al., 2024). Dengan memperhatikan keempat aspek kenyamanan fisik, psikospiritual, lingkungan, dan sosiokultural diharapkan intervensi dapat meningkatkan jumlah responden yang berada pada kategori kenyamanan yang lebih baik di masa mendatang (Srivani Nur Ismillah, Hendri Hadiyanto, 2024).

## **B. Analisis Bivariat**

### **1. Hubungan antara Dukungan Sosial dengan Kenyamanan**

Hasil penelitian ini mengungkapkan adanya kaitan erat dan bermakna antara dukungan sosial dengan rasa nyaman yang dirasakan oleh ODHA di

Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) Arjuna Kota Semarang, dengan nilai *p-value* sebesar 0,001 ( $p < 0,05$ ) dan koefisien korelasi mencapai 0,394. Temuan tersebut mengindikasikan bahwa semakin besar dukungan sosial yang diterima ODHA, maka tingkat kenyamanan yang mereka alami pun akan semakin bertambah. Kaitan positif ini menekankan betapa krusialnya peran dukungan sosial dalam membangun kenyamanan seseorang, baik dari aspek fisik, mental, sosial, maupun spiritual. Dengan demikian, dukungan sosial dapat dipandang sebagai elemen pelindung yang membantu ODHA beradaptasi dengan kondisi kesehatannya dan memperbaiki mutu hidup mereka.

Dukungan sosial yang dimaksud meliputi berbagai jenis bantuan, baik dalam bentuk emosional, informasi, maupun praktis, yang diberikan oleh keluarga, teman, serta komunitas pendukung seperti KDS (Kelompok Dukungan Sebaya). ODHA yang merasakan dukungan sosial yang kuat biasanya menunjukkan tingkat penerimaan diri yang lebih baik, stres yang lebih sedikit, serta kenyamanan dalam menjalani pengobatan dan aktivitas sehari-hari. Hal ini sejalan dengan teori yang mengatakan bahwa dukungan sosial bisa meningkatkan ketahanan psikologis individu, memberikan rasa aman, dan mengurangi perasaan kesepian. Oleh karena itu, hasil dari hubungan ini menunjukkan bahwa dukungan sosial tidak hanya berdampak pada kesehatan mental, tetapi juga terhadap kenyamanan secara keseluruhan yang dirasakan oleh ODHA.

Nilai koefisien korelasi yang tercatat sebesar 0,394 menunjukkan adanya hubungan yang berada dalam kategori sedang menuju kuat. Ini menunjukkan bahwa meskipun dukungan sosial bukanlah satu-satunya aspek yang mempengaruhi kenyamanan bagi orang-orang yang hidup dengan HIV, perannya tetap penting dan relevan. Faktor-faktor lain seperti kondisi fisik, tempat perawatan, dan latar belakang ekonomi juga bisa memberikan dampak, namun dukungan sosial terlihat sebagai elemen yang sangat berpengaruh dalam menciptakan rasa nyaman dan tenang. Temuan ini selaras dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa orang yang memiliki dukungan sosial yang baik cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih baik dan tingkat kecemasan yang lebih rendah dibandingkan dengan mereka yang kurang mendapatkan dukungan.

Secara keseluruhan, hasil dari analisis ini menekankan betapa pentingnya memperkuat sistem dukungan sosial dalam program perawatan dan kebijakan kesehatan bagi orang-orang yang hidup dengan HIV. Para profesional kesehatan, anggota keluarga, dan masyarakat perlu bekerja sama untuk membangun lingkungan yang mendukung agar orang-orang yang hidup dengan HIV bisa merasakan kenyamanan dalam kehidupan sehari-hari. Dukungan sosial yang berkelanjutan tidak hanya meningkatkan kenyamanan fisik dan mental, tetapi juga meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan, mengurangi stigma sosial, serta meningkatkan kesejahteraan secara keseluruhan. Dengan demikian, dukungan sosial bisa dianggap sebagai salah satu komponen utama dalam usaha untuk meningkatkan

kenyamanan dan kualitas hidup orang-orang yang hidup dengan HIV dalam masyarakat.

## 2. Hubungan antara Kesejahteraan psikologis dengan Kenyamanan

Hasil dari penelitian ini memperlihatkan adanya kaitan yang kuat antara kesejahteraan psikologis dengan rasa nyaman pada orang yang hidup dengan HIV/AIDS (ODHA) di KDS Arjuna Kota Semarang, dengan *p-value* tercatat sebesar 0,004 ( $p < 0,05$ ) dan koefisien korelasi mencapai 0,331. Nilai *p* yang lebih kecil dari tingkat signifikansi 0,05 secara statistik menegaskan bahwa hubungan antara kedua faktor tersebut sangat signifikan, yang berarti ada hubungan nyata antara kesejahteraan psikologis dan kenyamanan yang dirasakan oleh ODHA. Koefisien korelasi yang positif menandakan bahwa semakin baik kesejahteraan psikologis responden, maka semakin besar juga kenyamanan yang dirasakannya.

Kesejahteraan psikologis adalah hal penting yang memengaruhi rasa nyaman pada ODHA karena berkaitan dengan kemampuan mereka dalam menerima diri sendiri, membangun hubungan harmonis dengan orang lain, dan menemukan makna hidup meskipun dalam kondisi yang sulit. Orang yang memiliki kesejahteraan psikologis baik umumnya lebih bisa beradaptasi dengan stres emosional yang diakibatkan oleh penyakit yang mereka alami serta stigma sosial yang mungkin menimpa mereka. Keadaan ini berkontribusi pada meningkatnya rasa nyaman dalam menjalani kehidupan sehari-hari, keteraturan dalam menjalankan terapi antiretroviral (ARV), dan penerimaan yang lebih baik terhadap kondisi diri mereka.

Temuan ini selaras dengan teori Kesejahteraan Psikologis yang dikembangkan oleh Carol D. Ryff, yang menjelaskan bahwa kesejahteraan psikologis terdiri dari enam aspek, yaitu penerimaan diri, hubungan positif dengan orang lain, otonomi, penguasaan terhadap lingkungan, tujuan hidup, dan pertumbuhan pribadi. Orang yang memiliki kesejahteraan psikologis yang optimal mampu menerima diri mereka sepenuhnya, menjalin hubungan sosial yang baik, dan mengendalikan lingkungan mereka dengan efektif. Dalam konteks penyandang HIV/AIDS, aspek-aspek tersebut sangat berperan dalam meningkatkan kenyamanan, karena orang dengan kesejahteraan psikologis yang baik dapat beradaptasi dengan kondisi kesehatan mereka dan menemukan arti serta tujuan hidup meskipun menghadapi stigma dari masyarakat.

Secara implikatif, hasil dari penelitian ini menekankan betapa pentingnya usaha untuk meningkatkan kesejahteraan mental sebagai bagian dari intervensi dalam keperawatan dan dukungan psikososial bagi orang yang hidup dengan HIV. Program-program dukungan seperti konseling psikologis, terapi kelompok sebaya, dan pelatihan untuk pengembangan diri dapat menjadi cara yang efektif untuk meningkatkan kesejahteraan mental seseorang. Dengan meningkatkan aspek-aspek Psychological Well-Being yang dikemukakan oleh Ryff, orang dengan HIV diharapkan dapat mencapai tingkat kenyamanan hidup yang lebih baik, baik dalam aspek fisik, psikospiritual, sosial, dan lingkungan. Oleh karena itu, kesejahteraan

mental bisa dianggap sebagai elemen penting dalam menciptakan kualitas hidup yang lebih baik bagi orang yang hidup dengan HIV.

### **C. Keterbatasan Penelitian**

Keterbatasan signifikan dalam penelitian ini berpusat pada aksesibilitas dan kooperatif subjek penelitian (ODHA) di lokasi studi. Sebagian besar responden menunjukkan sikap tertutup serta keengganan untuk terlibat dalam pengisian kuesioner, yang berdampak pada terbatasnya jumlah responden yang berpartisipasi. Kondisi ini menyebabkan target jumlah sampel tidak tercapai secara optimal.

### **D. Implikasi Keperawatan**

Hasil penelitian ini memberikan dampak penting bagi cara kerja perawat, terutama dalam memberikan pelayanan yang lengkap kepada Orang dengan HIV/AIDS (ODHA). Penemuan bahwa ada hubungan yang kuat antara dukungan sosial dan kesejahteraan psikologis dengan rasa nyaman menunjukkan bahwa perawat harus menggabungkan pendekatan biopsikososial-spiritual dalam setiap tindakan perawatan. Perawat tidak hanya perlu fokus pada pengobatan medis, tetapi juga harus menjadi pengajar, konselor, serta penolong dukungan sosial bagi ODHA dengan cara memperkuat kelompok dukungan sebaya (KDS), memberikan bantuan emosional, serta meningkatkan peran keluarga dan masyarakat. Hasil ini juga menekankan pentingnya meningkatkan kemampuan perawat dalam berkomunikasi secara

terapeutik dan mengelola stres, sehingga pelayanan yang diberikan dapat meningkatkan kesejahteraan psikologis, menciptakan rasa aman, serta memberikan kenyamanan maksimal bagi ODHA dalam hidup sehari-hari.



## BAB VI

### KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan temuan penelitian mengenai hubungan antara dukungan sosial dan kesejahteraan psikologis dengan kenyamanan pada Orang Dengan HIV/AIDS(ODHA) di Kelompok Dukungan Sebaya Kota Semarang dapat dikemukakan kesimpulan dan saran sebagai berikut:

#### a. Kesimpulan

1. Penelitian ini melibatkan 74 responden yang aktif mengikuti kegiatan rutin di KDS Arjuna Kota Semarang. Dari segi karakteristik, mayoritas responden berdasarkan usia mayoritas responden dalam rentang 36-45 tahun dan rata-rata dari mereka belum menikah.
2. Hasil penelitian dukungan sosial pada ODHA di KDS Kota Semarang menunjukkan bahwa sebagian dukungan sosial yang didapatkan ODHA baik secara dukungan emosional, dukungan instrumental, dukungan informasional, dukungan penghargaan, dan dukungan integritas sosial sebanyak 17 orang dari 74 responden.
3. Hasil penelitian kesejahteraan psikologis pada ODHA di KDS Kota Semarang, bahwa sebagian responden menunjukan adanya penerimaan diri, menjalin hubungan positif dengan orang lain, otonomi dan perkembangan diri terhadap dirinya, didapatkan dengan skor tinggi sebanyak 26 orang dari 74 responden.

4. Hasil penelitian kenyamanan pada ODHA di KDS Kota Semarang menunjukkan bahwa sebagian responden yang merasa sangat nyaman baik secara fisik, psikospiritual, lingkungan, dan sosiokultural sebanyak 24 orang dari 74 responden.
5. Dalam penelitian ini ditemukan hubungan yang cukup kuat antara dukungan sosial dan kesejahteraan, dengan koefisien korelasi sedang ( $r = 0,394$ ) dan signifikansi sangat tinggi ( $p = 0,001$ ). Sedangkan hubungan dukungan sosial dengan kesejahteraan psikologis juga positif dan signifikan ( $r = 0,285$ ) dengan  $p\text{-value} = 0,014$  yang menunjukkan kekuatan hubungan sedang. Nilai korelasi positif ini menunjukkan bahwa dukungan sosial yang semakin baik akan meningkatkan kesejahteraan psikologis dan kesejahteraan ODHA, meskipun derajat korelasinya cukup erat. Dengan demikian, dukungan sosial terbukti berperan penting dalam meningkatkan kesejahteraan psikologis dan kesejahteraan orang dengan HIV/AIDS (ODHA).

## **b. Saran**

### **1. Bagi Institusi Terkait**

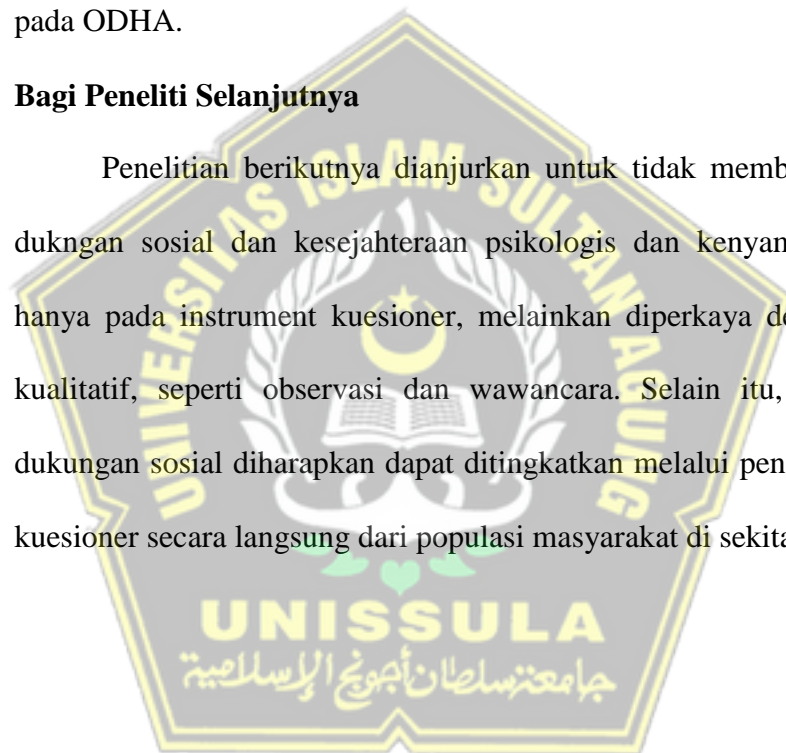
Hasil penelitian ini diharapkan menjadi landasan strategis bagi institusi keperawatan untuk meningkatkan kedalaman pemahaman dan merumuskan program yang terencana guna penanggulangan dan pencegahan HIV/AIDS.

## 2. Bagi Praktek Keperawatan

Tenaga kesehatan didorong untuk mengintegrasikan pengetahuan, mengimplementasikan pengetahuan, mengimplementasikan upaya preventif dan kuratif HIV/AIDS, sekaligus mengembangkan kapasitas (pemberdayaan) agar mampu menyediakan dukungan maksimal, yang merupakan kunci peningkatan kesejahteraan psikologis dan kenyamanan pada ODHA.

## 3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian berikutnya dianjurkan untuk tidak membatasi evaluasi dukungan sosial dan kesejahteraan psikologis dan kenyamanan ODHA hanya pada instrumen kuesioner, melainkan diperkaya dengan metode kualitatif, seperti observasi dan wawancara. Selain itu, akurasi data dukungan sosial diharapkan dapat ditingkatkan melalui pengambilan data kuesioner secara langsung dari populasi masyarakat di sekitar ODHA.



## DAFTAR PUSTAKA

- Abbas, Q., Nisa, M., Khan, M. U., Anwar, N., Aljhani, S., & Ramzan, Z. (2023). Brief cognitive behavior therapy for stigmatization , depression , quality of life , social support and adherence to treatment among patients with HIV / AIDS : a randomized control trial. *BMC Psychiatry*, 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05013-2>
- AD Arvinda. (2024). Hubungan Frekuensi Konsultasi Dengan Tingkat Kepatuhan Terapi Arv Pada Pasien Hiv/Aids Rumah Sakit Umum Cut Meutia Kabupaten. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., 4(2015), 7–34.
- Aliifah, D. A. (2024). *Psychological Well-Being Dengan Kecemasan Menghadapi Masa Depan (Future Anxiety) pada Mahasiswa Tingkat akhir*. <https://share.google/5zTqodm7ikXpF0IVt>
- Arsy, G. R., Purwandari, N. P., & Sari, M. F. (2023). *ASPEK KUALITAS HIDUP DAN SPIRITUAL ORANG DENGAN HIV / AIDS ( ODHA ) YANG MENJALANI PERAWATAN PALIATIF : LITERATURE REVIEW*. 10(2), 161–172.
- Arya, G., Arisudhana, B., Ririn, M., Wulandari, S., Risnawati, N. E., Putu, D., & Monica, C. (2022). *PEMBERDAYAAN MASYARAKAT MELALUI PEER SUPPORT GROUPDALAM MENINGKATKAN SUMBER DAYA PSIKOLOGIS POPULASI KUNCI HIV*. 2(September).
- Aurelina, R. (2020). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Terhadap Kadar Cluster of Differentiation 4 (Cd4) Pada Pasien Hiv/Aids. *Jurnal Medika Hutama*, 02(01), 308–313.
- Ayu, D., & Prameswari, N. (2024). *FAKTOR RISIKO YANG BERHUBUNGAN DENGAN HIV / AIDS DI INDONESIA : LITERATURE REVIEW*. 5(September), 7324–7334.
- Benny, G., Wirawan, S., Januraga, P. P., Agung, I. G., Mahendra, A., Putu, N., Harjana, A., Mahatmi, T., Luhukay, L., Rewari, B. B., Johnson, C., & Katz, D. A. (2021). *Perspectives on voluntary assisted partner notification among*

*providers , people with HIV and the general population in Indonesia : a formative qualitative study.* 1–9.

Canelas, C., & Samuels, F. (2025). *HIV / AIDS Knowledge and Behavioural Change Among Migrant Workers : Evidence from a Cross-Border Intervention in India* ,. 1–22.

Chelsie E Benca-Bachman, P. D. ., Dalora D Najera, M. A. ., , Keith E Whitfield, P. D. ., Janiece L Taylor, P. D. ., , Roland J Thorpe Jr., P. D. ., & , Rohan HC Palmer, P. D. (2020). No Title. *Quality and Quantity of Social Support Show Differential Associations with Stress and Depression in African Americans*, 139–148.

Chen, Z., He, K., Chen, Y., Zhang, X., Ye, Z., Xie, C., Luo, T., & Fu, X. (2024). *Sleep quality mediates the effect of medical social support on depression symptoms in patients with HIV / AIDS.* 1–11.

Deli Indah Lestari, Rizka Yunita, & Nafolion Nur Rahmat. (2023). Hubungan Konsep Diri Dengan Kesejahteraan Psikologis Pada Pasien Hiv/Aids Di Lembaga Cahaya Prolink Kabupaten Pobolinggo. *Jurnal Riset Rumpun Ilmu Kesehatan*, 2(2), 268–278. <https://doi.org/10.55606/jurrikes.v2i2.1760>

Ermawati U, Nani Nurhaeni, D. (2024). *Email Corespondention: 13(2)*, 30–42.

Fadillah Riszki, F. I. N. (2024). *Penerapan Metode K-Means Clustering untuk Klasifikasi Efek Samping Penggunaan Obat ARV pada Pasien HIV di Puskesmas* *JURNAL MEDIA INFORMATIKA [ JUMIN ]*. 6(2), 731–738.

Ge, R., Chen, L., Chen, W., He, L., Chai, C., Zhu, G., & Chen, Z. (2024). Comparison of human immunodeficiency virus-related risky sexual behaviors between men who have sex with men only and men who have sex with men and women : A cross-sectional study in Eastern China. *Preventive Medicine Reports*, 48(October), 102923. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2024.102923>

Gonzalez.A., Lemos.D., & M, P. (2022). *Social support and mental health in people living with HIV; A systematic review.*

Hardani. (2020). metode penelitian Hardani 2020. *Jurnal*, 40–57.

Hasanuddin, H., & Khairuddin, K. (2021). Dukungan Sosial, Penyesuaian Diri dan Kesejahteraan Psikologis pada Siswa SMA Negeri 2 Binjai. *Analitika*, 13(2),

148–155. <https://doi.org/10.31289/analitika.v13i2.5906>

Ikhlasul Amal, A., Issroviatiningrum, R., Raya Kaligawe Km, J., Kulon, T., & Tengah, J. (2022). Analisis Comfort dan Kualitas Tidur Orang Dengan HIV/AIDS The Analysis of Comfort and Sleep Quality Among People Living with HIV/AIDS (PLWHA). *Jurnal Kesehatan Terpadu (Integrated Health Journal)*, 13(2), 75–80.

Jahro, U. U., & Mulyana, D. S. (2023). *ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KUALITAS HIDUP ORANG DENGAN HIV / AIDS ( ODHA ) DI PUSKESMAS SERANG KOTA* Analysis of Factors Affecting the Quality of Life of People Living With HIV / AIDS ( PLHIV ) at The Serang Kota Health Center Sekolah Tinggi Ilmu Ke. 137.

Joyce M.Black & Jane Hokanson Hawks. (2014). *No Title* (Edisi 8, B). Elsevier.

Kemendes RI. (2022). *Mengenal Bahaya HIV AIDS, Penyebab, dan Cara Pengobatannya*. Novita Agustina, Ns, M.Kep, Sp.Kep.A. [https://www.jawapos.com/kesehatan/01422119/mengenal-bahaya-hiv-aids-penyebab-dan-cara-pengobatannya#google\\_vignette](https://www.jawapos.com/kesehatan/01422119/mengenal-bahaya-hiv-aids-penyebab-dan-cara-pengobatannya#google_vignette)

Kemendes RI. (2024). *Kemendes Catat 35 Ribu Kasus HIV Baru Sepanjang 2024*. 02 Desember. <https://search.app/WsrfzHxnjgxAQeG78>

Kenyamanan, K., & Pasantren, P. (2020). *The Concept of Student ' s Comfort on Islamic Boarding School*. 1(1), 16–22.

Koritelu, M. C., & Lahade, J. (2021). *Penerimaan diri dan kualitas hidup penderita hiv/aids di kota ambon* 1. 9(2), 263–274.

Kristyaningsih, T. (2020). *purposive sampling* . 35–43.

Lin, Y., Zhou, Y., & Chen, C. (2023). Interventions and practices using Comfort Theory of Kolcaba to promote adults ' comfort : an evidence and gap map protocol of international effectiveness studies. *Systematic Reviews*, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s13643-023-02202-8>

Mahamboro.B.D, Fauk.K.N, Ward.P.R., Merry.S.M., Siri.A.T, & M. L. (2020). *HIV stigma and moral judgement: Experiences amng married men living with HIV in Yogyakarta, Indonesia*. BMC Public Health.

Maria, W., Hutomo, P., Pramukti, I., & Sari, S. P. (2024). *Relationship Between*

*Age , Gender , and Marital Status with The Intention to Disclose HIV Status Among PLHIV Postgraduate Study Program , Faculty of Nursing Science , Universitas Padjadjaran , Bandung , West Java , Indonesia Faculty of Nursing Science , Universitas Padjadjaran , Bandung , West Java , Indonesia ( Correspondence author ' s email , iqbal.pramukti@unpad.ac.id ).* 17(4), 1166–1172.

Menggawanti, E., Faridah, I., & Afyanti, Y. (2021). *Nusantara Hasana Journal.* 1(1), 85–94.

Naufal, A. A. (2017). Ir - perpustakaan universitas airlangga. In *Pengaruh Garaa care terhadap tingkat kenyamanan lansia dengan psoriasis.* <https://share.google/5zTqodm7ikXpF0IVt>

Nisak, A. A. (2024). *Dukungan Sosial dengan Kebermaknaan Hidup pada Pasien ODHA.* 6(1), 10–20.

Novendra, I., Puspitasari, R., & Winarni, Iatri mei. (2021). Literature Review: Dukungan Sosial Menghadapi Masa Pensiun. *Journal of Health Research Science, 1*(1), 42–52. <https://doi.org/10.34305/jhrs.v1i1.298>

Nursalam. (2020). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pendekatan Praktis* (Edisi 5). Salemba Medika.

Nuzulia, A. (2023). Buku Saku Perawatan ODHA DI Rumah. *Angewandte Chemie International Edition, 6*(11), 951–952., 5–24.

Oga, E. A., Stockton, M. A., Abu-ba, G. R., Vormawor, R., Mankattah, E., Endresdighe, S., Richmond, R., Jeon, S., Logie, C. H., Banning, E., Saalim, K., Torpey, K., Nelson, L. E., & Nyblade, L. (2024). *Measuring intersectional HIV , sexual diversity , and gender non-conformity stigma among healthcare workers in Ghana : scale validation and correlates of stigma.* 1–11.

Pokhrel, S. (2024). No TitleEΛENH. *Ayanη, 15*(1), 37–48.

Pomalango, Z. B. (2023). *Penerapan Teori Keperawatan Comfort Katharine Kolcaba dalam Pemberian Asuhan Keperawatan Perioperatif.* 1(3), 118–127.

Prasetya, A. B. (2023). *Hubungan antara memaafkan dengan kesejahteraan psikologis orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Kendal.* 87(1,2), 1–42. <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/167638/341506>

.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0Ahttps://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/8314/LOEBLEIN%2C

LUCINEIA

CARLA.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0Ahttps://antigo.mdr.gov.br/saneamento/prooes

- Purwaningsih, I. E., Sugiarto, R., & Budiarto, S. (2023). *Kesejahteraan psikologis dalam hubungannya dengan kecemasan dan dukungan sosial*. 9(February), 1–16.
- Purwanto, E., Nur, S., & Afriyanti, L. (2024). *Faktor yang berhubungan dengan perilaku diskriminasi terhadap orang dengan HIV / AIDS*. 18(7), 821–829.
- Putra, A. C. M., & Muttaqin, D. (2020). Hubungan Antara Dukungan Sosial dengan Burnout Pada Perawat di Rumah Sakit X. *Psikostudia : Jurnal Psikologi*, 9(2), 82. <https://doi.org/10.30872/psikostudia.v9i2.3901>
- Putra, S., Syahrani Jailani, M., & Hakim Nasution, F. (2021). Penerapan Prinsip Dasar Etika Penelitian Ilmiah. *Jurnal Pendidikan Tambusai*, 7(3), 27876–27881.
- Putri, S. R. W. (2024a). *Hubungan Antara Dukungan Sosial Dan Penerimaan Diri Pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA)*. 1–81.
- Putri, S. R. W. (2024b). 濟無No Title No Title No Title. *Hubungan Antara Dukungan Sosial Dan Penerimaan Diri Pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA)*.
- Rahmawati, Y., Kusuma, I. K. A., Keperawatan, F. I., Islam, U., & Agung, S. (2023). *Gambaran kenyamanan pasien selama menjalani terapi hemodialisis*.
- Ramadhani, M. (2016). *Hubungan Dukungan Sosial Dengan Kualitas Hidup orang Dengan Hiv/aids (Odha) Di Yayasan Sadar Hati Malang* (p. 128). <https://repository.ub.ac.id/id/eprint/125971/>
- Safitri, A. (2022). *Pengaruh Dukungan Keluarga Terhadap Kualitas Hidup Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) di Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar*.
- Sari, S. (2021). Hubungan Antara Dukungan Sosial Dengan Kesejahteraan Psikologis Pada Mahasiswa Tingkat Akhir Di Universitas Islam Riau. *Prosiding Seminar Nasional Dan Call Paper*, 152–162. <https://repository.uir.ac.id/9148/>

- Senjaya, S., Sriati, A., & Maulana, I. (2022). *1,2,3,4*. 2(3), 1003–1010.
- Setyoningrum, U., Waluyo, U. N., Tengah, J., & Artikel, I. (2024). *Jurnal Keperawatan Berbudaya Sehat Gambaran Kualitas Hidup Orang dengan HIV / AIDS*. 2(2), 2–7.
- Sincihu, Y., Dinata, M., Ayu, D., & Dewi, L. (2023). *UPAYA PROMOTIF PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN HIV / AIDS DI TEMPAT KERJA*. 4(2), 1891–1896.
- Sofia A. Battisni Garcia; Nilmarie Guzman. (2023). No Title. *National Library of Medicine, Acquired Immune Deficiency Syndrom CD4+Count*.
- Srivani Nur Ismillah, Hendri Hadiyanto, A. M. (2024). *Hubungan Dukungan Sosial Dengan Kualitas Hidup Orang Dengan HIV / AIDS ( ODHA ) Di RSUD Sekarwangi* Srivani Nur Ismillah AIDS merupakan singkatan dari Acquired Immune Deficiency Syndrome yaitu suatu sindrom defisiensi imun yang diperoleh dan dapat disebabkan. 2(1).
- Sugiyono. (2014). *Statistika untuk Penelitian*. Alfabeta.
- Sugiyono. (2016). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Alfabeta.
- Sunardy, G. N., Abidin, F. A., & Qodariah, L. (2023). *Adolescents ' Psychological Well-being : Adaptation and Validation of the Brief Scale of Psychological Well-Being for Adolescents ( BSPWB-A ) in Indonesia Adolescents ' Psychological Well-being : Adaptation and Validation of the Brief Scale of Psychologic. December*.
- Sutini, S., Cahyati, W. H., Rahayu, S. R., & Semarang, U. N. (2020). *Socio-demographic Factors Associated with Loss to Follow up Anti Retro Viral Therapy among People Living with HIV and AIDS in Semarang City*. 5(3), 186–193.
- UNAIDS. (2023). *Understanding HIV and AIDS*.
- Utama, A. M. . (2022). *Hubungan Terapi Obat Antiretroviral (ARV) Terhadap Kadar Limfosit CD+4 Pada penderita HIV di Laboratorium Prodia Sunter*. 9, 356–363.
- Whindy Wildana Sakinah. (2021). *Faktor Yang Berhubungan Dengan Kualitas Hidup Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) di KlinikVCT puskesmas*

*Jumpandang Baru Kota Makassar Tahun 2021.*

- Yulianto, A. A., & Alhamdi, F. (2022). Jurnal Hasi Penelitian Dan Pengkajian Ilmiah Eksakta. *Jppie*, 01(01), 59–64.  
<http://jurnal.unidha.ac.id/index.php/jppie>
- Yumesri, Risnita, Sudur, & Asrulla. (2024). Etika Dalam Peneltian Ilmiah. *Journal Genta Mulia*, 15(2), 63–69.
- Zhang, W., Balloo, K., Hosein, A., & Medland, E. (2024). A scoping review of well-being measures: conceptualisation and scales for overall well-being. *BMC Psychology*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-024-02074-0>
- Zhang, X. W., Liao, B., Liang, J., He, W. J., Liu, J., Yang, Y., Zhang, Y. H., Ma, T., & Wang, J. Y. (2021). Social support status and associated factors among people living with HIV/AIDS in Kunming city, China. *BMC Public Health*, 21(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11253-2>
- Zuhroh, F., & Muhid, A. (2022). Peran Dukungan Sosial Terhadap Kualitas Hidup Pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) : Literatur Review. *Jurnal Ilmiah Psikologi Candrajiwa*, 7(1), 68. <https://doi.org/10.20961/jip.v7i1.60174>

