



HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP PADA ORANG DENGAN HIV DAN AIDS

Alva Cherry Mustamu^{1✉, 2}, Mardiana Nurdin², Intan Gumilang Pratiwi³

¹ Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Sorong, Indonesia

² Puskesmas Waisai, Raja Ampat, Indonesia

³ Jurusan Kebidanan, Poltekkes Kemenkes Mataram, Indonesia

✉ alvamustamu@gmail.com, Tlp: +285293134452

Genesis Naskah:

Diterima 18 Oktober 2018; Disetujui 10 Januari 2019; Di Publikasi 1 Februari 2019

Abstrak

HIV dan AIDS menjadi masalah disetiap negara sehingga perlu mendapatkan perhatian serius. Pada tahun 2016, terdapat 5.493 kasus HIV & AIDS di Provinsi Papua Barat, dimana 1.683 kasus berada di Kabupaten Sorong dengan HIV 884 orang, AIDS 553 orang, dan 246 orang telah meninggal. Sekitar 9-10 pasien terdeteksi HIV Di RSUD Kabupaten Sorong setiap bulannya. Dukungan keluarga pada ODHA yang sangat kurang memperburuk situasi penderita. HIV dan AIDS masih dianggap sebagai sosok menyeramkan, karena saat divonis sebagai ODHA yang terbayang adalah kematian. Oleh sebab itu, kualitas hidup penderita menjadi masalah dalam kehidupan mereka. Padahal, ODHA yang memiliki kualitas hidup tinggi dan coping yang efektif dalam menghadapi tekanan, dapat membantu mereka untuk tetap menjaga kesehatannya. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara dukungan keluarga dan kualitas hidup ODHA. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi potong lintang (cross sectional). Jumlah sampel sebanyak 30 orang pasien HIV & AIDS yang diambil menggunakan purposive sampling. Hasil uji spearman's rho didapatkan p value = 0,001 < α = 0,005 artinya terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada orang dengan HIV dan AIDS. Perlu menciptakan Intervensi keperawatan khusus dalam perawatan ODHA untuk meningkatkan kualitas hidup dan mengurangi stigma negatif dalam masyarakat yang secara tidak langsung berdampak pada keluarga dan ODHA.

Kata Kunci : Dukungan Keluarga, ODHA, Kualitas Hidup

FAMILY SUPPORT AND QUALITY OF LIVE FOR PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS

Abstract

HIV and AIDS are a problem in every country so it needs serious attention. In 2016, there were 5,493 cases of HIV & AIDS in West Papua Province, where 1,683 cases were in Sorong Regency with HIV 884 people, AIDS 553 people, and 246 people died. About 9-10 patients are detected HIV in Sorong District Hospital every month. Family support for people living with HIV / AIDS who are very less aggravating the patient's situation. HIV and AIDS is still considered a scary figure, because when convicted as an ODHA it is thought of death. Therefore, the quality of life of sufferers becomes a problem in their lives. In fact, PLWHA who have high quality of life and coping who are effective in facing pressure can help them to maintain their health. This study aims to determine the relationship between family support and quality of life for PLWHA. The method used in this research is cross sectional study. The number of samples of 30 HIV & AIDS patients taken using purposive sampling. Spearmans rho test results obtained p value = 0.001 < α = 0.005 which means that there is a relationship between family support and quality of life in people with HIV and AIDS. Need to create nursing interventions specifically in the care of PLWHA to improve the quality of life and reduce negative stigma in the community which indirectly affects families and PLWHA.

Keywords: Family Support, PIWHA, Quality Of Life

Pendahuluan

HIV dan AIDS menjadi masalah nasional, dan perlu mendapatkan perhatian serius dari semua pihak hampir disetiap negara (Burnet, 2014). Kasus HIV dan AIDS di Wilayah Papua Barat jumlah sebanyak 5.493 penderita dan jumlah kasus wilayah Kabupaten Sorong HIV dan AIDS Sebanyak 1.683 kasus, dimana HIV sebanyak 884 orang, AIDS 553 orang, dan yang telah meninggal tercatat 246 orang. Berdasarkan jenis kelamin yang terdeteksi HIV laki-laki mencapai 400 orang sedangkan perempuan berjumlah 484 orang lebih banyak di banding laki-laki. Sedangkan tahap AIDS laki-laki berjumlah 337 lebih banyak dibandingkan perempuan yang hanya berjumlah 216 kasus (BPS, 2017).

Kasus kematian akibat AIDS rang tercatat di RSUD Kabupaten Sorong yaitu laki-laki sebanyak 151 orang dan perempuan sebanyak 95 orang. Sekitar 9-10 pasien terdeteksi HIV setiap bulannya dan selama 2016 jumlah hiv yang terdeteksi positif baru, bejumlah 115 orang dan rata-rata kunjungan di poliklinik VCT RSUD Kabupaten Sorong perhari adalah 1 sampai 3 pasien (Poliklinik VCT RSUD Kabupaten Sorong, 2016).

Hampir 99 % orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) sering mengalami masalah baik secara fisik maupun psikologis antara lain: muncul stress, penurunan berat badan, kecemasan, gangguan kulit, frustasi, bingung, penurunan gairah kerja, perasaan takut, perasaan bersalah, penolakan, depresi bahkan kecenderungan untuk bunuh diri (Djoerban, 2015). Hal tersebut muncul akibat dukungan dan pemahaman terhadap perawatan ODHA sangat kurang serta ditambah dengan stigma masyarakat yang menganggap bahwa ODHA merupakan sosok yang menyeramkan karena siap untuk menghadapi kematian.

Sebenarnya, penyakit oportunistik pada ODHA biasanya akan cepat membaik, dengan

kenyamanan di rumah, dengan dukungan dari teman terutama keluarga karena mendapatkan kasih sayang, menghabiskan biaya lebih murah, menyenangkan, lebih akrab, dan membuat ODHA sendiri bisa mengatur hidupnya (Guoping Ji, et al, 2010). Inilah yang disebut dengan peningkatan kualitas hidup. Indikator standar kualitas hidup tidak hanya mencakup kekayaan dan lapangan pekerjaan, tetapi juga membangun lingkungan, kesehatan fisik dan mental, pendidikan, rekreasi, waktu senggang, dan milik sosial (Avabratha, 2011).

Hasil pengamatan yang dilakukan oleh peneliti di ruang poliklinik VCT (*Voluntary Conseling and Testing*) di RSUD Kabupaten Sorong serta wawancara dengan keluarga pasien ditemukan bahwa saat didiagnosa menderita HIV, ODHA lebih banyak menutup diri dan lebih emosional. Sedangkan keterangan lain dari ODHA didapatkan bahwa dukungan kurang didapatkan dari keluarga maupun teman karena mereka banyak menghindar ketika mengetahui penyakit yang dia derita.

Berdasarkan uraian diatas, peneliti tertarik untuk meneliti tentang apakah terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup ODHA yang diharapkan dapat menjadi masukan dalam bidang *family centered care nursing* pada penderita ODHA.

Metode

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain cross sectional yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antara dukungan keluarga dan kualitas hidup ODHA. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 30 ODHA yang berkunjung di poliklinik VCT RSUD Kabupaten Sorong pada bulan Maret-April 2017. ODHA dalam keadaan sakit fisik dan kejiwaan tidak diikuti dalam penelitian ini. Alat pengumpulan data untuk tiap variabel menggunakan kuesioner yang terdiri dari dukungan keluarga (20

Pertanyaan), kualitas hidup (15 pertanyaan). Hasil uji validitas (0,823-0,980>0,361) dan reliabilitas (0,961>0,361).

Hasil Penelitian dan Pembahasan

Hasil penelitian dalam penelitian ini dimulai dari karakteristik umum responden yaitu umur yang disajikan dalam tabel berikut ini:

Tabel 1 Distribusi frekuensi responden berdasarkan usia

| No | Usia | Kelompok | |
|-------|-------|----------|------|
| | | n | % |
| 1 | 17-25 | 1 | 3,3 |
| 2 | 26-35 | 26 | 86,7 |
| 3 | 36-45 | 3 | 10 |
| Total | | 30 | 100 |

Dari tabel 1 sebagian besar responden berusia 26-35 tahun yaitu sebanyak 86.7% dan yang paling sedikit berusia 17-25 tahun yaitu sebanyak 3.3%.

Tabel 2 Distribusi frekuensi responden berdasarkan status pernikahan

| Status pernikahan | (n) | (%) |
|-------------------|-----------|------------|
| Belum Menikah | 9 | 30 |
| Menikah | 15 | 50 |
| Janda atau Duda | 6 | 20 |
| Total | 30 | 100 |

Tabel 2 menunjukkan bahwa sebagian besar responden sudah menikah yaitu sebanyak 15 (50%) responden dan yang paling sedikit adalah responden yang janda atau duda.

Tabel 3 Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin

| Jenis Kelamin | (n) | (%) |
|---------------|-----|------|
| Laki-laki | 11 | 36,7 |
| Perempuan | 19 | 63,3 |
| Jumlah | 30 | 100 |

Tabel 3 menunjukkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 63,3%. Sedangkan laki-laki hanya 36.7 %

Tabel 4 Distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat pendidikan

| Pendidikan | (n) | (%) |
|------------------|-----|------|
| Tidak Sekolah | 3 | 10 |
| SD | 2 | 6,7 |
| SLTP | 4 | 13,3 |
| SLTA | 18 | 60 |
| Perguruan Tinggi | 3 | 10 |
| Jumlah | 30 | 100 |

Tabel 4 menunjukkan bahwa sebagian besar responden berpendidikan SLTA/SMA yaitu sebanyak 60%. Sedangkan responden yang paling sedikit berpendidikan SD yaitu sebanyak 6.7 % responden.

Tabel 5 Distribusi frekuensi responden berdasarkan pekerjaan

| Pekerjaan | (n) | (%) |
|---------------|-----|-----|
| Bekerja | 30 | 100 |
| Tidak Bekerja | 0 | 0 |
| Jumlah | 30 | 100 |

Tabel 5 menunjukkan bahwa seluruh responden memiliki pekerjaan yaitu sebanyak 100% responden.

Tabel 5 Distribusi frekuensi responden berdasarkan lama terdiagnosa

| Lama terdiagnosa | (n) | (%) |
|------------------|-----|------|
| 4 tahun | 9 | 30 |
| 3 tahun | 7 | 23,3 |
| 2 tahun | 12 | 40 |
| 1 tahun | 2 | 6,7 |
| Jumlah | 30 | 100 |

Tabel 5 menunjukkan bahwa sebagian besar responden telah terdiagnosa HIV dan AIDS 2 tahun yaitu 40% responden. Sedangkan paling sedikit responden telah terdiagnosa 1 tahun yaitu 2% responden

Tabel 6 Distribusi frekuensi responden berdasarkan dukungan keluarga

| Dukungan Keluarga | (n) | (%) |
|-------------------|-----|------|
| Baik | 19 | 63.3 |
| Kurang | 11 | 36.7 |
| Jumlah | 30 | 100 |

Tabel 6 menunjukkan bahwa sebagian besar responden mendapatkan dukungan keluarga baik yaitu sebesar 63.3% responden. Sedangkan 36.7% responden mendapatkan dukungan keluarga kurang

Tabel 7 Distribusi frekuensi responden berdasarkan kualitas hidup

| Kualitas Hidup | (n) | (%) |
|----------------|-----|------|
| Baik | 22 | 73,3 |
| Kurang | 8 | 26,7 |
| Jumlah | 30 | 100 |

Tabel 7 menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki kualitas hidup baik yaitu 73,3% responden. Sedangkan hanya 26.7 % responden yang memiliki kualitas hidup kurang.

Tabel 8. Hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup orang dengan HIV dan AIDS (ODHA)

| Dukungan keluarga | Kualitas hidup | | Total | P value | | |
|-------------------|----------------|------|-------|---------|----|-----|
| | Kurang | Baik | | | | |
| | f | % | f | % | n | % |
| Kurang | 6 | 20 | 5 | 80 | 11 | 100 |
| baik | 1 | 3.3 | 18 | 96.7 | 19 | 100 |

Tabel 8 menunjukan bahwa orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) yang mendapatkan dukungan keluarga yang baik akan memiliki kualitas hidup yang baik (96.7%). Sebaliknya, orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) yang mendapatkan dukungan keluarga kurang, akan memiliki kualitas hidup yang kurang (20%). Hasil uji *spearman's rho* didapatkan *p value* = 0,001 lebih kecil dari nilai $\alpha = 0,005$ maka disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada orang dengan HIV dan AIDS (ODHA)

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) yang terlibat dalam penelitian ini berusia 26-35 tahun, berjenis kelamin perempuan, dan sudah menikah. Hal ini disebabkan oleh meskipun struktur kemitraan seksual yang bergantung pada usia, perempuan muda memiliki resiko lebih tinggi tertular HIV dibandingkan laki-laki muda (Bershteyn et al, 2013; Ott MQ et al, 2011; Anderson RM et al, 1992; Gregson S et al, 2002 et al, Hallett TB, 2007).

Merujuk pada kebudayaan Papua, dalam penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh USAIDS-FHI yang bekerjasama dengan Lembaga Penelitian Universitas Cenderawasih menggunakan metode Etnografi dengan pendekatan Rapid Anthropological Assesment Procedures tentang Program seksualitas Orang Papua (Dumatubun, 2003) menemukan adanya hubungan antara aktivitas seksual dalam kebudayaan suku bangsa Marind-Anim dengan kasus epidemi AIDS di Merauke. Terdapat berbagai ritual seks bebas dikalangan suku bangsa Marind-Anim, khususnya pada umur muda. Dapat disimpulkan bahwa ODHA umur muda lebih berisiko berperilaku seksual tidak aman sehingga kurang dalam melakukan tindakan pencegahan penularan HIV dibandingkan dengan umur tua. Namun, dalam beberapa kasus umur tua dapat juga berperilaku seks berisiko.

Dalam penelitian sebelumnya juga menghipotesiskan bahwa pria yang lebih tua (>35 tahun) berisiko menularkan HIV yang tidak proporsional kepada wanita yang muda (<25 tahun) karena tingkat penggunaan kondom dan mempraktekan seks yang aman yang juga rendah (Maughan-Brown B et al, 2016; Pettifor AE et al, 2005; Luke N, 2005; Welz T, 2007; Beauclair R,

2016; Longfield K, 2004; Ritchwood, 2016)

Responden yang didapatkan dalam penelitian ini sebagian besar berpendidikan SLTA/SMA dan memiliki pekerjaan. Sebagian besar responden beragama Kristen protestan, telah terdiagnosa HIV dan AIDS 2 tahun. Tingkat pendidikan yang berkaitan erat dengan pengetahuan tidak menjamin aktifitas seksual seseorang. Pelajar dan mahasiswa perguruan tinggi tahu bahwa HIV merupakan penyakit menular namun tetap melakukan hubungan seks tidak aman pada saat dewasa muda seperti tidak menggunakan kondom dan suka berganti-ganti pasangan (Stine, 2011). Seharusnya, tingkat pendidikan yang tinggi dapat mengarah pada perkembangan sosiokognitif yang lebih kuat sehingga kemampuan untuk mengasimilasi informasi resiko yang menjadi lebih baik. Namun dapat menjadi fenomena yang berbeda akibat pendidikan yang bersifat protektif di sekolah memungkinkan mereka menjadi lebih liar sepulang sekolah dan bertemu dengan siapa saja yang dapat membuat mereka menjadi senang, termasuk penderita atau orang yang berisiko HIV (Bershteyn A et al, 2013; Longfield Ket al, 2004).

Terkait status pekerjaan, negara yang berpenghasilan rendah dilaporkan memiliki dampak yang sangat besar terhadap kejadian HIV (Larsen et al, 2008; Rosen et al, 2013). Sebaliknya, kejadian HIV pada Negara yang berpenghasilan tinggi hanya 42-62% (Worthington et al, 2012; Ezzy D et al, 1998). Bahkan di negara-negara dengan sistem perawatan kesehatan universal/terpadu, status sosial ekonomi termasuk status pekerjaan telah terbukti sebagai faktor risiko prognostik independen penyebab HIV (Delpierre C, et al, 2008; Dray-Spira R, 2007; Legarth R et al, 2014).

Temuan penelitian bahwa agama kristen lebih tinggi prevalensi HIV dibandingkan muslim maupun katolik tampaknya akibat muslim dan katolik kurang mungkin terlibat dalam perilaku seperti hubungan seks tidak aman karena stigmatisasi moral agama dan takut pembalasan ilahi. Struktur organisasi "gereja dan muslim" dari komunitas agama katolik dan Muslim mungkin juga telah menyediakan lingkungan sosial yang kuat untuk mempertahankan tekanan terhadap perilaku seksual yang dianggap tidak dapat diterima secara sosial. Dibandingkan dengan anggota agama kristen yang lebih mungkin untuk melakukan hubungan seks. Mengingat bukti etnografis bahwa Kristen merupakan agama yang terbesar di Papua Barat maka responden yang didapatkan pada saat penelitian sebagian besar beragama Kristen Protestan.

Dalam penelitian ini, proporsi ODHA yang telah lama menderita lebih besar. Patut di waspadai sebenarnya adalah proporsi ODHA baru. Munculnya angka kasus baru ini mungkin tidak representatif, karena bisa saja ODHA tersebut baru teridentifikasi atau berada dalam periode jendela, namun sebenarnya ia sudah terinfeksi HIV. Selama selang waktu belum teridentifikasi, ODHA dapat menularkan HIV dan menyebabkan fenomena gunung es terus terjadi.

Penelitian ini menemukan bahwa memiliki kualitas hidup ODHA baik karena mendapatkan dukungan keluarga baik dan keduanya memiliki keterkaitan. Kondisi fisik yang buruk, ancaman kematian, serta adanya tekanan sosial menyebabkan penurunan kualitas hidup ODHA. Penelitian Nojomi, dkk (2008) didapatkan bahwa mayoritas orang yang hidup dengan HIV/AIDS baik yang simptomatik maupun asimtomatik memiliki kualitas hidup yang

rendah. Kualitas hidup merupakan pandangan atau perasaan ODHA terhadap kemampuan fungsionalnya akibat terserang HIV dan AIDS seperti kesehatan fisik, kondisi psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, dan hubungan individu tersebut dengan lingkungannya (Fayers & Machin, 2007; WHOQOL-HIV Bref, 2002)).

Penurunan kualitas hidup bagi ODHA tampak dari ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Stigma dan diskriminasi menunjukkan adanya ketidaksetaraan dalam kehidupan sosial yang membuat ODHA tidak mau membuka diri dan bersosialisasi di lingkungan sekitarnya. Pasien dengan HIV/AIDS sangat rentan mengalami tanda dan gejala depresi mulai ringan sampai berat yang dapat menurunkan kualitas hidup (David & Brian, 2000)

Dukungan keluarga diperlukan untuk mendorong keberhasilan pengobatan ODHA. Sebagian besar ODHA membutuhkan keluarga untuk menemani mereka mengunjungi klinik VCT dalam rangka pengobatan. Selain itu, keluarga berperan untuk memantau dan mengawasi pasien serta menyemangati ODHA.

Masih banyak ODHA yang merasakan dukungan keluarganya kurang akibat tingginya stigma masyarakat yang secara tidak langsung mempengaruhi psikologi anggota keluarga. Hal yang terjadi adalah keluarga merasa dikucilkan yang berdampak pada penelantaran ODHA bahkan diisolasi dari lingkungan sosial.

Bisa saja faktor karakteristik mempengaruhi seperti perempuan yang cenderung malu di tempat pekerjaan maupun di masyarakat dan umur yang belum matang. Tingkat pendidikan yang tinggi malah membuat mereka semakin menarik diri karena kemampuan membayangkan masa depan setelah terkena HIV. Serta fenomena lain ketika berada di tempat pekerjaan seperti

menjadi tidak nyaman, diskriminasi hingga takut dipecat.

Penyakit HIV/AIDS identik dengan perilaku yang tidak sesuai dengan norma, seperti seks bebas, penyalahgunaan narkoba dengan jarum suntik, dan seks sesama jenis sehingga ODHA dianggap pantas mendapatkan hukuman dari perbuatannya tersebut. Selain itu, stigma juga terjadi akibat kurangnya pengetahuan masyarakat mengenai cara penularan HIV/AIDS.

Keluarga merupakan unit sosial terkecil yang berhubungan paling dekat dengan pasien karena merupakan sistem yang didalamnya terdapat anggota-anggota keluarga yang saling berhubungan dan saling ketergantungan dalam memberikan dukungan, kasih sayang, rasa aman, dan perhatian secara harmonis menjalankan peran masing-masing dalam rangka keberlangsungan hidup ODHA. Maka semua pihak dituntut agar memiliki tanggung jawab, pengorbanan, saling tolong menolong, kejujuran, saling mempercayai, saling membina pengertian dan damai dalam rumah tangga (Friedman, 2013).

Seharusnya, agama dapat digunakan sebagai pendekatan untuk meningkatkan kualitas hidup yang digunakan keluarga. Namun saat keluarga sudah terlanjur malu bahkan menarik diri, maka yang menjadi korban adalah penderita. Hasil penelitian Flora Ketsia Simboh (2014) menemukan bahwa keluarga yang mendukung ODHA memperoleh kualitas hidup yang baik dibandingkan dengan yang tidak mendukung.

Kesimpulan

Dukungan keluarga sangat dibutuhkan oleh ODHA sebagai *support system* atau sistem pendukung utama sehingga ia dapat mengembangkan respon atau coping yang efektif untuk beradaptasi dengan baik dalam menghadapi *stressor* terkait penyakitnya baik fisik, psikologis, maupun sosial. *Support system* yang baik akan meningkatkan kualitas hidup ODHA seperti meningkatkan kesehatan fisik, kondisi psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, dan hubungan individu tersebut dengan lingkungannya

Daftar Pustaka

- Anderson RM, May RM, Ng TW, Rowley JT. Age-dependent choice of sexual partners and the transmission dynamics of HIV in Sub-Saharan Africa. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 1992; 336:135–155.
- Asadullah M., Kamath R., Pattanshetty S., Andrews T., Nair N.S. 2011. Psychological impact on caregivers of HIV-infected children in Udupi district, Karnataka AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV, Volume 29, 2017 DOI:[10.1016/j.gmbhs.2011.08.001](https://doi.org/10.1016/j.gmbhs.2011.08.001)
- Badan Pusat Sattistik, 2107. Jumlah Kasus HIV, AIDS dan Kasus HIV yang Meninggal. Retrieved from <https://jayapurakab.bps.go.id/statictable/2017/07/28/21/jumlah-kasus-hiv-aids-dan-kasus-hiv-yang-meninggal-di-kabupaten-jayapura-2016-.html>.
- Beauclair R, Helleringer S, Hens N, Delva W. Age differences between sexual partners, behavioural and demographic correlates, and HIV infection on Likoma Island, Malawi. *Sci Rep* 2016; 6:36121.
- Bershteyn A, Klein DJ, Eckhoff PA. Age-dependent partnering and the HIV transmission chain: a microsimulation analysis. *J R Soc Interface* 2013; 10:20130613.
- Burnet Indonesia (Mac Farlane Burnet Institute for Medical Research and Public Health Limited). 2005. Buku Pegangan Konselor HIV, edisi 2. Retrieved from <https://www.burnet.internationalhealth.edu.au>
- David, F. R, & Brian, S. (2000). HIV & Psychiatry. Retrieved from <http://spiritia.or.id>.
- Delpierre C, Cuzin L, Lauwers-Cances V, Datta GD, Berkman L, Lang T. Unemployment as a risk factor for AIDS and death for HIV-infected patients in the era of highly active antiretroviral therapy. *Sex Transm Infect* 2008; 84:183–186.
- Djoerban, 2015. STATISTIK GLOBAL HIV DAN AIDS, 2015. Retrieved from <http://zubairidjoerban.org/statistik-global-hiv-dan-aids-2015/>.
- Dray-Spira R, Gueguen A, Ravaud JF, Lert F. Socioeconomic differences in the impact of HIV infection on workforce participation in France in the era of highly active antiretroviral therapy. *Am J Pub Health* 2007; 97:552–558.
- Ezzy D, de Visser R, Grubb I, McConachy D. Employment, accommodation, finances and combination therapy: the social consequences of living with HIV/AIDS in Australia. *AIDS Care* 1998; 10 (Suppl 2):S189–S199.
- Fayers, M., & Machin. (2007). Quality of Live. England: John Willey.
- Flora Ketsia Simboh, Hendro Bidjuni, Jill Lolong. 2015. Hubungan Dukungan Keluarga Bagi Kualitas Hidup Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Di Klinik VCT RSUD Bethesda GMIM Tomohon. *Jurnal Keperawatan* Vol 3, No 2 (2015) Retrieved from <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jkp/article/view/8080>.
- Friedman, M. M., Bowden, O., & Jones, M. (2003). Family Nursing: Theory and Practice. Ed. 3rd. Philadelphia: Appleton & Lange.
- Gregson S, Nyamukapa CA, Garnett GP, Mason PR, Zhuwau T, Carael M, et al. Sexual mixing patterns and sex-differentials in teenage exposure to HIV infection in rural Zimbabwe. *Lancet* 2002; 359:1896–1903.
- Hallett TB, Gregson S, Lewis JJ, Lopman BA, Garnett GP. Behaviour change in generalised HIV epidemics: impact of reducing cross-generational sex and delaying age at sexual debut. *Sex Transm Infect* 2007; 83 (suppl 1):i50–i54.
- Ji, G., Li, L., Lin, C., & Sun, S. (2007). The impact of HIV/AIDS on families and children -a study in China. *AIDS (London, England)*, 21(Suppl 8), S157. Retrieved from <http://doi.org/10.1097/01.aids.0000304712.87164.42>
- Larsen B, Fox MP, Rosen S, Bii M, Sigei C, Shaffer D, et al. Early effect of antiretroviral therapy on work performance: preliminary results from a cohort study of kenyan agricultural workers. *AIDS* 2008; 22:421–425.

- Legarth R, Omland LH, Kronborg G, Larsen CS, Pedersen C, Gerstoft J, et al. Educational attainment and risk of HIV-infection, response to antiretroviral treatment, and mortality in Danish HIV-infected patients. *AIDS* 2014; 28:387–396.
- Longfield K, Glick A, Waithaka M, Berman J. Relationships between older men and younger women: implications for STIs/HIV in Kenya. *Stud Fam Plann* 2004; 35:125–134.
- Luke N. Confronting the 'sugar daddy' stereotype: age and economic asymmetries and risky sexual behaviour in urban Kenya. *Int Fam Plan Perspect* 2005; 31:6–14.
- Maughan-Brown B, Evans M, George G. sexual behaviour of men and women within age-disparate partnerships in South Africa: implications for young women's HIV risk. *PLoS One* 2016; 11:e0159162.
- Ott MQ, Bärnighausen T, Tanser F, Lurie MN, Newell ML. Age-gaps in sexual partnerships: seeing beyond 'sugar daddies'. *AIDS* 2011; 25:861–863.
- Pettifor AE, Rees HV, Kleinschmidt I, Steffenson AE, MacPhail C, Hlongwa-Madikizela L, et al. Young people's sexual health in South Africa: HIV prevalence and sexual behaviours from a nationally representative household survey. *AIDS* 2005; 19:1525–1534.
- Ritchwood TD, Hughes JP, Jennings L, MacPhail C, Williamson B, Selin A, et al. Characteristics of age-discordant partnerships associated with HIV risk among young South African women (HPTN 068). *J Acquir Immune Defic Syndr* 2016; 72:423–429.
- Rosen S, Larson B, Rohr J, Sanne I, Mongwenyana C, Brennan AT, et al. Effect of antiretroviral therapy on patients' economic well being: five-year follow-up. *AIDS* 2013; 28:417–424.
- Stine, G. J. (2011). *AIDS update 2011*. New York: McGraw-Hill.
- Welz T, Hosegood V, Jaffar S, Batzing-Feigenbaum J, Herbst K, Newell ML. Continued very high prevalence of HIV infection in rural KwaZulu-Natal, South Africa: a population-based longitudinal study. *AIDS* 2007; 21:1467–1472.
- WHOQOL-HIV Bref. (2002). Quality of Live HIV Bref. Retrieved from <http://www.who.int/substance>
- Worthington C, O'Brien K, Zack E, McKee E, Oliver B. Enhancing labour force participation for people living with HIV: a multiperspective summary of the research evidence. *AIDS Behav* 2012; 16:231–243