

HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN PERCAYA DIRI PADA ORANG DENGAN HIV/AIDS (ODHA) DENGAN KEIKUTSERTAAN PELATIHAN BERKALA KELOMPOK DUKUNGAN SEBAYA

Retno Mardhiati

retno_m74@yahoo.co.id

Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. Hamka Jakarta

ABSTRACT

People with HIV need support of people in the vicinity. The purpose of this study is to prove the existence of a relationship of knowledge and confidence in people with hiv / aids (PLHIV) with the participation of periodic training peer support groups. This study is an observational study with a cross sectional approach. Cluster Sampling method was used in this research. Sampling was begun with randomly selecting 10 provinces and then randomly selecting the districts. Provinces were randomly selected in this study are North Sumatera, West Java, DKI Jakarta, East Java, West Kalimantan, South Sulawesi, Bali, NTB, NTT, and Papua. The number of samples of this study were 2015 people with HIV. Questionnaire used as an instrument Quantitative data were analyzed by univariate and bivariate comparison of proportions for analysis. The results of quatitative study showed that people with HIV received training had 3,2 times more confidence than people with HIV did not get training (95% CI 2,723 to 3,935). People with HIV who received training had 9,4 times more likely to have better knowledge than people with HIV who did not get training (95% CI 6,430 to 13,869).

Keywords : PLWHA, peer group, HIV

ABSTRAK

Odha membutuhkan dukungan orang-orang di sekitarnya. Tujuan penelitian ini adalah membuktikan adanya hubungan pengetahuan dan percaya diri pada orang dengan hiv/aids (odha) dengan keikutsertaan pelatihan berkala kelompok dukungan sebaya. Studi ini adalah studi observasional dengan pendekatan potong lintang. Metode sampling kluster diterapkan pada studi ini. Pengambilan sampel dimulai dengan melakukan seleksi secara random 10 provinsi di Indonesia dan kemudian dilakukan seleksi random pada kabupaten. Provinsi terpilih adalah Sumatera Utara, Jawa barat, DKI Jakarta, Jawa Timur, Kalimantan Barat, Sulawesi Selatan, Bali, NTB, NTT, dan Papua. Sampel pada penelitian ini adalah 2015 orang dengan HIV. Kuesioner digunakan sebagai instrumen pada studi yang dianalisis baik secara univariat maupun bivariat dengan membandingkan proporsi pada saat analisis. Hasil studi ini menunjukkan bahwa orang dengan HIV yang menerima pelatihan 3,2 kali lebih percaya diri daripada orang dengan HIV yang tidak mendapatkan training (CI 95% 2,273 – 3,935). Selain itu, orang dengan HIV yang menerima pelatihan 9,4 kali lebih baik pengetahuannya daripada orang dengan HIV yang tidak menerima pelatihan (95% CI 6,430 – 13,869).

Kata kunci: Odha, KDS, HIV

PENDAHULUAN

Fakta yang ada di Indonesia, dalam waktu tiap 25 menit terdapat satu orang baru terinfeksi HIV. Proyeksi akan berjalan secara cepat sehingga perlu dilakukan percepatan program penanggulangan HIV (UNICEF, 2012). Penanggulangan HIV dan AIDS secara terpadu, menyeluruh, dan berkualitas merupakan hal yang penting dilakukan untuk menghadapi peningkatan kasus HIV dan AIDS di Indonesia. Tujuan penanggulangan HIV dan AIDS salah satunya adalah meningkatkan kualitas hidup Odha (Kemenkes, 2013).

Mutu hidup Odha adalah kualitas hidup Odha sebagai seorang individu dalam konteks budaya dan nilai dimana Odha hidup yang berhubungan dengan tujuan hidup Odha, harapan, standar dan kecenderungan (Nirmal et al, 2008). Peningkatan mutu hidup Odha dipengaruhi banyak faktor, antara lain faktor lingkungan, kepatuhan minum ARV, kemiskinan, efek samping obat, kesejahteraan dan dukungan orang-orang sekitar (Jelsma et al, 2005) . Mutu hidup Odha menurut Spritia (2012), ada lima pilar yang menjadi ukuran minimal dalam mutu hidup Odha, yang terdiri dari memiliki rasa percaya diri, memiliki pengetahuan tentang HIV, memiliki akses dan menggunakan layanan dukungan pengobatan dan perawatan, tidak menularkan virus pada orang lain dan melakukan kegiatan positif. Kualitas Hidup Odha juga terdiri dari 6 domain yaitu fisik, psikologi, tingkat kemandirian, interaksi sosial, lingkungan dan spiritual (WHO, 2002).

Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) adalah kelompok yang berasal dari kumpulan Odha atau Ohida dengan tujuan kegiatan memberikan dukungan mental kepada Odha lain, terutama Odha yang baru mengetahui status HIV. Sampai dengan Desember 2010, 246 KDS telah terbentuk di 118 kabupaten atau kota di 22 provinsi. Upaya ini telah mampu mendukung lebih dari 17.000 ODHA hingga September 2010 (Spiritia, 2010).

Beberapa KDS menjadi KP (Kelompok Pengagas) yang membawahi beberapa KDS. Sistem manajemen dan organisasi KDS dan KP mendapatkan dukungan dari beberapa pihak di Indonesia, terutama pendanaan program KDS.

Salah satu kegiatan KDS yang sudah dilaksanakan adalah Pelatihan Berkala dalam rangka peningkatan mutu hidup Odha. Pelatihan berkala ini dikenal dengan istilah Study Club. Tujuan dari pelatihan berkala yang dilakukan oleh KDS adalah meningkatkan mutu hidup Odha melalui peningkatan pengetahuan terkait HIV/AIDS dan percaya diri pada Odha. Pelatihan berkala ini mengundang narasumber dari tenaga medis untuk memberikan topik yang sudah direncanakan secara berkala. Topik yang diberikan berkaitan dengan pengetahuan dasar HIV/AIDS, pengetahuan pengobatan, dan pengetahuan infeksi oportunistik. Pengetahuan HIV/AIDS meliputi pengetahuan tentang proses awal virus masuk ke dalam tubuh (infeksi HIV primer), pengetahuan tentang manfaat tes HIV, tes CD4, dan tes viral load, dan pengetahuan tentang cara pencegahan penularan HIV. Topik tentang pengobatan meliputi pengetahuan tentang ARV, dan kepatuhan minum obat: obat line satu dan line dua, serta efek samping obat, sedangkan pengetahuan infeksi oportunistik meliputi macam-macam infeksi oportunistik beserta gejala dan penanganannya.

Permasalahan yang ada adalah tidak ada evaluasi keberhasilan kegiatan pelatihan berkala yang dilakukan oleh KDS selama bertahun-tahun. Diharapkan pelatihan berkala ini memberikan dampak peningkatan pengetahuan dan percaya diri Odha. Namun kenyataan yang ada, kegiatan ini belum pernah dilakukan pengukuran terhadap apa yang diharapkan. Ruang lingkup evaluasi kegiatan pelatihan berkala ini adalah evaluasi keberhasilan kegiatan pelatihan berkala yang dilakukan oleh KDS di 10 provinsi (Sumatera Utara, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Timur,

Kalimantan Barat, NTB, NTT, Bali, Sulawesi Selatan, dan Papua).

SUBYEK DAN METODE

Metode yang digunakan dalam pengumpulan data adalah metode kuantitatif. Pada metode kuantitatif, desain yang digunakan adalah desain Cross Sectional atau potong lintang, di mana menurut Timmreck, Cross Sectional dapat mengkaji satu atau beberapa variabel sekaligus pada waktu yang sama. Pengumpulan data dengan menyebarkan angket pada 2015 Odha yang dilakukan pada tahun 2010.

Kriteria sampel adalah Odha yang sudah mengetahui status HIV-nya lebih dari 1 tahun. Teknik sampling yang digunakan adalah Cluster Sampling. Pada tahap pertama dipilih secara random 10 provinsi yaitu Sumatera Utara, Jawa Barat, DKI Jakarta, Jawa Timur, Kalimantan Barat, Sulawesi Selatan, Bali, NTB, NTT, dan Papua. Tahap kedua dipilih secara random kabupaten dari tiap provinsi. Jumlah kabupaten yang terpilih

53 kabupaten/kotamadya. Jumlah sampel sudah melebihi batas sampel minimal dan sudah memperhitungkan nilai error sampling. Setelah angket kembali dari Odha, berturut-turut dilakukan proses editing data, coding data, cleaning data, dan scoring data. Analisis kuantitatif yang dilakukan meliputi analisis deskriptif dan analitik.

HASIL

Hasil terdiri atas gambaran karakteristik Odha, gambaran pengetahuan Odha, gambaran percaya diri Odha, dan hasil analisis perbandingan beda proporsi pengetahuan dan percaya diri Odha pada Odha yang mengikuti kegiatan pelatihan berkala Club KDS dengan yang tidak mengikuti kegiatan pelatihan berkala KDS.

Karakteristik

Karakteristik responden terdiri dari umur, jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, pekerjaan, dan pengeluaran biaya konsumtif per-bulan.

Tabel 1. Karakteristik Odha

Karakteristik	Pelatihan Berkala (Studi Klub)			
	Mengikuti		Tidak Mengikuti	
	n	%	n	%
<i>Umur</i>				
20 – 29 tahun	391	38,4	376	43,6
30 – 39 tahun	557	54,8	435	50,4
40 – 45 tahun	69	6,8	52	6,0
<i>Jenis Kelamin</i>				
Laki-laki	696	64,9	604	64,6
Perempuan	376	35,1	331	35,4
<i>Status Pernikahan</i>				
Belum menikah	427	40,2	366	39,7
Menikah	448	42,2	397	43,1
Janda/Duda	186	17,5	159	17,2
<i>Pendidikan</i>				
Tidak tamat SMP	134	12,6	137	14,9
Tamat SMP	189	17,8	192	20,9
Tamat SMA	651	61,3	487	53,1

<i>Tamat D3/S1/S2</i>	88	8,3	102	11,1
<i>Pekerjaan</i>				
<i>Tidak bekerja</i>	292	27,4	282	30,8
<i>Karyawan swasta</i>	192	18,0	183	20,0
<i>PNS</i>	10	0,9	19	2,1
<i>Wiraswasta</i>	249	23,4	247	26,9
<i>Karyawan LSM HIV</i>	104	9,8	9	1,0
<i>Lain-lain</i>	218	20,5	177	19,3
<i>Pengeluaran</i>				
<i>≤ Rp 1.000.000,-</i>	563	56,6	446	56,5
<i>Rp 1.000.001 – Rp 1.500.000</i>	172	17,3	139	17,6
<i>Rp 1.500.001 – Rp 2.000.000</i>	163	16,4	106	13,4
<i>Rp 2.000.001 – Rp 2.500.000</i>	39	3,9	22	2,8
<i>Rp 2.500.001 – Rp 3.000.000</i>	33	3,3	33	4,2
<i>> Rp 3.000.000</i>	24	2,4	43	5,4

Tabel 1. Odha yang berumur 30-39 tahun (54,8%) lebih banyak yang mengikuti pelatihan berkala, sedangkan odha yang berumur 20-29 tahun (43,6%) lebih banyak yang tidak mengikuti pelatihan berkala. Komposisi odha laki-laki dan odha perempuan yang mengikuti pelatihan hampir sama dengan yang tidak ikut pelatihan. Demikian juga dengan komposisi odha dengan status pernikahan, tidak berbeda jauh antara yang ikut pelatihan dengan tidak ikut pelatihan. Odha yang mengikuti pelatihan berkala lebih banyak yang berpendidikan SMA (61,3%), sedangkan yang tidak ikut pelatihan lebih banyak berpendidikan tidak tamat SMA. Odha yang bekerja sebagai karyawan LSM HIV

lebih banyak yang mengikuti pelatihan berkala. Odha paling banyak memiliki pengeluaran Rp 1.000.000 kebawah, yang mengikuti pelatihan dan yang tidak mengikuti pelatihan.

Riwayat Status HIV

Sebagian besar odha melakukan tes HIV pertama kali karena sakit dan pernah dirawat di rumah sakit. Dan sebagian odha sudah memasuki masa status AIDS. Odha yang mendapatkan pelatihan lebih banyak yang sedang menjalani terapi. Odha tertular HIV paling banyak dari jarum suntik narkoba dan CD4 paling banyak dibawah 200. (Tabel 2.)

Tabel 2. Riwayat Status HIV

<i>Karakteristik</i>	<i>Pelatihan Berkala (Studi Klub)</i>			
	<i>Mengikuti</i>		<i>Tidak Mengikuti</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Alasan Tes HIV pertama kali</i>				
<i>Inisiatif sendiri</i>	326	30,6	293	32,2
<i>Karena sakit</i>	629	59,0	534	58,6
<i>Dipaksa</i>	21	2,0	12	1,3
<i>Lain-lain</i>	90	8,4	72	7,9
<i>Rawat Inap</i>				
<i>Ya</i>	696	64,9	604	64,6
<i>Tidak</i>	376	35,1	331	35,4

<i>Status AIDS</i>				
<i>HIV</i>	401	37,2	374	39,9
<i>AIDS</i>	676	62,8	564	60,1
<i>Status ARV</i>				
<i>Belum terapi</i>	208	19,6	285	31,3
<i>Pernah terapi</i>	5	0,5	11	1,2
<i>Sedang terapi</i>	850	80	615	67,5
<i>Cara tertular</i>				
<i>Tertular dari suami</i>	184	17,7	156	17,8
<i>Jarum suntik narkoba</i>	499	48,0	329	37,6
<i>Gay/Waria</i>	104	10	59	6,7
<i>Pekerja/pelanggan seks</i>	125	12	199	22,7
<i>Transfusi darah</i>	7	0,7	6	0,7
<i>Pacar</i>	120	11,5	126	14,4
<i>CD4</i>				
<i>> 200</i>	269	29,7	186	30,1
<i>≤ 200</i>	636	70,3	432	69,9

Pengetahuan HIV dan Pengobatan

Tabel 3. pengetahuan yang ditanyakan pada odha terdiri dari pengetahuan dasar tentang HIV dan pengetahuan tentang pengobatan. Pengetahuan dasar tentang HIV

lebih yang tinggi pada odha yang mengikuti pelatihan berkala. Demikian juga dengan pengetahuan pengobatan HIV, lebih tinggi pada odha yang mengikuti pelatihan berkala.

Tabel 3. Item Pengetahuan

Karakteristik	Pelatihan Berkala (Studi Klub)			
	Mengikuti		Tidak Mengikuti	
	n	%	n	%
Pengetahuan Dasar tentang HIV				
Cukup	18	1,7	144	15,6
Tinggi	1054	98,3	777	84,4
Pengetahuan Obat				
Cukup	26	2,4	174	19,0
Tinggi	1044	97,6	744	81,0

Hubungan Pengetahuan dan Percaya Diri

Tabel 4 menunjukkan perbandingan proporsi, di mana hasilnya ODHA yang percaya diri lebih banyak pada ODHA yang mengikuti pelatihan berkala (64,3%) daripada ODHA yang tidak mengikuti pelatihan berkala (35,5%). Hasil uji Chi Square menunjukkan ada perbedaan proporsi percaya diri secara

signifikan antara ODHA yang mengikuti pelatihan berkala (Study Club) dengan ODHA yang tidak mengikuti pelatihan dengan p_{value} 0,000. Hasil perhitungan Prevalensi Ratio (PR) menunjukkan ODHA yang mengikuti pelatihan berkala memiliki percaya diri 3,281 lebih tinggi daripada ODHA yang tidak mengikuti pelatihan berkala dengan 95% Confidence

Interval (CI) antara 2,723 sampai 3,953.

Perbandingan proporsi tentang pengetahuan HIV/AIDS menunjukkan proporsi ODHA yang memiliki pengetahuan HIV/AIDS yang baik, lebih banyak pada ODHA yang mengikuti pelatihan berkala (97%) daripada ODHA yang tidak mengikuti pelatihan berkala (77,5%). Hasil uji Chi Square menunjukkan ada perbedaan proporsi secara signifikan antara pengetahuan HIV/AIDS dengan keikutsertan

ODHA dalam pelatihan berkala dengan p_{value} 0,000. Hasil perhitungan Prevalensi Ratio (PR) menunjukkan ODHA yang mengikuti pelatihan berkala memiliki pengetahuan HIV/AIDS yang baik 9,444 kali lebih tinggi daripada ODHA yang tidak mengikuti pelatihan berkala dengan 95% Confidence Interval (CI) antara 6,430 sampai 13,869. Peran kelompok dukungan sebaya terhadap mutu hidup ODHA dapat dilihat pada Tabel 4 di bawah ini.

Tabel 4. ODHA Berdasarkan Pengetahuan HIV/AIDS dan Percaya Diri dengan Mengikuti Pelatihan Berkala atau Study Club

Variabel	ODHA				PR (95 % CI)	Pvalue
	Mengikuti Pelatihan Berkala (Study Club)		Tidak Mengikuti Pelatihan Berkala (Study Club)			
	n	%	n	%		
Percaya Diri - Percaya diri - Kurang Percaya diri	680	64,3	315	35,5	3,281 (2,723-3,953) 1	0,000
	377	35,7	573	64,5		
Pengetahuan HIV - Baik - Kurang Baik	1038	97,0	711	77,5	9,444 (6,430-13,869) 1	0,000
	32	3,0	207	22,5		

DISKUSI

Hardiansyah dkk (2013) menemukan Odha yang memiliki kualitas hidup kurang baik (52,4%) lebih banyak daripada yang memiliki kualitas hidup yang baik. Odha memiliki kualitas hidup yang kurang baik pada domain fisik (61,9) lebih banyak daripada yang baik. Domain psikologi, Odha lebih banyak memiliki kualitas hidup yang kurang baik (76,2%). Domain interaksi sosial dan domain lingkungan, Odha Odha lebih banyak memiliki kualitas hidup yang kurang baik (61,9%). Hanya domain tingkat kemandirian dan domain spiritual, kualitas hidup Odha lebih banyak

yang baik daripada yang kurang baik. Ada tiga domain yang memiliki nilai total skor diatas angka median yaitu fisik, tingkat kemandirian, dan spiritual. Sedangkan domain psikologi, interaksi social, dan lingkungan dibawah nilai median. Odha merasa aman berada di lingkungan tempat tinggalnya dengan cara tidak menghindari, mengasingkan serta tidak menolak keberadaannya, memberikan dukungan kepada Odha berupa pemberian informasi, bantuan jasa atau materi. Percaya diri seringkali digunakan untuk mengukur mutu hidup. Menurut Self Perceived Quality of Life/SPQL (Trakhtenberg, 2008), kebutuhan

untuk keselamatan dan keamanan; rasa dicintai dan dimiliki; merasa dihargai; merasa bangga; merasa dihormati; dan memiliki percaya diri; merupakan bagian dari SPQL.

Membuka status HIV akan dilakukan oleh Odha, jika persepsi adanya keselamatan dan keamanan ketika membuka status HIV. Kemungkinan lain yang mempengaruhi Odha untuk membuka status HIV kepada orang lain, yaitu adanya rasa ketakutan untuk ditolak oleh keluarga, tidak lagi dihormati di lingkungannya. Orang dengan HIV cenderung untuk memberitahukan orang terdekatnya jika mereka merasa bahwa manfaat dari membuka status HIV lebih besar daripada kerugian yang akan dialami (Serovich, 2001). Mengungkapkan status HIV-positif dapat menghasilkan keuntungan emosional, fisik, dan sosial. Manfaat emosional meliputi dukungan sosial, bantuan yang berasal dari berbagi rahasia yang memberatkan, dan imbalan dari memberikan pengetahuan pada orang lain. Alasan untuk menjaga status HIV yang diidentifikasi adalah takut ditolak, takut diberikan stigma oleh orang lain, takut privasinya dilanggar dan menyalahkan diri sendiri (Swendeman, 2006). Manfaat individu yang mungkin diterima oleh seorang perempuan dari membagi hasil tes dengan pasangannya harus diseimbangkan dengan risiko potensial yang akan dialami oleh seorang perempuan jika ia membuka statusnya. Risiko potensial dari membuka status HIV kepada pasangan seksual termasuk: kekerasan atau ditinggal oleh pasangan. Selain itu, risiko potensial yang akan diterima adalah kehilangan dukungan ekonomi, disalahkan, ditinggal oleh pasangan, kekerasan fisik dan emosional, diskriminasi, dan gangguan dalam hubungan keluarga.

Kepercayaan diri telah terbukti berdampak pada praktik kesehatan serta adaptasi kepada penyakit dan pengobatan. Kepercayaan diri sebagai keyakinan seseorang bahwa ia dapat menjalankan perilaku yang diperlukan

untuk menghasilkan hasil yang diinginkan. Peningkatan kepercayaan diri telah dikaitkan dengan peningkatan terhadap kepatuhan, peningkatan perilaku perawatan diri, dan penurunan gejala fisik dan psikologis. Temuan dari beberapa area studi menunjukkan bahwa dampak dari intervensi terapeutik terhadap perilaku kesehatan sebagian dimediasi oleh perubahan terhadap kepercayaan diri

KDS melakukan pelatihan berkala untuk meningkatkan pengetahuan dan rasa percaya diri sesuai dengan prinsip menolong sebagai bagian dari terapi yang mengusulkan bahwa ada empat manfaat yang signifikan kepada Odha yang memberikan atau menerima yaitu (a) peningkatan rasa kompetensi interpersonal sebagai hasil dari membuat dampak pada kehidupan orang lain, (b) mengembangkan rasa kesetaraan karena memberi dan menerima antara dirinya sendiri dan orang lain; (c) rekan sebaya yang membantu mendapat pengetahuan personal yang baru sementara membantu rekan sebaya; dan (d) orang yang menolong menerima persetujuan sosial dari orang yang mereka bantu (Salzer and Shear, 2002).

KESIMPULAN

Odha yang mendapatkan pelatihan berkala lebih tinggi pengetahuan tentang HIV dasar dan pengobatannya. Secara keseluruhan, ada hubungan signifikan antara pengetahuan Odha dengan keikutsertaannya dalam pelatihan berkala yang diselenggarakan oleh Kelompok Dukungan Sebaya ($P_{\text{value}} 0,000$). Dan ada hubungan signifikan antara percaya diri Odha dengan keikutsertaannya dalam pelatihan berkala yang diselenggarakan oleh Kelompok Dukungan Sebaya ($P_{\text{value}} 0,000$).

SARAN

Kelompok dukungan sebaya memberikan pelatihan berkala pada Odha secara terprogram dan bersifat kontinyu telah memberikan dampak yang positif terhadap

perkembangan pengetahuan dan percaya diri Odha, sehingga perlu dilakukan kerjasama dengan lintas lembaga lain dalam pengadaan kegiatan pelatihan berkala tersebut, untuk meningkatkan kualitas pelatihan berkala yang diadakan.

DAFTAR PUSTAKA

Badan Pusat Statistik, 2009. *Kumulatif Kasus AIDS, Kasus Meninggal, Rate Kumulatif, dan Jumlah Kasus Baru AIDS*.

<https://www.bps.go.id/linkTabelStatis/view/id/1569> diakses pada tanggal 2 Maret 2014

Handayani Y.S., Djoerban Z., Irawan H, 2012. *Quality of Life People Living with HIV/AIDS: Outpatient in Kramat 128 Hospital Jakarta*. Acta Med Indones-Indones J Intern Med Vol 44, Number 4

Hardiansyah, Amiruddin R., Arsyad D.S, 2013. *Kualitas Hidup Orang Dengan HIV dan AIDS Di Kota Makassar*

Quality of Life People Living with HIV and AIDS In Makassar. <http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/10736/HARDIANSYAH%20K11110602.pdf?sequence=1> diakses pada 11 April 2016

Jelsma J., Maclean E., Hughes J., Tinise X., Darder M, 2005. *An Investigation into the Health - Related Quality of Life of Individuals Living with HIV who are Receiving HAART*. AIDS Care (0) 1-10

Kementerian Kesehatan RI, 2008. *Laporan Riset Kesehatan Dasar 2007*. Jakarta : Kementerian Kesehatan

Kementerian Kesehatan RI, 2013. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2013 Tentang Penanggulangan HIV dan AIDS*. Jakarta : Kementerian Kesehatan

Kementerian Kesehatan RI, 2011. *Pedoman Nasional Tatalaksana Klinis Infeksi HIV dan Terapi Antiretroviral pada*

Orang Dewasa. Jakarta : Kementerian Kesehatan

Komisi Penanggulangan HIV/AIDS Nasional. 2010. *Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS 2010 - 2014*, Jakarta: Komisi Penanggulangan HIV/AIDS Nasional

Nirmal B, Divya KR, Dorairaj VS, *Quality Of Life In HIV/AIDS Patients: A Cross-Sectional Study In South India*. Indian J Sex Transm Dis. 2008;29:15-7.

Serovich, J. M, 2001. *A Test of Two HIV Disclosure Theories*. AIDS Education and Prevention. 13. Page : 355-364.

Spiritia, 2010. *Pedoman Kelompok Dukungan Sebaya dan Kelompok Penggagas di Indonesia*. Jakarta.

Spiritia 2012. *Laporan Tahunan 2012*. Jakarta : Spiritia

Salzer, M., & Shear, S. L. (2002). "Identifying consumer-provider benefits in evaluations of consumer-delivered services." *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25, 281-288.

Swendeman, D., Rotheram-Borus, M. J., Comulada, S., Weiss, R., & Ramos, M. E. 2006. Predictors of HIV-Related Stigma among Young People Living with HIV. *Health Psychology*. 25. 4. Page : 501-509.

Trakhtenberg, E.C. 2008. *Self-Perceived Quality of Life Scale: Theoretical Framework and Development*. Presentation at the annual meeting of the American Psychological Association, Boston, Massachusetts

UNAIDS, 2008. Report On The Global AIDS Epidemic. http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/globalreport/2008/jc1510_2008globalreport_en.pdf diakses pada tanggal 2 Maret 2014

UNICEF Indonesia, 2012. Respon terhadap HIV dan AIDS. <http://www.unicef.org>

org/indonesia/id/A4_-_B_Ringkasan_Kajian_HIV.pdf diakses pada tanggal 1 Maret 2014

WHO, 2002. *Scoring and Coding for the WHOQOL-HIV Instruments Mental Health. Geneva: Evidence And Research Department Of Mental HealthAnd Substance Dependence World Health Organization*