

**HUBUNGAN ANTARA KEBERSYUKURAN DENGAN
KUALITAS HIDUP PADA ODHA**

SKRIPSI

Diajukan Kepada Program Studi Psikologi

Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya Universitas Islam Indonesia

untuk Memenuhi Sebagian dari Syarat-syarat Guna Memperoleh

Derajat Sarjana S1 Psikologi



Oleh :

IQMA DIAH FIRDAYANTI

14320121

PROGRAM STUDI PSIKOLOGI

FAKULTAS PSIKOLOGI DAN ILMU SOSIAL BUDAYA

UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA

YOGYAKARTA

2018

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi Dengan Judul:

**HUBUNGAN ANTARA KEBERSYUKURAN DENGAN
KUALITAS HIDUP PADA ODHA**

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji Skripsi Fakultas Psikologi dan Ilmu
Sosial Budaya Universitas Islam Indonesia untuk Memenuhi Sebagian Dari
Syarat-syarat Guna Memperoleh Derajat Sarjana S-1 Psikologi



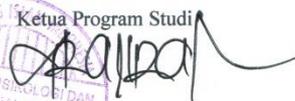
Mengesahkan,

Program Studi Psikologi

Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya

Universitas Islam Indonesia

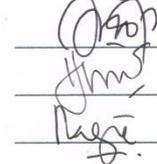
Ketua Program Studi


Mira Altza Rachmawati, S.Psi., M.Psi.

Dewan Penguji

1. Rr. Indah Ria Sulistyarini, S.Psi., MA., Psi.
2. Yulianti Dwi Astuti, S.Psi., M.Soc. Sc.
3. Libbie Annatagia, S.Psi., M.Psi.

Tanda Tangan



PERNYATAAN ETIKA AKADEMIK

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Iqma Diah Firdayanti

No. Mahasiswa : 14320121

Program Studi : Psikologi

Judul Skripsi : Hubungan Antara Kebersyukuran dengan Kualitas Hidup
pada ODHA

Melalui surat ini saya menyatakan bahwa:

1. Selama melakukan penelitian dan pembuatan laporan penelitian skripsi saya tidak melakukan tindakan pelanggaran etika akademik dalam bentuk apapun, seperti penjiplakan, pembuatan skripsi oleh orang lain, atau pelanggaran lain yang bertentangan dengan etika akademik yang dijunjung tinggi Universitas Islam Indonesia. Karena itu, skripsi yang saya buat merupakan karya ilmiah saya sebagai penulis, bukan karya jiplakan atau karya orang lain.
2. Apabila dalam ujian skripsi saya terbukti melanggar etika akademik, maka saya siap menerima sanksi sebagaimana aturan yang berlaku di Universitas Islam Indonesia.
3. Apabila dikemudian hari, setelah saya lulus dari Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya, Universitas Islam Indonesia ditemukan bukti secara meyakinkan bahwa skripsi ini adalah karya jiplakan atau karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi akademis yang ditetapkan Universitas Islam Indonesia.

nyatakan,

Iqma Diah Firdayanti

HALAMAN PERSEMBAHAN

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Alhamdulillah segala puji bagi Allah *ta'ala*, *Ilah* yang berhak disembah dan tidak ada sekutu bagiNya. Sesungguhnya kerajaan dan segala pujian adalah milik Allah *ta'ala* semata. Dia-lah yang berkuasa atas segala sesuatu. Atas berkat rahmat dan ridho Allah *ta'ala*, penulis dapat menyelesaikan penulisan skripsi dengan baik.

Shalawat dan salam penulis sanjungkan kepada Nabi Muhammad SAW, keluarga, dan sahabatnya. Semoga kelak penulis mendapatkan syafaat beliau di *yaumul akhir*.

Skripsi penulis persembahkan kepada:

Bapak dan Ibu Tersayang

Atas segala cinta, kasih sayang, perhatian, pengertian, pengorbanan, kebaikan, nasihat, doa-doa tulus, dan segalanya yang selalu kalian beri dan usahakan untuk putri kecil kalian ini, sehingga Allah ridho kemudahan dan kebaikan dalam hidup bisa Iqma rasakan.

Kakak-kakaku tersayang, Iqbal, Iqmam, dan Iqmal

Atas segala cinta, kasih sayang, perhatian, penjagaan, dukungan, kebaikan-kebaikan, omelan, pertengkaran, ejekan, dan perjuangan kalian dalam hidup yang menjadi panutan bagi si bungsu ini.

HALAMAN MOTTO

Bukankah Kami telah melapangkan untukmu dadamu?. Dan Kami telah menghilangkan daripadamu bebanmu. Yang memberatkan punggungmu?. Dan Kami tinggikan bagimu sebutan (nama)mu. Karena sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan. Sesungguhnya sesudah kesulitan ada kemudahan. Maka, apabila kamu telah selesai (dari sesuatu urusan), kerjakanlah dengan sungguh-sungguh (urusan) yang lain. Dan hanya kepada Tuhanmulah hendaknya kamu berharap.

(Q.S Al Insyirah : 1-8)

Al jaza ul ihsan, illal ihsan.

Tiada balasan bagi kebaikan kecuali kebaikan.

*“When someone tells you it cant be done. Its more a reflection of THEIR
LIMITATIONS, NOT YOURS”*

(Alfawaaid.blogspot.com)

“Become expert needs unlimited efforts”

(Iqma Diah Firdayanti)

PRAKATA

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarokatuh

Alhamdulillahilladzi bi ni'matihi tatimmush sholihaat, segala puji bagi Allah yang dengan nikmatNya sempurnalah seluruh kebaikan. Atas segala rahmat dan karunia Allah ta'ala, yang telah memberikan kekuatan, kesabaran, kemudahan dan hikmah-hikmah penyemangat hidup sehingga penulis dapat menyelesaikan karya sederhana yang berupa skripsi ini.

Penulis menyadari, selama proses penyusunan skripsi ini banyak pihak yang telah memberikan banyak bantuan berupa dukungan, motivasi, nasihat, bimbingan, dan doa. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Bapak Dr.rer.nat Arief Fahmi, MA.,Psikolog, selaku Dekan Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya Universitas Islam Indonesia.
2. Ibu Mira Aliza Rachmawati, S.Psi., M.Psi. selaku Ketua Program Studi Psikologi Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya.
3. Ibu Rr. Indah Ria Sulistyarini, S.Psi., MA., Psi. selaku Dosen Pembimbing Skripsi, yang telah memberikan waktu, perhatian, bimbingan, nasihat, motivasi, dan inspirasi. Terimakasih banyak Bunda, semoga Allah ta'ala selalu menjaga Bunda dan keluarga. Bunda, *Alhamdulillah, how lucky iam for having you as my DPS* 😊
4. Ibu Ratna Syifa'a Rachmahana, S.Psi., M.Si., selaku Dosen Pembimbing Akademik, yang telah mendampingi dan memberikan bimbingan serta

memberikan nasihat-nasihat positif selama saya menjadi mahasiswa aktif di FPSB ☺

5. Bapak/Ibu Dosen Penguji Skripsi yang telah bersedia meluangkan waktu untuk menguji, membimbing, dan mengarahkan penulis dalam proses penyelesaian skripsi ini.
6. Bapak/Ibu Dosen Fakultas Psikologi yang telah menjadi inspirasi bagi penulis. Terimakasih Bapak dan Ibu dosen sekalian..sungguh betapa beruntung saya mendapatkan ilmu dari insan-insan cendekia yang tidak hanya fokus berilmu psikologi namun juga berdakwah firman Alloh dan sabda RosulNya disetiap kuliah berlangsung. Semoga Alloh ta'ala selalu menjaga Bapak dan Ibu sekalian dalam agamaNya ☺
7. Keluarga tercinta, Muhrir Squad. Bapak, Ibu, Mas Iqbal, Mas Iqmam, Mas Iqmal, Mba Indah, Mba Zizah, Mba Lisa, Zio, Faiha, Thalita dan Ara. Terimakasih sudah menjadi garda terdepan untuk menjaga dan melindungi Iqma, baik secara fisik maupun melalui doa-doa indah kalian yang terwujud menjadi segala kemudahan hidup yang Iqma rasakan. Bapak, Ibu terimakasih atas segala perjuangan dan pengorbanan..terutama ketika Iqma menempuh kuliah ini, terimakasih untuk kunjungan-kunjungan ke Jogja yang selalu mendadak namun sangat berarti. Terimakasih untuk ikhlas mendampingi dan membimbing putri kecilmu ini mencari jati diri, merantau, dan belajar di bumi Alloh. Ibu, Bapak, Kakak-kakaku terimakasih sudah selalu membantu si bungsu ini bila mengalami kesulitan, dan kebingungan melangkah. Terimakasih, sungguh terimakasih juga buat kakak-kakak iparku, atas segala

dukungan dan motivasinya, atas segala curhatannya. Terimakasih Zio, Faiha, Thalitha, dan Ara yang selalu menjadi *mood booster* untuk tante Ima. Alhamdulillah, terimakasih keluargaku, untuk menerimaku apa adanya, untuk segala pengertian, pengorbanan, keikhlasan mencintai satu sama lain. *I build you guys, a home in my heart*. YaAllah, berkahilah keluargaku, semoga engkau selalu memberikan kasih sayang dan ridhoMu kepada kami semua dan semoga engkau ridho kami selalu bersama hingga ke jannahMu nanti. Aamiin.

8. Terimakasih juga untuk keluarga keduaku, Mama, Bapa, Lulu, dan Dado. Kepada Mama terimakasih sudah merawatku, sudah hadir dikeluargaku bahkan sebelum aku lahir hingga sekarang. Terimakasih atas segala kebaikan hati, kesabaran, dan keikhlasan mengasuhku dari kecil....Kepada Lulu terimakasih sudah menjadi kakak perempuan pertama untukku, menjadi teman ngobrol, diskusi, dan semuanya. Makasih juga Bapa, Dado. Semoga kelak kita bisa berkumpul hingga ke JannahNya Allah, Aamiin☺
9. Untuk Aa. Alhamdulillah, terimakasih atas segala waktu, kesempatan, pengertian, dukungan, perjuangan, pengorbanan, dan bantuannya selama ini. Makasih juga atas segala omelan, masukan, nasihatnya ya. Semoga segala cita-cita dan harapan kita dapat terwujud. Aamiin. *Hey partner, lets do our plans together, always together until Jannah ☺*
10. Kesayanganku, Raharjiati Arbunigtiyas dan Wilda Rizkina Ulfa. Yas, makasih atas super, duper, ultimate friendship ini^^ sahabat dari kecil, sahabat dari TK, sahabat separuh usia, semoga 17 tahun persahabatan kita ini

akan selalu berlanjut hingga ke JannahNya. Jangan pernah bosan sama aku ya wkwkwkw. Wildaku, teman sebangku SMA 2tahun, teman diskusi, teman bercenayang, teman yang bisa diajak ngobrol semua hal, teman yang baik sekali, teman yang membuatku merasa begitu berharga dan bermakna. I really grateful to meet you guys, Tiyas dan Wilda. Semoga Allah selalu jaga kalian. Sampe SurgaNya Allah ya kita temenannya ☺

11. Kesayangan-kesayangan aku yang lain, Isma, Prima, dan Aufa. My besties until jannah. Terimakasih sudah mewarnai hari-hariku dengan persahabatan kita sejak masa putih abu-abu. Semoga kalian selalu dalam lindungan Allah. I build you a home in my heart guys☺
12. Kesayangan-kesayanganku Kiki, Mahda, Moni, dan Kak Tiyas. Makasih atas persahabatan yang terjalin sejak awal menjejakkan kaki di FPSB. Terimakasih sudah menjadi sahabat perjuangan dan salah satu alasan betah di Jogja. Barakallah gengs, semoga sampe jannahNya Allah ya kita temenannya. Semoga kita tetep bisa keep in touch walaupun udah sibuk sama urusan masing-masing ya! I love youuuuu kikikkkk, monaaay, mahdatulll,. Katiyaaaaas ☺
13. Partner skripsiku, anak Koto Baru, Tanah Kampung, Sungai Penuh, Jambi. Anak pedalaman yang merantau ke Jogja, Lusiana Agustin. Makasih beb, atas persahabatan kita. MasyaAllah banyak banget pelajaran yang kamu kasih ke aku beb. *The real* minyak wangi deh pokoknya. Terimakasih untuk segala pengalaman kece dan ajaib selama kita kenal, WKWKWK. Aaaaaaaaah, *i will miss you so bad*. Terimakasih untuk selalu mengajarkanku mencintai

Alloh, mengagumi rosul, berbakti dengan orangtua dengan kebaikan akhlaqmu sehingga akupun selalu mendapatkan semerbak wangi kebaikanmu. Terimakasih untuk menjadi penyemangat di tahun-tahun terakhir kuliah ini. Semoga kita bisa mencapai cita-cita dan terget kita ya Beb, dengan ridho Alloh disetiap jalan yang akan ditempuh tentunya..AYOLAH, LETS DO OUR HALAL DOUBLE DATE WITH OUR PARTNER MASING2! :P

14. Terimakasih juga pada beberapa orang yang menginspirasi, mengubah pandangan hidup, dengan caranya sendiri, Burhan, Agung, Faiq, Kukuh, Minfang, adekku Meli, teh Ridha, mbak Zia, mbak Dery, Desinta, Afifah, Rosita, adekku Devi Noviyanti, adekku Della, Alin, dan teman terclumsky Devi Novitasari. Terimakasih, semoga Alloh senantiasa menjaga kalian dimanapun kalian berada. Terimakasih segala cerita dan inspirasinya.
15. Makasih Mbak Emi dan KDS Solo Plus, atas pelajaran hidupnya, atas kerjasamanya.
16. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, yang telah membantu dan mendo'akan penulis. Semoga Allah membalas semua kebaikan dengan balasan yang sebaik-baiknya. Aamiin

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Yogyakarta, Februari 2018

Iqma Diah Firdayanti

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
HALAMAN PERNYATAAN.....	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iv
HALAMAN MOTTO	v
PRAKATA	vi
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
INTISARI	xvii
BAB I PENGANTAR	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Tujuan Penelitian	6
C. Manfaat Penelitian	7
D. Keaslian Penelitian	7
1. Keaslian Topik	8
2. Keaslian Teori	9
3. Keaslian Alat Ukur	9
4. Keaslian Responden.....	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	11
A. Kualitas Hidup.....	11

1. Definisi Kualitas Hidup	11
2. Aspek-aspek Kualitas Hidup	12
3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup	13
B. Kebersyukuran.....	16
1. Definisi Kebersyukuran.....	16
2. Aspek-aspek Kebersyukuran	17
C. Penyakit HIV/AIDS.....	20
1. Definisi HIV/AIDS.....	20
2. Beban Fisik dan Psikososial HIV/AIDS	20
D. Hubungan antara Kebersyukuran dengan Kualitas Hidup pada ODHA21	
E. Hipotesis Penelitian	26
BAB III METODE PENELITIAN	28
A. Identifikasi Variabel Penelitian.....	28
B. Definisi Operasional	28
1. Kualitas Hidup.	28
2. Kebersyukuran	28
C. Responden Penelitian	29
D. Metode Pengumpulan Data	29
1. Skala Kualitas Hidup.....	29
2. Skala Kebersyukuran	32
E. Validitas dan Reliabilitas	33
F. Metode Analisis Data	34
BAB IV PELAKSANAAN DAN HASIL PENELITIAN	35

A. Orientasi Kancan dan Persiapan Penelitian	35
1. Orientasi Kancan.....	35
2. Persiapan Penelitian	36
a. Persiapan Administrasi	36
b. Persiapan Alat Ukur.....	37
1) Skala Kualitas Hidup.....	37
2) Skala Kebersyukuran	37
c. Hasil Uji Coba Alat Ukur	37
1) Skala Kualitas Hidup	38
2) Skala Kebersyukuran	39
B. Laporan Pelaksanaan Penelitian	40
C. Analisis dan Hasil Penelitian	41
1. Deskripsi Responden Penelitian	41
2. Deskripsi Data Penelitian	43
3. Hasil Uji Asumsi	44
a. Uji Normalitas	44
b. Uji Linearitas	45
4. Hasil Uji Hipotesis	46
5. Analisis Tambahan	47
D. Pembahasan	50
BAB V PENUTUP	56
A. Kesimpulan	56
B. Saran	56

1. Bagi KDS Solo Plus	56
2. Bagi ODHA	57
3. Bagi Peneliti Selanjutnya	57
DAFTAR PUSTAKA.....	58
LAMPIRAN	64

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Distribusi Skala Kualitas Hidup.....	32
Tabel 2. Distribusi Skala Kebersyukuran	33
Tabel 3. Distribusi Aitem Skala Kualitas Hidup Setelah Uji Coba	38
Tabel 4. Distribusi Aitem Skala Kualitas Hidup Setelah Gugur.....	39
Tabel 5. Distribusi Aitem Skala Kebersyukuran Setelah Uji Coba	40
Tabel 6. Deskripsi Responden Penelitian Berdasarkan Jenis Kelamin.....	41
Tabel 7. Deskripsi Responden Penelitian Berdasarkan Usia	41
Tabel 8. Deskripsi Responden Penelitian Berdasarkan Status Pernikahan.....	42
Tabel 9. Deskripsi Responden Penelitian Berdasarkan Lama Diagnosa	42
Tabel 10. Pembagian Persentil	43
Tabel 11. Kategorisasi Variabel Kualitas Hidup	43
Tabel 12. Kategorisasi Variabel Kebersyukuran	44
Tabel 13. Hasil Uji Normalitas	45
Tabel 14. Hasil Uji Linearitas	45
Tabel 15. Hasil Uji Hipotesis	46
Tabel 16. Hasil Analisis Korelasi Aspek Kualitas Hidup dan Kebersyukuran	47
Tabel 17. Tabel Uji Beda Kualitas Hidup ditinjau dari Jenis Kelamin.....	48
Tabel 18. Tabel Uji Beda Kualitas Hidup ditinjau dari Usia	49
Tabel 19. Tabel Uji Beda Kualitas Hidup ditinjau dari Status Pernikahan.....	49
Tabel 20. Tabel Uji Beda Kualitas Hidup ditinjau dari Lama Diagnosa	50

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Skala Sebelum Uji Coba	64
Lampiran 2. Tabulasi Data Kualitas Hidup Sebelum Gugur	70
Lampiran 3. Tabulasi Data Kualitas Hidup Setelah Gugur	73
Lampiran 4. Tabulasi Data Kebersyukuran.....	76
Lampiran 5. Hasil Reliabilitas dan Validitas Skala Kualitas Hidup Sebelum Gugur	79
Lampiran 6. Hasil Reliabilitas dan Validitas Skala Kualitas Hidup Setelah Gugur	81
Lampiran 7. Hasil Reliabilitas dan Validitas Skala Kebersyukuran	83
Lampiran 8. Hasil Uji Deskriptif Responden Penelitian.....	85
Lampiran 9. Hasil Uji Deskriptif Data Penelitian	88
Lampiran 10 Skala Setelah Uji Coba	92
Lampiran 11. Total Skor Skala Kualitas Hidup dan Kebersyukuran	98
Lampiran 12. Uji Normalitas	101
Lampiran 13. Uji Linieritas	103
Lampiran 14. Uji Hipotesis	105
Lampiran 16. Analisis Tambahan	107
Lampiran 17. Surat Permohonan Izin Penelitian	
Lampiran 18. Surat Keterangan Telah Selesai Penelitian	

HUBUNGAN ANTARA KEBERSYUKURAN DENGAN KUALITAS HIDUP PADA ODHA

Iqma Diah Firdayanti
Rr. Indahria Sulistyarini

INTISARI

Kualitas hidup merupakan salah satu variabel penting dalam kehidupan ODHA. Salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup adalah kebersyukuran. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara kebersyukuran dengan kualitas hidup pada ODHA. Responden penelitian ini merupakan anggota KDS Solo Plus yang berusia 20-65 tahun. Pengumpulan data penelitian dilakukan dengan menggunakan skala kualitas hidup WHO-QOL yang disusun oleh WHO (1997) ($\alpha = 0,935$, $N=23$) dan skala kebersyukuran PMIG (*Psychological Measure of Islamic Gratitude*) yang disusun oleh Kurniawan, dkk (2012) ($\alpha=0,950$, $N=25$). Hasil uji hipotesis menunjukkan terdapat korelasi positif antara kebersyukuran dengan kualitas hidup pada ODHA ($r=0,455$, $p=0,003$, $p<0,05$). Hal tersebut menandakan bahwa semakin tinggi rasa syukur ODHA maka semakin baik kualitas hidupnya.

Kata Kunci : Kualitas Hidup, Kebersyukuran, HIV/AIDS.

BAB I

PENGANTAR

A. Latar Belakang

HIV dan AIDS seringkali digunakan secara bergantian sebagai satu istilah penyakit, namun keduanya bukan merupakan hal yang sama. HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) merupakan virus penyebab AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*), sedangkan AIDS adalah sebuah penyakit yang berkembang dalam tahap akhir HIV (Stolley & Gass, 2009). Menurut Kemenkes RI (2016), HIV merupakan virus yang menyerang atau menginfeksi sel darah putih sehingga menyebabkan turunnya sistem kekebalan tubuh manusia. AIDS adalah sekumpulan gejala penyakit yang timbul karena turunnya kekebalan tubuh yang disebabkan infeksi virus HIV. Akibat menurunnya kekebalan tubuh, penderita akan sangat mudah terkena beberapa penyakit infeksi hingga berakibat fatal. Pasien HIV memerlukan pengobatan dengan *Antiretroviral* (ARV) untuk menurunkan jumlah virus HIV di dalam tubuh agar tidak mencapai stadium AIDS, sedangkan pasien AIDS memerlukan pengobatan ARV untuk mencegah infeksi oportunistik dengan berbagai komplikasinya.

HIV/AIDS merupakan masalah penyakit menular yang hingga saat ini jumlah penderitanya semakin bertambah (Tasa, Ludji, & Paun, 2016). Jumlah global individu yang terinfeksi HIV hingga akhir tahun 2015 berdasarkan data UN AIDS berjumlah 36,7 juta jiwa manusia. Jumlah tersebut meningkat drastis

dalam kurun waktu lima tahun terakhir yaitu 33,3 juta jiwa di tahun 2010 (UN AIDS, 2016). HIV/AIDS pertama kali muncul di Indonesia tahun 1987 dan sudah menyebar di 386 kabupaten/kota di seluruh Indonesia. Berdasarkan data laporan perkembangan HIV/AIDS dan penyakit infeksi menular seksual dari Kementerian Kesehatan RI, jumlah kumulatif infeksi HIV yang dilaporkan sampai dengan Desember 2016 sebanyak 232.323, sedangkan jumlah kumulatif kasus AIDS sebanyak 86.780 orang (Kemenkes RI, 2017). Sementara itu di Provinsi Jawa Tengah hingga triwulan kedua tahun 2016 dilaporkan terdapat 14.690 kasus infeksi HIV.

Penyakit HIV/AIDS dapat menimbulkan beberapa masalah yang mengakibatkan penurunan kualitas hidup pada ODHA (Orang dengan HIV/AIDS). Salah satu masalah yang menjadi indikator penurunan kualitas hidup ODHA adalah kesehatan fisik. Dewasa ini, HIV digolongkan ke dalam penyakit kronis, penyakit jangka panjang yang berpotensi mempengaruhi seluruh sistem tubuh dan menyebabkan gangguan pada fungsinya. Selain sistem kekebalan tubuh, sistem kardiovaskular, neuromuskular, dan muskuloskeletal adalah tiga bagian yang paling berpotensi terganggu karena HIV dan pengobatannya. Hal tersebut menyebabkan ODHA mengalami penurunan mobilitas dan fungsi dalam menjalani aktivitasnya (Ortiz, 2014).

Selain masalah fisik, ODHA juga mengalami masalah terkait kesejahteraan psikologisnya. Tekanan psikologis tersebut muncul ketika ODHA pertama kali mengetahui statusnya. Hal tersebut menimbulkan rasa stres, frustrasi, cemas, marah, penyangkalan, malu, dan berduka. Obat yang

dikonsumsi oleh ODHA hanya mampu menekan jumlah virus tetapi tidak mematakannya sehingga harus dikonsumsi seumur hidup. Hal ini yang kemudian juga menambah tekanan psikologis ODHA (Pradita dan Sudiba, 2014)

Seiring dengan meningkatnya prevalensi HIV/AIDS, masalah yang ditimbulkan akibat penyakit tersebut juga banyak terjadi di masyarakat. ODHA mendapatkan tekanan bukan saja akibat pengaruh intervensi medis dalam tubuhnya tetapi juga dihadapkan pada stigma dan diskriminasi (Nasronudin, 2007). Stigma dan diskriminasi tersebut berkontribusi memperburuk hubungan dan mencegah ODHA membuka status penyakitnya terhadap pasangan serta terpecahnya hubungan keluarga (Fatoki, 2016). Stigma dan diskriminasi juga menyebabkan hubungan sosial dan lingkungan yang dimiliki ODHA terganggu.

Informasi yang ditulis Hasan (2012) pada sebuah laman berita nasional, menyebutkan bahwa terdapat sebuah kasus diskriminasi pada ODHA yang dilakukan oleh sebagian masyarakat di Pulau Bali. Masyarakat tersebut tidak bersedia mengurus jenazah ODHA yang meninggal karena takut tertular. Selain itu, pihak keluarga mengalami diskriminasi dengan cara dijauhi dan dibatasi untuk melakukan beberapa aktivitas seperti sekolah (Tempo.com, 11 Januari 2012). Candra (2011) juga menyebutkan bahwa terdapat kasus penolakan pelayanan operasi yang dialami seorang ODHA di Kota Medan. ODHA tersebut ditolak sebuah rumah sakit dengan alasan keterbatasan peralatan operasi (Kompas.com, 25 Mei 2011).

Sejalan dengan penjelasan di atas, hasil wawancara dengan salah satu ODHA yang juga aktif sebagai pendukung sebaya di KDS Solo Plus Surakarta juga menyebutkan terdapat beberapa ODHA yang belum bisa menerima keadaan mengenai penyakitnya sehingga menimbulkan keinginan bunuh diri. ODHA biasanya melewati masa sulit pada awal mengetahui status. Terdapat salah satu klien yang membutuhkan waktu sekitar 3 bulan untuk bisa menerima statusnya sebagai ODHA. Selain itu, ODHA juga merasa putus asa sehingga menghentikan prosedur pengobatan. Hal tersebut sangat berdampak pada kondisi fisik ODHA. Salah satu klien mengalami kelumpuhan dan kebutaan akibat infeksi karena memutus konsumsi obat.

ODHA mengalami tekanan psikologis untuk mengkomunikasikan status sebagai ODHA kepada keluarga. Narasumber juga mengatakan beragam reaksi muncul ketika klien pertama kali mengetahui statusnya sebagai ODHA seperti menangis, mengisolasi diri, dan tidak mau mengikuti penanganan medis. Sesi konseling akan berjalan tidak efektif apabila diketahui ODHA belum memberitahukan statusnya kepada orangtua atau kerabat dekatnya. (Hasil Wawancara 27 September 2017 pukul 11.30 WIB).

Berdasarkan ulasan diatas, dapat disimpulkan ODHA mengalami masalah-masalah pada beberapa aspek kehidupan, seperti aspek kesehatan fisik, kesejahteraan psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Hal tersebut dapat mempengaruhi kualitas hidup ODHA. Salah satu hasil penelitian mengemukakan bahwa orang yang positif terkena HIV memiliki kualitas hidup

yang lebih buruk dibandingkan dengan kebanyakan orang. (Agrawal, Mourya, Shrestha, & Agrawal, 2012)

Kualitas hidup merupakan variabel penting dalam kelangsungan hidup ODHA. WHO (1997) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individual terhadap posisinya dalam kehidupan pada konteks sistem nilai dan budaya dimana mereka tinggal dan kaitannya dengan tujuan, pengharapan, norma-norma dan kepedulian individu tersebut. Kualitas hidup adalah sebuah konsep yang berpengaruh secara luas terhadap kesehatan fisik, kondisi psikis, derajat kemandirian, hubungan sosial, keyakinan, dan hubungan dengan lingkungan pada diri seseorang. Handajani, Djoerban, dan Irawan (2012) mengemukakan bahwa semakin tinggi kualitas hidup pada ODHA maka akan semakin tinggi kemampuan untuk mengatasi penyakitnya. Kualitas hidup yang lebih baik menjadi tujuan pengobatan HIV dan merupakan indikator keberhasilan terapi ARV. Penelitian yang dilakukan oleh Gowda, Channabasappa, Dhar, dan Krishna (2012) menyebutkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kualitas hidup dan jumlah sel CD4 pada ODHA. Pasien yang memiliki sel CD4 lebih tinggi memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan dengan pasien yang memiliki sel CD4 rendah.

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup seseorang adalah usia, tingkat pendidikan, status pekerjaan, pendapatan perbulan, kepemilikan tempat tinggal, hidup bersama keluarga, dukungan sosial, kesejahteraan spiritualitas, dan strategi koping (Khumsaen, Aoup-por, & Thammachak, 2012). Sementara itu, kualitas hidup pada penderita penyakit

kronis banyak dipengaruhi oleh kecenderungan sikap positif seseorang seperti kebersyukuran dan pemaafan. Kebersyukuran terbukti memiliki hubungan yang positif dengan kualitas hidup pasien penyakit arthritis, PPOK, dan diabetes (Eaton, Bradley, & Morrissey, 2014). Souza dan Kamble (2016), dalam penelitiannya juga menemukan bahwa spiritualitas dan kebersyukuran memiliki korelasi positif dengan kualitas hidup penderita kanker. Kebersyukuran memungkinkan individu untuk mengambil sikap positif dengan menerima segala sesuatu yang terjadi dalam hidupnya termasuk hal-hal yang tidak dikehendaki seperti penyakit. Sejalan dengan hal tersebut, McCullough, dkk (Souza & Kamble, 2016) menyebutkan bahwa kebersyukuran mampu meningkatkan kualitas hidup, kepribadian, kesejahteraan, psikopatologis, relasi sosial dan respon seseorang dalam menghadapi penyakit.

Berdasarkan kajian literatur yang dilakukan peneliti, belum ditemukan penelitian yang mengkaji hubungan antara kebersyukuran dan kualitas hidup pada ODHA. Oleh karena, dalam penelitian ini peneliti ingin mengetahui hubungan antara kebersyukuran dan kualitas hidup pada ODHA.

B. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara kebersyukuran dengan kualitas hidup pada ODHA.

C. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis
 - a. Menambah khazanah keilmuan dalam psikologi klinis, psikologi kesehatan, dan psikologi positif.
 - b. Menambah pengetahuan mengenai penyakit HIV AIDS.
 - c. Memberikan kontribusi terhadap perkembangan penelitian HIV/AIDS.
2. Manfaat Praktis

Penelitian ini diharapkan mampu menjadi acuan tindakan lebih lanjut dalam menangani ODHA secara holistik, baik dari segi medis dan psikososial oleh pihak keluarga, pemerintah, dan masyarakat.

D. Keaslian Penelitian

Penelitian lain mengenai hubungan kebersyukuran dengan *psychological well-being* dilakukan oleh Ratnayanti dan Wahyuningrum (2016) terhadap ibu yang memiliki anak tunagrahita di SLB Negeri Salatiga. Penelitian ini menggunakan teori dari McCullough dan Emmons (2003 ; 2002) dan alat ukur GQ-6 yang disusun oleh McCullough dan Emmons (2002). Responden penelitian ini berjumlah 52 orang. Hasil dari penelitian tersebut adalah terdapat hubungan positif yang signifikan antara kebersyukuran dan *psychological well-being*, yang artinya semakin tinggi kebersyukuran maka semakin tinggi pula *psychological well-being*, dan begitupula sebaliknya.

Lies, Mellor, dan Hong (2014), melakukan penelitian dengan topik kebersyukuran dan fungsi personal individu terhadap survivor gempa bumi di

Indonesia. Teori dan alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini mengacu pada penjelasan McCullough (2002). Responden dalam penelitian ini berjumlah 505 orang yang merupakan korban bencana gempa bumi di Kota Padang dan Pariaman. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa terdapat asosiasi antara kebersyukuran dengan coping positif pada survivor gempa bumi.

Penelitian selanjutnya mengenai spiritualitas dan kebersyukuran sebagai prediktor dari kualitas hidup terhadap pasien kanker dewasa dilakukan oleh Souza dan Kamble (2016). Teori kualitas hidup yang digunakan dalam penelitian ini mengacu pada penjelasan Salek dan Avis (1999), sedangkan teori kebersyukuran memakai teori dari McCullough dan Emmons (2004). Alat ukur kualitas hidup dalam penelitian ini menggunakan alat ukur yang disusun oleh Avis, dkk (2005) yaitu *The Quality of Life for Adult Cancer Survivors*. Alat ukur kebersyukuran menggunakan GQ-6 yang disusun oleh McCullough dan Emmons (2002). Responden yang terlibat dalam penelitian ini berjumlah 397 pasien kanker. Hasil penelitian ini menemukan bahwa spiritualitas dan kebersyukuran memiliki korelasi positif dengan kualitas hidup penderita kanker dewasa.

1. Keaslian Topik

Berbeda dengan topik penelitian yang dilakukan oleh Ratnayanti dan Wahyuningrum (2016), Lies, Mellor, dan Hong (2014), Souza dan Kamble (2016) topik penelitian ini membahas hubungan antara

kebersyukuran dengan kualitas hidup pada ODHA (Orang dengan HIV AIDS).

2. Keaslian Teori

Teori kebersyukuran dalam penelitian ini menggunakan teori yang dijelaskan oleh Al Hambali, Al Jauziyyah, dan Al Ghazali (2001), sedangkan teori variabel kualitas hidup mengacu pada teori dari WHO Quality of Life (1997). Penelitian mengenai kebersyukuran yang dilakukan oleh, Ratnayanti dan Wahyuningrum (2016), Lies, Mellor, dan Hong (2014), Souza dan Kamble (2016) juga menggunakan teori McCullough dan Emmons (2002 ; 2003 ; 2004). Sementara itu, teori kualitas hidup yang terdapat dalam penelitian Souza dan Kambel (2016) mengacu pada teori Salek dan Avis (1999).

3. Keaslian Alat Ukur

Alat ukur yang digunakan untuk mengukur variabel kualitas hidup dalam penelitian ini adalah WHO-QOL dari WHO (1997) dan PMIG (*Psychological Measure of Islamic Gratitude*) yang diciptakan oleh Kurniawan, Romdhon, Akbar, dan Endah (Pertiwi, 2016) untuk mengukur variabel kebersyukuran. Penelitian yang dilakukan oleh Ratnayanti dan Wahyuningrum (2016), Lies, Mellor, dan Hong (2014), Souza dan Kamble (2016) diketahui juga menggunakan alat ukur GQ-6 dari McCullough.

4. Keaslian Responden

Responden yang digunakan dalam penelitian ini adalah ODHA yang merupakan anggota KDS Solo Plus yang berbeda dengan responden

dari penelitian terdahulu yaitu survivor bencana alam, pasien kanker, *caregiver* tunagrahita.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kualitas Hidup

1. Definisi Kualitas Hidup

Kualitas hidup merupakan sebuah persepsi seorang individu terhadap kebahagiaan dan kesejahteraannya di dalam kehidupan (Poor, Borji, Moslemi, 2016). Diener, Suh, Lucas, dan Smith (Theofilou, 2013) berpendapat bahwa kualitas hidup mencakup bagaimana individu mengevaluasi kebahagiaan melalui beberapa aspek dalam kehidupan. Evaluasi tersebut meliputi reaksi individu terhadap peristiwa kehidupan, kepuasan kerja, dan hubungan personal.

Menurut WHO (1997), kualitas hidup dapat didefinisikan sebagai persepsi individu mengenai posisinya di dalam kehidupan pada konteks sistem nilai dan budaya tempat tinggal individu tersebut. Hal ini berkaitan dengan tujuan, penghargaan, norma-norma, dan kepedulian yang dimiliki seorang individu. Kualitas hidup merupakan sebuah konsep yang mempengaruhi kesehatan fisik, kondisi psikis, derajat kemandirian, hubungan sosial, keyakinan dan hubungan dengan lingkungan pada diri seseorang.

Kualitas hidup dapat dikonseptualisasikan sebagai sebuah keadaan tidak terdapat rasa sakit atau individu mampu berfungsi dengan baik dalam kehidupan sehari-hari (Srivastava, Das, Kohli, Yadav, Prakash, dan Saha,

2016). Setiap individu mempersepsikan kualitas hidupnya secara berbeda. Hal ini menandakan bahwa dengan perspektif berbeda setiap individu akan melaporkan kualitas hidup yang berbeda, bahkan ketika memiliki status kesehatan yang sama (Lavdaniti & Tsitsis, 2015).

Berdasarkan uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup merupakan persepsi individu mengenai posisinya di dalam kehidupan. Kualitas hidup bersifat respondentif karena berdasarkan persepsi masing-masing individu. Kualitas hidup dapat berpengaruh terhadap kesehatan fisik, kesejahteraan psikologis, hubungan sosial, dan hubungan individu dengan lingkungan.

2. Aspek-aspek Kualitas Hidup

Menurut WHO (1997), terdapat 4 domain yang mempengaruhi kualitas hidup individu, yaitu antara lain :

a. Kesehatan Fisik

Aspek kesehatan fisik meliputi energi, rasa lelah, rasa sakit, ketidaknyamanan, tidur, dan istirahat yang dirasakan individu.

b. Kesejahteraan Psikologis

Beberapa hal yang termasuk aspek psikologis adalah deskripsi mental terkait dengan bentuk tubuh dan penampilan, perasaan negatif, perasaan positif, harga diri, proses berpikir, belajar, memori, dan konsentrasi

c. Hubungan Sosial

Aspek hubungan sosial terdiri dari hubungan personal, dukungan sosial, dan aktivitas seksual yang dimiliki individu.

d. Hubungan dengan lingkungan

Aspek lingkungan memiliki beberapa indikator, yaitu sumber finansial, kebebasan, keselamatan dan keamanan fisik, kemudahan dan kualitas, lingkungan rumah, kesempatan untuk memperoleh informasi, keahlian, kesempatan untuk melakukan rekreasi, kesediaan transportasi, dan lingkungan fisik seperti polusi, kebisingan, iklim, dan kemacetan.

Selain itu, dalam instrumen kualitas hidup SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992) terdapat delapan aspek, yaitu 1) keberfungsian fisik, 2) pembatasan aktivitas fisik karena masalah kesehatan yang ada, 3) nyeri seluruh badan, 4) keberfungsian sosial, 5) kesehatan mental secara umum, 6) pembatasan aktivitas sehari-hari karena masalah emosi, 7) vitalitas hidup, dan 8) pandangan hidup secara umum.

Berdasarkan pemaparan di atas, penulis mengambil aspek-aspek kualitas hidup yang dipaparkan oleh WHO (1997), yaitu kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan.

3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang menurut Ventegodt (2008) adalah, 1) pandangan hidup, 2) hubungan

dengan diri sendiri, teman dan, pasangan, 3) kesehatan fisik, dan 4) kesehatan mental.

Selain itu, menurut Degroote, Vogelaers, dan Vandijck (2014) terdapat berbagai faktor lain yang mempengaruhi kualitas hidup ODHA, yaitu :

a. Sosio-demografi

Faktor sosio-demografi terdiri dari beberapa hal seperti jenis kelamin, usia, dan keadaan keluarga. Wanita dilaporkan memiliki kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan pria. Hal tersebut disebabkan oleh perbedaan peran gender dimana pria dituntut untuk lebih memiliki sikap tenang dalam menghadapi masalah. Sementara itu, dilihat dari faktor usia, ODHA yang usianya lebih tua memiliki kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan dengan ODHA yang lebih muda. Faktor keadaan keluarga dilaporkan sangat berkontribusi dalam meningkatkan kualitas hidup pada ODHA.

b. Sosio-ekonomi

Faktor sosio-ekonomi meliputi pendidikan, pekerjaan, dan pendapatan seseorang. Ketiga hal tersebut diketahui memiliki hubungan yang positif dengan kualitas hidup ODHA.

c. Klinis dan penyakit

Faktor klinis dan penyakit terdiri dari beberapa hal seperti, infeksi virus, imunitas, tingkat dan lama diagnosa, gejala penyakit

yang muncul, dan komordibitas. Hal-hal tersebut sangat mempengaruhi kualitas hidup ODHA.

d. Psikologis

Faktor psikologis meliputi depresi, kecemasan, strategi koping, *locus of control*, dan dukungan sosial. Depresi dan kecemasan terasosiasi secara negatif dengan kualitas hidup ODHA. Sementara strategi koping yang bagus, *locus of control* dan dukungan sosial memiliki hubungan yang positif dengan kualitas hidup ODHA.

e. Gaya Hidup

Faktor gaya hidup merupakan salah satu prediktor kualitas hidup ODHA. Gaya hidup yang sehat akan cenderung membentuk kualitas hidup yang baik. Namun, gaya hidup yang buruk seperti merokok, konsumsi alkohol dan narkoba dapat menurunkan kualitas hidup ODHA.

f. Agama atau Kebersyukuran

Agama menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup ODHA. Agama memiliki hubungan positif dengan kualitas hidup pada ODHA, semakin tinggi tingkat keagamaan ODHA, semakin bagus kualitas hidupnya.

Agama atau spiritualitas memiliki faktor kajian penting yaitu kebersyukuran (Cahyandari, Nashori, & Sulistyarini, 2015). Hal tersebut diperkuat dengan penelitian yang dilakukan oleh Eaton, Bradley, dan Morrissey (2013), Souza dan Kamble (2016),

McCullough (2013) , yang dalam penelitiannya juga menemukan bahwa kebersyukuran memiliki korelasi positif dengan kualitas hidup seseorang.

B. Kebersyukuran

1. Definisi Kebersyukuran

Kebersyukuran merupakan suatu konsep yang digambarkan sebagai emosi, sikap, dan kebaikan moral yang berkembang menjadi sebuah kebiasaan sehingga membentuk kepribadian yang mempengaruhi respon individu terhadap berbagai hal. Kebersyukuran berasal dari kata syukur, yang dalam bahasa Latin berarti rahmat Tuhan, kebaikan hati, dan rasa terimakasih (Emmons & McCullough, 2003). Pruyser menjelaskan bahwa kebersyukuran berkaitan erat dengan konsep-konsep seperti kebaikan, kemurahan hati, pemberian, keindahan saling memberi dan menerima serta niat untuk mendapatkan sesuatu tanpa pamrih (Emmons & McCullough, 2003).

Kebersyukuran adalah sebuah pengalaman psikologis seseorang dalam menegosiasikan moral dan kehidupan interpersonalnya. Kebersyukuran menjadi sebuah ciri khas respon yang paling sering dirasakan antar individu dalam kehidupan bermoral. Hal tersebut mendorong perilaku prososial dalam masyarakat. Selain itu, kebersyukuran juga berkorelasi dengan kepribadian dan kesejahteraan spiritual seseorang. Kebersyukuran juga dapat dijadikan

barometer kehidupan harmonis dalam masyarakat (McCullough, Emmons, Kilpatrick, & Larson, 2001).

Al Hambali, Al Jauziyyah, dan Al Ghazali (2001), mendefinisikan syukur sebagai sikap memuji Tuhan atas pemberian nikmat kepada hambaNya. Syukur memiliki tiga karakteristik yaitu, harus diakui secara batin, dibicarakan secara lisan, dan digunakan sebagai sarana mentaati perintahNya. Sedangkan Al-Munajjid (2006) mengatakan bersyukur merupakan kemantapan hati seorang hamba untuk mencintai Tuhan yang memberikan nikmat dengan cara mentaati dan berdzikir hanya kepadaNya. Al Fauzan (2007) mengungkapkan bahwa hakikat syukur terwujud dari nikmat Allah pada lidah seorang hamba melalui pujian, di hati melalui pengakuan, dan di anggota badan melalui ketundukan.

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa kebersyukuran merupakan sebuah emosi, sikap, dan perilaku yang membentuk kepribadian seseorang untuk selalu berterimakasih kepada Allah atas nikmat yang telah diberikan kepada hambaNya dengan cara mentaati perintah dan tidak melanggar laranganNya. Kebersyukuran menjadi tolak ukur seseorang dalam menciptakan kehidupan harmonis dan bermoral di masyarakat.

2. Aspek-Aspek Kebersyukuran

Menurut McCullough, Emmons, dan Tsang (2002), kebersyukuran terdiri dari empat aspek, yaitu :

a. *Intensity*

Individu yang bersyukur diharapkan lebih intensif dalam syukurnya ketika mengalami peristiwa positif dalam kehidupan dibandingkan dengan individu yang cenderung tidak bersyukur

b. *Frequency*

Individu yang bersyukur akan merasakan syukur lebih banyak setiap harinya atas nikmat atau pemberian sederhana bahkan perilaku sopan santun sekalipun. Sebaliknya, individu yang cenderung tidak bersyukur akan merasakan rasa syukur yang lebih sedikit.

c. *Span*

Aspek *span* mengacu pada peristiwa apa saja yang membuat individu merasa bersyukur seperti keluarga, pekerjaan, kesehatan, dan kehidupannya.

d. *Density*

Aspek *density* memungkinkan individu yang bersyukur untuk menyebutkan orang-orang yang disyukuri keberadaan dan pengaruhnya terhadap kehidupan individu tersebut.

Kurniawan, Romdhon, Akbar, dan Endah (Pertiwi, 2016) memaparkan aspek-aspek kebersyukuran dalam perspektif islam, antara lain :

a. Bersyukur dengan Qalbu

Individu dapat dikatakan bersyukur dengan qalbu apabila meyakini dan mengakui seluruh nikmat yang diterima berasal dari Allah. Individu juga mempercayai bahwa terdapat keterlibatan Allah dalam setiap nikmat yang diperoleh, dan menyadari setiap kebaikan yang diterima dari orang lain berasal dari Allah.

b. Bersyukur dengan lisan kepada Allah

Individu disebut bersyukur dengan lisan kepada Allah apabila selalu memuji Allah dalam setiap pemberian yang diterima baik berupa nikmat maupun ujian.

c. Bersyukur dengan lisan kepada manusia

Individu dikategorikan mampu bersyukur dengan lisan kepada manusia apabila berterimakasih kepada orang yang telah berbuat baik, menasehati, dan menginspirasi dalam berbuat kebaikan.

d. Bersyukur dengan tindakan

Individu dianggap bersyukur dengan tindakan apabila memanfaatkan seluruh potensi yang dimiliki secara maksimal untuk kemaslahatan orang banyak. Selain itu individu juga menggunakan waktu luangnya untuk mengerjakan kebaikan-kebaikan.

Berdasarkan pemaparan di atas, penulis mengambil aspek-aspek kebersyukuran yang dipaparkan oleh Kurniawan, Romdhon, Akbar, dan

Endah (Pertiwi, 2016), yaitu bersyukur dengan qalbu, bersyukur dengan lisan kepada Allah, bersyukur dengan lisan kepada manusia, dan bersyukur dengan tindakan.

C. Penyakit HIV/AIDS

1. Definisi HIV/AIDS

HIV adalah kependekan dari *human immunodeficiency virus*. HIV merupakan retrovirus yang menjangkiti, menghancurkan, dan mengganggu fungsi sel-sel sistem kekebalan tubuh manusia terutama sel CD4 positif T-sel dan macrophages atau komponen-komponen utama sistem kekebalan. Infeksi tersebut akan mengakibatkan penurunan sistem kekebalan tubuh (KPA Yogyakarta). Virus HIV menimbulkan kerusakan yang tidak dapat diperbaiki pada tubuh manusia karena menyebabkan runtuhnya sistem pertahanan tubuh. Keadaan tersebut membuat tubuh manusia sangat mudah terserang segala jenis penyakit, yang akhirnya menyebabkan berbagai kondisi fatal (Yahya, 2002).

2. Beban Fisik dan Psikososial HIV

Masuknya HIV ke dalam tubuh merupakan stresor biologis yang berdampak luas. HIV dapat mempengaruhi seluruh organ tubuh termasuk otak, sistem imun, dan organ-organ visera. Selain itu, karakter psikososial seperti stigma, diskriminasi, yang berkembang di kalangan keluarga dan masyarakat berpengaruh negatif terhadap

individu yang terinfeksi HIV. Individu tersebut kemudian menjalani kehidupannya dengan kekhawatiran dan stress. Stres dapat mempengaruhi seluruh organ tubuh termasuk otak, sistem imun, organ visera, dan sel. Oleh karena itu dukungan psikososial memiliki arti penting dalam upaya meningkatkan kualitas hidup dan memperpanjang umur harapan hidup ODHA. Dukungan psikologis dan psikososial dapat dilakukan oleh orang yang terlibat langsung maupun tidak langsung pada perawatan ODHA. Fakta menyatakan bahwa keterlibatan ODHA, keluarga, dan masyarakat peduli AIDS, maka ketahanan hidup ODHA menjadi lebih baik. Oleh karena itu intervensi penyakit HIV AIDS tidak cukup dilakukan dari aspek pengobatan medis, tetapi diperlukan pendekatan secara holistik termasuk pendekatan psikologis dan psikososial. Hal ini penting karena dukungan psikologis akan mempengaruhi perilaku, penampilan fisik, termasuk perilaku sel, dan ketahanan individu (Nasronudin, 2007).

D. Hubungan Antara Kebersyukuran dengan Kualitas Hidup pada ODHA

Dewasa ini, ilmu pengetahuan dan teknologi dalam bidang kedokteran sudah berkembang pesat, namun solusi untuk mengatasi penyakit HIV/AIDS belum bisa ditemukan. Hal tersebut disebabkan setelah memasuki tubuh manusia, virus HIV dapat memproduksi sepuluh miliar virus sehari. Virus HIV mampu mengubah dirinya ke

dalam berbagai bentuk sehingga sulit untuk diatasi oleh sistem pertahanan tubuh manusia. Obat-obatan modern yang diberikan kepada pasien jarang berhasil dalam menangani resistensi virus. Meskipun sebagian virus jumlahnya telah ditekan namun dampak positifnya hanya memperpanjang umur ODHA dalam waktu terbatas (Yahya, 2002).

Beban fisik hingga potensi meninggal dunia yang harus dihadapi ODHA memungkinkan munculnya beban-beban lain seperti, beban psikologis, sosial, dan lingkungan. Banyaknya berbagai macam beban tersebut membuat kualitas hidup ODHA menurun. Kualitas hidup merupakan sebuah konsep yang mempengaruhi kesehatan fisik, kondisi psikis, derajat kemandirian, hubungan sosial, keyakinan dan hubungan dengan lingkungan pada diri seseorang (WHO, 1997). Oleh karena itu, dapat dikatakan kualitas hidup memiliki peran penting bagi ODHA. Salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup individu adalah kebersyukuran.

McCullough (Souza & Kamble, 2016) menyebutkan bahwa kebersyukuran mampu meningkatkan kualitas hidup, kepribadian, kesejahteraan, psikopatologis, relasi sosial dan respon seseorang dalam menghadapi penyakit. Hoffman (2015) mengungkapkan bahwa kebersyukuran memiliki hubungan negatif yang signifikan dengan perasaan depresif. Rasa syukur akan membuat seseorang menerima segala sesuatu yang terjadi dalam hidupnya seperti nikmat, pemberian, kebahagiaan, bahkan rasa sakit, bencana alam, dan penyakit seperti HIV

AIDS. Kebersyukuran dapat terwujud melalui empat hal, yaitu bersyukur dengan qalbu, bersyukur dengan lisan kepada Allah, bersyukur dengan lisan kepada manusia, dan bersyukur dengan tindakan (Kurniawan, Romdhon, Akbar, dan Endah dalam Pertiwi, 2016).

Individu yang bersyukur akan meyakini dengan hati bahwa seluruh pemberian dalam hidupnya baik itu nikmat maupun ujian berasal dari Allah, sehingga akan diterima dengan hati yang lapang. Individu percaya bahwa keputusan Allah mengenai hidupnya termasuk penyakit HIV/AIDS merupakan sebuah hikmah kebaikan bagi dirinya. ODHA akan menganggap penyakit HIV/AIDS tersebut diberikan Allah untuk membersihkan diri dari dosa-dosa. Cobaan berupa penyakit HIV/AIDS akan menambah kedekatan ODHA dengan Allah. ODHA akan merasa setiap detik hidupnya berharga sehingga memiliki inisiatif yang tinggi untuk melakukan taubatan nasuha dan menjalani prosedur pengobatan dengan sikap kepatuhan yang tinggi dalam prosesnya. Oleh karena itu, ODHA yang pandai bersyukur akan mampu mengatasi rasa lelah, rasa sakit, dan ketidaknyamanan akibat penyakitnya karena individu tersebut yakin bahwa penyakitnya adalah pemberian Allah yang selayaknya harus disyukuri.

Menurut penelitian Mils, Redwine, Wilson, Pung, Chinh, Greenberg, Lunde, Maisel, Raisinghani, Wood, dan Chopra (2015) terhadap pasien gagal jantung, kebersyukuran dan kesejahteraan

spiritual berkorelasi dengan *mood* dan kualitas tidur yang baik, rendahnya rasa lelah, dan meningkatnya efikasi diri. Kebersyukuran juga menjadi sarana untuk mendapatkan efek positif dari kesejahteraan spiritual. Bersyukur memungkinkan individu tetap memiliki kesejahteraan hidup yang baik. Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Dewanto dan Retnowati (2015) yang menyatakan bahwa intervensi kebersyukuran mampu meningkatkan kesejahteraan psikologis dan pikiran positif pada penyandang disabilitas fisik.

Individu dikatakan mampu bersyukur ketika selalu memuji Allah atas setiap pemberian yang diterima baik berupa nikmat atau ujian. Pada ODHA, manifestasi kebersyukuran tersebut dapat dilihat dari perilaku ODHA yang senantiasa mengingat nikmat-nikmat yang diberikan Allah kepadanya, baik yang sudah berlalu maupun baru saja didapatkan. Nikmat tersebut dapat berupa diketahuinya status sebagai ODHA, sehingga dapat dilakukan pengobatan sedini mungkin. Selain itu, terdapat keluarga yang selalu mendukung, ataupun teman satu komunitas yang berjuang bersama-sama melawan segala bentuk diskriminasi terhadap ODHA. Kebersyukuran membuat ODHA tetap memiliki harga diri tinggi sehingga dapat menjalani aktivitas sehari-hari tanpa tekanan berarti. Individu yang bersyukur akan memiliki harga diri yang lebih tinggi dan depresi yang lebih sedikit. Selain itu rasa syukur dapat secara langsung dan tidak langsung mempengaruhi pemikiran

seseorang untuk bunuh diri melalui variabel fisik dan psikologis (Lin, 2015).

Individu yang bersyukur akan mampu berterimakasih secara lisan terhadap kebaikan-kebaikan yang diterima dari orang-orang di lingkungan sekitar. Sejalan dengan hal tersebut, ODHA akan memanfaatkan setiap waktunya untuk menerima secara lahir dan batin ketentuan Allah akan penyakitnya yang terwujud dalam ketaatan akan perintah dan laranganNya. Rasa syukur akan menggerakkan hati ODHA untuk senantiasa memperbaiki hubungan dengan Allah melalui ibadah yang dilakukannya. Hubungan yang baik terhadap Allah akan mempengaruhi perilaku, sikap, dan cara pandang ODHA terhadap segala sesuatu dalam hidupnya. Salah satunya yaitu interaksi dengan orang-orang dilingkungan sekitar, meskipun terdapat berbagai stereotipe dan stigma terhadap ODHA yang beredar di masyarakat. ODHA tetap memiliki lingkungan yang *supportive* yaitu komunitas penderita HIV/AIDS yang aktif memberikan kegiatan positif bagi ODHA, seperti sosialisasi kesehatan, konseling, dan pendampingan. Hal tersebut membuat hidup ODHA menjadi lebih bermakna. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Gumilar dan Uyun (2009), yaitu terdapat hubungan yang signifikan antara kebersyukuran dan kebermaknaan hidup.

Kriteria terakhir sebagai individu yang bersyukur adalah mampu memanfaatkan seluruh potensi dan waktu yang dimiliki secara

maksimal untuk kebaikan dan kepentingan orang banyak. Meskipun memiliki status sebagai ODHA, individu akan tetap mampu beraktualisasi diri sehingga tetap memiliki mobilitas yang tinggi dalam menjalani aktivitasnya tanpa terganggu dengan stigma yang beredar di masyarakat. ODHA yang rasa syukur yang baik akan tetap menjalani kehidupan seperti biasa sehingga tetap memiliki sumber finansial yang cukup, kebebasan, dan lingkungan yang layak. ODHA akan tetap bisa melaksanakan kewajibannya dengan baik seperti bekerja, sekolah, dan bahkan mencapai berbagai prestasi. Hasil wawancara terhadap narasumber juga membuktikan seorang ODHA tetap mampu menjalankan peran sebagai istri, ibu, dan bahkan seorang konsultan dan motivator di yayasan penanggulangan HIV/AIDS. Hal tersebut dapat terjadi tentunya didukung oleh orang-orang yang keberadaan dan perannya mampu disyukuri oleh ODHA seperti keluarga, kerabat, pasangan, teman, dan sesama ODHA. Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan Wahab (2012) mengenai nilai-nilai kerja islami (Islamic Work Values) yang salah satunya adalah kebersyukuran menjadi prediktor terkuat tugas yang berkaitan dengan nilai kerja dan berpengaruh terhadap kinerja secara kontekstual.

E. Hipotesis

Berdasarkan uraian di atas, hipotesis dari penelitian ini adalah terdapat hubungan antara kebersyukuran dengan kualitas hidup pada

ODHA. Semakin tinggi tingkat kebersyukuran maka semakin baik kualitas hidup ODHA.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Identifikasi Variabel Penelitian

1. Variabel dependen : Kualitas Hidup
2. Variabel independen : Kebersyukuran

B. Definisi Operasional

1. Kualitas Hidup

Kualitas hidup adalah sebuah cara pandang individu terhadap posisinya di dalam kehidupan. Oleh karena itu kualitas hidup bersifat subjektif. Kualitas hidup meliputi beberapa aspek kehidupan seperti, kesehatan fisik, kesejahteraan psikologis, hubungan sosial, dan hubungan individu dengan lingkungan.

Skala yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup merupakan skala WHOQOL-BREF yang disusun oleh WHO pada tahun 1997 dalam bahasa Indonesia. Semakin tinggi skor yang diperoleh maka semakin tinggi tingkat kualitas hidup individu. Semakin rendah skor yang diperoleh maka kualitas hidup individu semakin rendah.

2. Kebersyukuran

Kebersyukuran dapat didefinisikan sebagai konsistensi antara pemikiran, perkataan, dan perbuatan mengenai rasa terimakasih atas

nikmat yang telah diberikan Allah kepada hambaNya dengan cara mentaati perintah dan tidak melanggar laranganNya. Skala yang digunakan untuk mengukur kebersyukuran merupakan skala PMIG (*Psychological Measure of Islamic Gratitude*) yang disusun oleh Kurniawan, dkk dalam penelitian Pertiwi (2016). Semakin tinggi skor yang diperoleh maka semakin tinggi tingkat kebersyukuran individu. Semakin rendah skor yang diperoleh maka kebersyukuran individu semakin rendah.

C. Responden Penelitian

Responden dalam penelitian ini adalah ODHA (Orang dengan HIV AIDS) dari KDS Solo Plus Surakarta. Adapun karakteristik responden adalah sebagai berikut :

1. Berusia 20-65 tahun
2. Beragama islam

D. Metode Pengumpulan Data

Metode yang digunakan pada penelitian ini adalah metode penelitian kuantitatif. Data penelitian diperoleh dari alat ukur angket atau kuesioner yang terdiri dari dua skala pengukuran yaitu skala kualitas hidup dan skala kebersyukuran.

1. Skala Kualitas Hidup

Skala yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup merupakan skala WHOQOL-BREF yang disusun oleh WHO pada tahun 1997 versi bahasa Indonesia. Skala ini terdiri dari 26 aitem.

Aspek-aspek yang diungkap dalam skala ini yaitu, kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan.

Skala WHOQOL-BREF terdiri dari beberapa tipe skala yaitu kualitas, kepuasan, dan frekuensi. Pemberian skor dalam setiap aitem bergerak dari angka 1 sampai dengan 5. Tipe skala kualitas memiliki beberapa alternatif jawaban yaitu sangat baik (SB), baik (B), biasa saja (BS), buruk (BR), dan sangat buruk (SBR). Pada tipe skala kualitas, aitem yang bersifat *favorable* diberikan nilai 5 untuk jawaban sangat baik, 4 untuk jawaban baik, 3 untuk jawaban biasa saja, 2 untuk jawaban buruk, dan 1 untuk jawaban sangat buruk. Sedangkan pada item yang bersifat *unfavorable* nilai 5 diberikan pada jawaban sangat buruk, 4 pada jawaban buruk, 3 pada jawaban biasa saja, 2 pada jawaban baik, dan 1 pada jawaban sangat baik.

Skala yang memiliki tipe kepuasan memiliki beberapa alternatif jawaban seperti, sangat memuaskan (SM), memuaskan (M), biasa saja (BS), tidak memuaskan (TM), dan sangat tidak memuaskan (STM). Aitem yang bersifat *favorable* pada skala kepuasan diberi nilai 5 untuk jawaban sangat memuaskan, 4 untuk jawaban memuaskan, 3 untuk jawaban biasa saja, 2 untuk jawaban tidak memuaskan, dan 1 untuk jawaban sangat tidak memuaskan. Sementara aitem yang bersifat *unfavorable* dinilai 5 pada jawaban sangat tidak memuaskan, 4 pada jawaban tidak memuaskan, 3 pada

jawaban biasa saja, 2 pada jawaban memuaskan, dan 1 pada jawaban sangat memuaskan.

Skala dengan tipe frekuensi memiliki dua pilihan jawaban. Pilihan jawaban pertama memiliki lima alternatif respon yaitu sangat sering (SS), sering (S), sedang (SD), sedikit (ST), dan tidak sama sekali (TSS). Aitem yang bersifat *favorable* diberikan nilai 5 untuk respon sangat sering, 4 untuk respon sering, 3 untuk respon sedang, 2 untuk respon sedikit, dan 1 untuk respon tidak sama sekali. Sedangkan untuk aitem yang bersifat *unfavorable* respon tidak sama sekali diberi nilai 5, sedikit dinilai 4, sedang dinilai 3, sering dinilai 2, dan sangat sering dinilai 1. Skala tipe frekuensi yang kedua memiliki beberapa alternatif jawaban seperti selalu (S), sangat sering (SS), cukup sering (CS), jarang (J), dan tidak pernah (TP). Aitem yang bersifat *favorable* diberikan nilai 5 untuk jawaban selalu, nilai 4 untuk jawaban sangat sering, nilai 3 untuk jawaban cukup sering, 4 untuk jawaban jarang, dan 1 untuk jawaban tidak pernah. Sedangkan untuk item *unfavorable* nilai 5 diberikan untuk jawaban tidak pernah, 4 untuk jawaban jarang, 3 untuk jawaban cukup sering, 2 untuk jawaban sangat sering, dan 1 untuk jawaban selalu.

Semakin tinggi skor yang diperoleh, maka semakin tinggi tingkat kualitas hidup individu. Semakin rendah skor yang

diperoleh, maka semakin rendah kualitas hidup individu. Berikut ini adalah distribusi skala kualitas hidup dijabarkan pada Tabel 1.

Tabel 1
Distribusi Skala Kualitas Hidup

Aspek Kualitas Hidup	Butir Pertanyaan		Jumlah
	Favourable	Unfavourable	
Kesehatan fisik	4, 10, 16, 17, 18, 19, 21	3	8
Kesejahteraan psikologis	1, 2, 5, 6, 7, 11, 12, 13, 14	26	10
Hubungan sosial	15, 20, 22		3
Hubungan dengan lingkungan	8, 9, 23, 24, 25		5
	Total		26

2. Skala Kebersyukuran

Skala yang digunakan untuk mengukur kebersyukuran merupakan PMIG (*Psychological Measure of Islamic Gratitude*) yang disusun oleh Kurniawan, Romdhon, Akbar, dan Endah (Pertiwi, 2016). Skala ini terdiri dari 25 aitem. Aspek yang diungkap dalam skala PMIG ini meliputi bersyukur dengan qalbu, bersyukur dengan lisan kepada Allah, bersyukur dengan lisan kepada manusia, dan bersyukur dengan tindakan.

Skala ini memiliki beberapa alternatif jawaban yaitu, tidak pernah (TP), jarang (JR), kadang-kadang (KK), sering (SR), dan selalu (SL). Pada skala ini seluruh pernyataan bersifat *favourable*. Pemberian

skor dalam setiap aitem bergerak dari angka 1 sampai dengan 5. Aitem diberikan nilai 1 apabila respon jawaban adalah tidak pernah (TP), 2 untuk jawaban jarang (JR), 3 untuk jawaban kadang-kadang (KK), 4 untuk jawaban sering (SR), dan 5 untuk jawaban selalu (SL).

Semakin tinggi skor yang diperoleh, maka semakin tinggi tingkat kebersyukuran individu. Semakin rendah skor yang diperoleh, maka semakin rendah kebersyukuran individu. Berikut ini adalah distribusi skala kebersyukuran dijabarkan pada Tabel 2.

Tabel 2

Distribusi Skala Kebersyukuran

Aspek Kebersyukuran	Butir Pernyataan	Jumlah
Bersyukur dengan qalbu	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9	9
Bersyukur dengan lisan kepada Allah	10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17	8
Bersyukur dengan lisan kepada manusia	18, 19, 20, 21	4
Bersyukur dengan tindakan	22, 23, 24, 25	4
Total		25

E. Validitas dan Reliabilitas

Hadi (2015) menyatakan bahwa dalam teori maupun praktik pengukuran, masalah yang kerap timbul adalah seberapa jauh alat ukur dapat mengungkap dengan jitu gejala atau bagian gejala-gejala yang hendak diukur. Selain itu seberapa jauh alat pengukur dapat memberikan pembacaan yang teliti, dapat menunjukkan dengan sebenarnya status atau keadaan gejala atau bagian gejala yang diukur. Persoalan-persoalan

tersebut disebut dengan persoalan validitas. Validitas alat ukur dalam penelitian ini diukur dengan mengkorelasikan perolehan skor alat ukur lain.

Reliabilitas menurut Hadi (2015) berputar pada persoalan stabilitas skor dan kemampuan pembacaan atau ketetapan hasil pengukuran.

F. Metode Analisis Data

Data penelitian ini akan dianalisis secara statistik dengan menggunakan *software* SPSS (*Statistical Package for Social Science*) *version 20.0 for windows* menggunakan teknik korelasi *product moment* dari Spearman.

BAB IV

PELAKSANAAN DAN HASIL PENELITIAN

A. Orientasi Kanchah dan Persiapan Penelitian

1. Orientasi Kanchah

Pada proses pengambilan data penelitian, peneliti bekerjasama dengan KDS Solo Plus. KDS Solo Plus merupakan salah satu komunitas atau kelompok dukungan sebaya pada ODHA di Kota Solo. Anggota KDS Plus berasal dari berbagai latarbelakang seperti WPS (Wanita Pekerja Seks) baik langsung maupun tidak langsung, LSL (Laki-laki Seks Laki-laki), kaum heteroseks, pengguna narkoba, dan ibu rumah tangga.

Kegiatan KDS Solo Plus berupa pendampingan kepada para ODHA dalam hal pelayanan kesehatan baik secara fisik maupun psikologis. Selain itu KDS Solo Plus juga aktif memberikan edukasi kepada masyarakat mengenai HIV/AIDS. KDS Solo Plus digerakkan oleh beberapa ODHA yang memiliki kemampuan dan kualitas diri lebih sehingga dapat menjadi pendamping bagi ODHA yang lain. KDS Solo Plus rutin mengadakan pertemuan anggota sebulan dua kali pada awal dan akhir bulan. Pertemuan rutin tersebut biasanya dilaksanakan di puskesmas atau rumah sakit di sekitar Kota Solo. Agenda pertemuan tersebut adalah sosialisasi kesehatan dengan dokter, diskusi, pemeriksaan kesehatan, dan pengambilan obat.

Menurut penuturan salah satu pendamping KDS Solo Plus, terdapat beberapa masalah yang kerap dihadapi pada masa pendampingan seperti,

klien merasa tidak butuh pengobatan, padahal virus HIV dapat berkembangbiak hingga milyaran sel dalam waktu singkat dan beresiko mencapai tahap AIDS. Apabila sudah dalam tahap AIDS, ODHA akan sangat rentan terkena infeksi penyakit karena sistem kekebalan tubuhnya menurun. Selain itu masifnya stigma mengenai HIV dan AIDS yang tersebar di masyarakat kerap membuat ODHA merasa depresi, tidak percaya diri, merasa terkucilkan, dan timbul keinginan bunuh diri. Berdasarkan permasalahan-permasalahan tersebut, peneliti memutuskan untuk melakukan penelitian mengenai kualitas hidup pada anggota-anggota KDS Solo Plus.

Responden penelitian ini merupakan ODHA anggota KDS Solo *Plus* yang berusia 20-65 tahun dan beragama islam. Proses pengambilan data dilakukan dengan menyebarkan kuesioner di Puskesmas Manahan, Kota Solo, Jawa Tengah. Jumlah responden dalam penelitian ini adalah 41 orang yang terdiri dari 28 orang laki-laki (68,3%), dan 13 orang perempuan (31,7%).

2. Persiapan Penelitian

Sebelum melakukan penelitian, terdapat beberapa persiapan yang dilakukan peneliti seperti, persiapan administrasi dan persiapan alat ukur. Berikut penjelasan terkait persiapan-persiapan yang dilakukan peneliti:

a. Persiapan Administrasi

Persiapan administrasi dalam penelitian ini berupa persiapan surat perizinan untuk kepentingan pengambilan data penelitian. Prosedur yang dilakukan oleh peneliti pertama kali adalah mengajukan permohonan pembuatan surat perizinan kepada Divisi Umum Fakultas Psikologi dan

Ilmu Sosial Budaya, Universitas Islam Indonesia. Surat tersebut ditujukan kepada pimpinan KDS Solo dengan nomor surat 728/Dek/70/Div.Um.RT/IX/2017. Setelah itu, peneliti menyerahkan surat tersebut kepada pihak KDS Solo Plus untuk segera diproses. Selanjutnya peneliti melakukan koordinasi dengan pihak KDS Solo Plus terkait kriteria responden penelitian dan mekanisme pengambilan data.

b. Persiapan Alat Ukur

Penelitian ini menggunakan metode *tryout* terpakai. Metode *tryout* terpakai merupakan metode pengambilan data yang tidak menggunakan uji coba skala. Metode ini memungkinkan kuesioner hanya disebar satu kali. Alasan peneliti menggunakan metode tersebut adalah terbatasnya jumlah responden yang bersedia terlibat dalam penelitian.

Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini berjumlah dua alat ukur yaitu alat ukur kebersyukuran dan kualitas hidup.

1) Skala Kualitas Hidup

Skala yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup merupakan skala WHOQOL-BREF yang disusun oleh WHO pada tahun 1997 versi bahasa Indonesia. Skala ini terdiri dari 26 aitem. Aspek-aspek yang diungkap dalam skala ini yaitu, kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan.

2) Skala Kebersyukuran

Skala yang digunakan untuk mengukur kebersyukuran menggunakan alat ukur PMIG (*Psychological Measure of Islamic*

Gratitude) yang disusun oleh Kurniawan, Romdhon, Akbar, dan Endah (Pertiwi, 2016). Skala ini terdiri dari 25 aitem. Aspek yang diungkap dalam skala PMIG ini meliputi bersyukur dengan qalbu, bersyukur dengan lisan kepada Allah, bersyukur dengan lisan kepada manusia, dan bersyukur dengan tindakan.

c. Hasil Uji Coba Alat Ukur

Hasil yang diperoleh melalui *tryout* terpakai dianalisis menggunakan SPSS *for windows* 20.0 untuk mengetahui reliabilitas dan indeks daya beda aitem menggunakan korelasi aitem total.

1) Skala Kualitas Hidup

Skala kualitas hidup WHOQOL terdiri dari 26 aitem. Berdasarkan hasil indeks daya beda aitem dengan korelasi item total, diperoleh 23 aitem shahih dan 3 aitem gugur. Aitem-aitem yang gugur adalah aitem nomor 4, 16, dan 26. Skor indeks beda bergerak dari angka -0,200-0,751. Hasil reliabilitas diketahui dengan skor koefisien *Cronbach alpha* yaitu sebesar 0,917.

Berikut adalah tabel penyebaran aitem setelah dilakukan uji coba pada skala penelitian :

Tabel 3

Distribusi Aitem Skala Kualitas Hidup Setelah Uji Coba

Aspek Kualitas Hidup	Butir Pertanyaan		Shahih
	Favourable	Unfavourable	
Kesehatan fisik	(4), 10, (16), 17, 18, 19, 21	3	7

Kesejahteraan psikologis	1, (2), 5, 6, 7, 11, 12, 13, 14	(26)	9
Hubungan sosial	15, 20, 22		3
Hubungan dengan lingkungan	8, 9, 23, 24, 25		5
Total			26

Catatan: Angka yang ditebalkan dan didalam kurung () adalah angka yang gugur setelah uji coba.

Setelah item ke 4, 16, dan 26 digugurkan, diketahui skor indeks beda bergerak dari angka 0,434-0,792. Hasil reliabilitas diketahui dengan skor koefisien *Cronbach alpha* yaitu sebesar 0,932. Berikut adalah tabel penyebaran aitem setelah dilakukan pengguguran item:

Tabel 4

Distribusi Aitem Skala Kualitas Hidup Setelah Gugur

Aspek Kualitas Hidup	Butir Pertanyaan		Shahih
	Favourable	Unfavourable	
Kesehatan fisik	4, 10, 17, 18, 19, 21	3	7
Kesejahteraan psikologis	1, 5, 6, 7, 11, 12, 13, 14		8
Hubungan sosial	15, 20, 22		3
Hubungan dengan lingkungan	8, 9, 23, 24, 25		5
Total			23

2) Skala Kebersyukuran

Skala kebersyukuran PMIG terdiri dari 25 aitem yang semua berjenis favourable. Berdasarkan hasil indeks daya beda aitem dengan

korelasi item total, seluruh aitem dinyatakan shahih. Skor indeks beda bergerak dari angka 0,390-0,874. Hasil reliabilitas diketahui dengan skor koefisien *Cronbach alpha* yaitu sebesar 0,953. Berikut adalah tabel penyebaran aitem setelah dilakukan uji coba pada skala penelitian.

Tabel 5

Distribusi Aitem Skala Kebersyukuran Setelah Uji Coba

Aspek Kebersyukuran	Butir Pernyataan	Shahih
Bersyukur dengan qalbu	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9	9
Bersyukur dengan lisan kepada Allah	10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17	8
Bersyukur dengan lisan kepada manusia	18, 19, 20, 21	4
Bersyukur dengan tindakan	22, 23, 24, 25	4
Total		25

B. Laporan Pelaksanaan Penelitian

Proses pengambilan data penelitian dilakukan secara bertahap yaitu pada tanggal 7 Oktober 2016 dan 10 Oktober 2016. Penelitian ini menggunakan *tryout* terpakai dengan alasan keterbatasan responden. Responden penelitian merupakan ODHA yang berusia 20-65 tahun. Pengambilan data dilakukan dengan cara menyebarkan kuesioner secara langsung pada saat pertemuan rutin KDS Solo Plus di Puskesmas Manahan Kota Solo.

C. Analisis Data dan Hasil Penelitian

1. Deskripsi Responden Penelitian

Gambaran mengenai responden penelitian berdasarkan data yang diperoleh adalah sebagai berikut:

Tabel 6

Deskripsi Responden Penelitian Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	N	Presentase (%)
Laki-laki	28	68,3%
Perempuan	13	31,7%
Total	41	100%

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa responden penelitian didominasi oleh laki-laki yaitu berjumlah 28 orang dengan presentase sebesar 68,3%. Sementara responden perempuan berjumlah 13 orang dengan presentase sebesar 31,7%.

Tabel 7

Deskripsi Responden Penelitian Berdasarkan Usia

Usia	N	Presentase (%)
≤ 30	21	51,2%
> 30	20	48,8
Total	41	100%

Berdasarkan tabel diatas, diketahui bahwa responden penelitian terbagi menjadi dua kelompok usia yaitu ≤ 30 tahun dan > 30 tahun. Responden dengan usia 30 tahun kebawah berjumlah 21 orang dengan presentase 51,2% dan responden yang berumur lebih dari 30 tahun berjumlah 20 orang dengan

presentase 48,8%. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa dari segi usia responden penelitian memiliki jumlah yang seimbang apabila ditinjau dari segi usia.

Tabel 8

Deskripsi Responden Penelitian Berdasarkan Status Pernikahan

Keterangan	N	Presentase (%)
Belum Menikah	16	39,0%
Menikah	14	34,1%
Cerai	6	14,6%
Tidak diketahui	5	12,2%
Total	41	100%

Berdasarkan tabel diatas, dapat diketahui bahwa responden penelitian terdiri dari berbagai macam status pernikahan, antara lain belum menikah, menikah, dan cerai. Responden yang belum menikah berjumlah 16 orang dengan presentase 39,0%, responden yang sudah menikah berjumlah 14 orang dengan presentase 34,1 %, responden yang memiliki status pernikahan bercerai berjumlah 6 orang dengan presentase 14,6%, 5 orang atau 12.2% lainnya tidak diketahui status pernikahannya.

Tabel 9

Deskripsi Responden Penelitian Berdasarkan Lama Diagnosa

Lama Diagnosa	N	Presentase
0-3 tahun	17	41,5%
>3 tahun	16	39,0%
Tidak diketahui	7	19,5%
Total	41	100%

Berdasarkan tabel diatas, dapat diketahui bahwa responden penelitian yang sudah terdiagnosa HIV/AIDS selama kurang dari 3 tahun berjumlah 17 orang atau 41,5% , responden yang telah terdiagnosa HIV/AIDS lebih dari 3 tahun berjumlah 16 orang atau 39,0%, sedangkan subjek yang tidak diketahui lama diagnosanya berjumlah 8 orang atau 19,5%.

2. Deskripsi Data Penelitian

Berikut deskripsi data penelitian yang dikategorisasikan menggunakan norma presentil dari masing-masing variabel:

Tabel 10

Pembagian Persentil

Persentil	Kualitas Hidup	Kebersyukuran
20	77,0	92,0
40	82,0	112,0
60	91,0	118,0
80	101	122,0

Tabel 11

Kategorisasi Variabel Kualitas Hidup

Kategorisasi	Rentang Nilai	Frekuensi	Presentase
Sangat rendah	$X < P_{20}$ (77,0)	7	17,07%
Rendah	P_{20} (77,0) \leq $X < P_{40}$ (82,0)	8	19,51%
Sedang	P_{40} (82,0) \leq $X < P_{60}$ (91,0)	9	21,95%
Tinggi	P_{60} (91,0) \leq $X \leq P_{80}$ (101)	10	24,39%
Sangat tinggi	$X > P_{80}$ (101)	7	17,07%
		41	100%

Tabel diatas bertujuan menggambarkan hasil data penelitian. Berdasarkan tabel tersebut, dapat diketahui bahwa terdapat 17,07% responden yang memiliki kualitas hidup sangat rendah, 19,51% rendah, 21,95% sedang, 24,39% tinggi, dan 17,07% sangat tinggi.

Tabel 12
Kategorisasi Variabel Kebersyukuran

Kategorisasi	Rentang Nilai	Frekuensi	Presentase
Sangat rendah	$X < P20$ (92)	7	17,07%
Rendah	$P20 (92) \leq X < P40$ (112)	7	17,07%
Sedang	$P40 (112) \leq X < P60$ (118)	10	24,39%
Tinggi	$P60 (118) \leq X \leq P80$ (122)	11	26,82%
Sangat tinggi	$X > P80$ (122)	6	14,63%

Berdasarkan tabel diatas, dapat disimpulkan bahwa terdapat 17,07% responden yang memiliki skor kebersyukuran sangat rendah, 17,07% rendah, 24,39% sedang, 26,82% tinggi, dan 14,63% sangat tinggi.

3. Hasil Uji Asumsi

Uji asumsi merupakan suatu proses analisis data yang harus dilakukan sebagai syarat dilaksanakannya uji hipotesis. Uji analisis pada penelitian ini meliputi uji normalitas dan uji linearitas.

a. Uji Normalitas

Uji normalitas merupakan analisis data yang bertujuan untuk mengetahui apakah sebaran data terdistribusi secara normal atau tidak. Sebaran data dikatakan normal apabila signifikansi dari *test of normality* $> 0,05$. Berikut hasil uji normalitas yang telah dilakukan :

Tabel 13
Hasil Uji Normalitas

Variabel	<i>S-W Test</i>	p	Keterangan
Kualitas Hidup	0,979	0,645	Normal
Kebersyukuran	0,856	0,000	Tidak Normal

Berdasarkan hasil uji normalitas yang dilakukan dengan *Test of Normality Shapiro Wilk (S-W Test)* tersebut, dapat disimpulkan bahwa data dari skala kualitas hidup tersebar secara normal dengan nilai $p = 0,645$ ($p > 0,05$), sedangkan data skala kebersyukuran tidak terdistribusi secara normal karena $p = 0,000$ ($p < 0,05$).

b. Uji Linearitas

Uji linearitas dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen membentuk garis linear atau tidak. Pada penelitian ini uji linearitas dilakukan dengan *Test of Linearity* menggunakan *compare means*. Hubungan dua variabel dikatakan linear apabila signifikansi dari F *Linearity* $< 0,05$. Berikut hasil uji linearitas yang telah dilakukan :

Tabel 14
Hasil Uji Linearitas

Variabel	F	p	Keterangan
Kualitas Hidup*Kebersyukuran	9,613	0,006	Linear

Berdasarkan hasil uji linearitas diatas, diketahui bahwa hubungan antara variabel kualitas hidup dengan variabel kebersyukuran memiliki hubungan yang linear dengan nilai $F = 9,613$ dan $p = 0,006$ ($p < 0,05$).

4. Hasil Uji Hipotesis

Uji hipotesis merupakan analisis data yang dilakukan untuk mengetahui apakah terdapat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Penelitian ini memiliki hipotesis bahwa terdapat hubungan antara kebersyukuran dengan kualitas hidup pada ODHA. Uji hipotesis dalam penelitian ini menggunakan analisis korelasi *non parametric Spearman two-tailed* karena sebaran salah satu data variabel tidak normal. Hipotesis penelitian diterim apabila signifikansi korelasi $< 0,05$. Berikut hasil uji hipotesis yang telah dilakukan :

Tabel 15

Hasil Uji Hipotesis

Variabel	N	r	r ²	p
Kualitas Hidup*Kebersyukuran	41	0,447	0,1998	0.003

Berdasarkan pada tabel diatas, diketahui bahwa terdapat hubungan antara kualitas hidup dengan kebersyukuran dengan koefisien korelasi sebesar 0,447 $p = 0,003$ ($p < 0,05$), dan adanya *effect size* sebesar 19,98%, artinya kontribusi kebersyukuran dalam mempengaruhi kualitas hidup ODHA sebesar 19,98%. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa hipotesis dalam penelitian ini diterima. Hubungan yang diperoleh bersifat positif, artinya

semakin besar kebersyukuran individu maka akan semakin tinggi derajat kualitas hidupnya.

5. Analisis Tambahan

Analisis tambahan yang dilakukan dalam penelitian ini adalah mencari korelasi antara aspek kebersyukuran dengan setiap aspek variabel kualitas hidup yaitu aspek kesehatan fisik, aspek kesejahteraan psikologis, aspek hubungan sosial, dan aspek hubungan dengan lingkungan. Selain itu peneliti juga melakukan uji hipotesis perbedaan dengan menggunakan *Independent Sample T-Test* dan *One Way Anova* pada variabel kualitas hidup yang ditinjau dari jenis kelamin, status pernikahan, lama diagnosa, dan usia. korelasi antara kebersyukuran dengan kualitas hidup berdasarkan jenis kelamin. Berikut hasil analisis tambahan yang telah dilakukan :

Tabel 16

Hasil Analisis Korelasi Aspek Kualitas Hidup dan Kebersyukuran

Variabel Independen	Aspek-aspek Kualitas Hidup	r	p
Kebersyukuran	Aspek Kesehatan Fisik	0,333	0,033
	Aspek Kesejahteraan Psikologis	0,473	0,002
	Aspek Hubungan Sosial	0,242	0,128
	Aspek Hubungan dengan Lingkungan	0,502	0,001

Berdasarkan analisis korelasi antar aspek-aspek kualitas hidup dengan kebersyukuran, diketahui bahwa aspek kesehatan fisik memiliki hubungan yang signifikan dengan kebersyukuran ($r=0,333$; $p=0,033$; $p < 0,05$), begitu pula aspek kesejahteraan psikologis ($r=0,473$; $p=0,002$; $p < 0,05$), dan aspek hubungan dengan lingkungan ($r=0,502$; $p=0,001$; $p < 0,05$). Sedangkan aspek hubungan sosial tidak menunjukkan hubungan yang signifikan dengan kebersyukuran ($r=0,242$; $p=0,128$; $p > 0,05$). Namun tetap dapat dikatakan bahwa secara umum kebersyukuran memiliki hubungan yang signifikan dengan kualitas hidup.

Tabel 17

Tabel Uji Beda Kualitas Hidup ditinjau dari Jenis Kelamin

Variabel	Statistik Deskriptif		Uji Hipotesis	
	Laki-laki	Perempuan	Independent Sample T-Test	
Penelitian			t (df)	Sig
Kualitas	M=88,96	M=83,30	1,283 (39)	0,207
Hidup	SD=13,07	SD=13,26		

Berdasarkan analisis data di atas, dapat dijelaskan bahwa tidak terdapat perbedaan kualitas hidup yang signifikan antara ODHA laki-laki dan perempuan, $p=0,207$ ($p>0,05$).

Tabel 18

Tabel Uji Beda Kualitas Hidup ditinjau dari Usia

Variabel	Statistik Deskriptif		Uji Hipotesis	
	Penelitian	≤30 Tahun	>30 Tahun	Independent Sample T-Test
t (df)				Sig
Kualitas	M=90,42	M=83,75	1,649 (39)	0,107
Hidup	SD=14,08	SD=11,67		

Tabel diatas menunjukkan hasil uji beda kualitas hidup ditinjau dari faktor kelompok usia. Hasil tersebut menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan kualitas hidup yang signifikan antara kelompok usia ≤30 Tahun dengan usia >30 tahun karena nilai $p=0,107$ ($p<0,05$).

Tabel 19

Tabel Uji Beda Kualitas Hidup ditinjau dari Status Pernikahan

Variabel	Statistik Deskriptif			Uji Hipotesis	
	Penelitian	Belum Menikah	Menikah	One Way Anova	
F (df1, df2)				Sig	
Kualitas	M=89,06	M=86,92	M=78,50	1,229 (3,37)	0,313
Hidup	SD=11,98	SD=14,11	SD=12,91		

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa tidak terdapat perbedaan kualitas hidup apabila ditinjau dari status pernikahan yaitu, belum menikah, menikah, dan cerai, $p=0,313$, ($p>0,05$).

Tabel 20

Tabel Uji Beda Kualitas Hidup ditinjau dari Lama Diagnosa

Variabel Penelitian	Statistik Deskriptif		Uji Hipotesis	
	0-3 Tahun	> 3 Tahun	Independent Sample T-Test	
			t (df)	Sig
Kualitas	M=87,00	M=88,50	-0,300(31)	0,766
Hidup	SD=13,50	SD=15,18		

Hasil analisis uji beda diatas menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan kualitas hidup apabila ditinjau berdasarkan lama diagnosa penyakit HIV/AIDS karena nilai $p=0,766$, ($p>0,05$).

D. Pembahasan

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan antara kebersyukuran dengan kualitas hidup pada ODHA. Berdasarkan analisis korelasi yang telah dilakukan sebelumnya, diketahui nilai $r= 0,447$, $p= 0,003$ ($p<0,05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan positif antara kebersyukuran dengan kualitas hidup pada ODHA. Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Toussaint, Sirois, Hirsch, Weber, Vajda, Schelling, Kohls, Offenbacher (2017) yang menyebutkan bahwa kebersyukuran memiliki hubungan yang positif terhadap kualitas hidup, dimana kebersyukuran dapat disarankan menjadi salah satu nilai dalam psikologi positif untuk kualitas hidup pasien *fibromyalgia*. Pelatihan mengenai kebersyukuran juga diketahui dapat meningkatkan kualitas hidup pasien PPOK (Cahyandari, Nashori, & Sulistyarini, 2015). Kebersyukuran merupakan salah satu konsep spiritualitas atau religiusitas. Sementara itu dalam

penelitian Superkertia, Astuti, dan Lestari (2016) menyebutkan bahwa terdapat korelasi positif antara kebersyukuran dengan spiritualitas pada ODHA. ODHA yang memiliki spiritualitas yang tinggi akan memiliki kualitas hidup yang lebih baik.

Salah satu aspek kualitas hidup adalah aspek kesehatan fisik. Berdasarkan analisis tambahan yang dilakukan, diketahui bahwa aspek kesehatan fisik memiliki korelasi dengan kebersyukuran ($r=0,333$; $p=0,033$; $p < 0,05$). Artinya dapat disimpulkan bahwa semakin tinggi kebersyukuran ODHA maka semakin kecil merasa lelah, rasa sakit, dan tidak nyaman. Selain itu ODHA tetap memiliki kualitas tidur dan istirahat yang baik. Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Alkozei, Smith, Koptzin, Waugaman, dan Killgore (2017) yang menyebutkan bahwa kebersyukuran memiliki hubungan yang baik dengan kualitas tidur, dimana individu merasa memiliki energi yang lebih baik di siang hari dan durasi tidur yang lebih panjang. Berdasarkan uji klinis, kebersyukuran memiliki efek positif jangka panjang dalam kehidupan seseorang. Kebersyukuran dapat mengurangi tekanan darah, meningkatkan fungsi imunitas, meningkatkan kebahagiaan dan kesejahteraan hidup. Kebersyukuran juga mampu meningkatkan rasa tolong menolong, kedermawanan, dan kerjasama. Kebersyukuran mampu menurunkan resiko depresi, kecemasan dan gangguan penyalahgunaan obat-obatan (Emmons & Stern, 2013).

Aspek kualitas hidup yang lain adalah kesejahteraan psikologis. Berdasarkan hasil analisis, dapat diketahui bahwa aspek tersebut memiliki korelasi yang signifikan dengan kebersyukuran ($r=0,473$; $p=0,002$; $p < 0,05$).

Oleh karena itu dapat disimpulkan, semakin tinggi rasa kebersyukuran individu maka semakin sejahtera keadaan psikologisnya. Hal tersebut diperkuat dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Patocchi Couyoumdijan (2016) yang menyebutkan bahwa kebersyukuran secara signifikan memiliki hubungan dengan rendahnya tingkat depresi dan kecemasan seseorang secara umum. Penelitian lain menyebutkan bahwa kebersyukuran memiliki hubungan yang positif dengan rendahnya tingkat depresi penderita penyakit kronis (Sirois & Wood, 2017). Armenta, Fritz dan Lyubomirsky (2017) menyebutkan bahwa kebersyukuran dapat memotivasi seseorang untuk terikat dalam kebiasaan-kebiasaan positif yang menguntungkan hidupnya, hidup orang-orang disekitarnya bahkan untuk komunitas yang lebih luas.

Selanjutnya, aspek kualitas hidup yang berkorelasi secara signifikan dengan kebersyukuran adalah hubungan dengan lingkungan. Berdasarkan hasil analisis, diketahui bahwa aspek hubungan dengan lingkungan ($r=0,502$; $p=0,001$; $p < 0,05$), dimana ketika individu memiliki rasa syukur yang tinggi maka hubungan dengan lingkungan menjadi lebih baik. Hal tersebut dapat dijelaskan melalui perasaan puas mengenai beberapa indikator seperti keadaan finansial, kebebasan, keselamatan dan keamanan fisik, kemudahan dan kualitas, lingkungan rumah, kesempatan untuk memperoleh informasi, keahlian, kesempatan untuk melakukan rekreasi, kesediaan transportasi, dan lingkungan fisik seperti polusi, kebisingan, iklim, dan kemacetan. Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Datu dan Mateo (2015) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kebersyukuran dengan kepuasan hidup.

Robustelli dan Whisman (2016) menjelaskan bahwa kebersyukuran juga berkorelasi positif dengan domain-domain kepuasan hidup seperti pekerjaan, kesehatan, dan hubungan yang dimiliki.

Berdasarkan analisis data, diketahui bahwa jumlah responden laki-laki lebih dominan dibanding responden perempuan. Responden laki-laki berjumlah 28 orang dan perempuan 13 orang dengan nilai $p=0,207$ ($p>0,05$). Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan kualitas hidup yang signifikan antara laki-laki dan perempuan. Hasil tersebut bertolak belakang dengan penelitian yang dilakukan oleh Pereira dan Canavarro (2011) yang menemukan adanya perbedaan kualitas hidup antara ODHA laki-laki dan perempuan. Perempuan dilaporkan memiliki kualitas hidup yang lebih rendah daripada laki-laki. Awalnya perempuan memiliki kualitas hidup yang baik namun seiring bertambahnya usia, kualitas hidupnya menurun. Sementara laki-laki cenderung meningkat kualitas hidupnya seiring bertambahnya usia.

Ditinjau dari faktor usia, responden dalam penelitian ini dibagi menjadi dua kelompok, yaitu usia ≤ 30 tahun yang berjumlah 21 orang dan usia > 30 tahun berjumlah 20 orang dengan $p=0,107$ ($p<0,05$). Hal ini menjelaskan bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup berdasarkan faktor usia. Hasil tersebut tidak sejalan dengan hasil tersebut, Rashmi dan Kundapur (2018) menemukan semakin bertambah usia ODHA maka semakin meningkat kualitas hidupnya pada beberapa domain yaitu fisik, psikologis, lingkungan, spiritualitas, dan sosial.

Faktor lain yang dianalisis terhadap kualitas hidup dalam penelitian ini adalah status pernikahan. Data menunjukkan bahwa jumlah responden yang

belum menikah terdapat 14 orang, menikah 16 orang, dan cerai 6 orang. Nilai $p=0,313$, yang artinya tidak terdapat perbedaan kualitas hidup yang signifikan apabila ditinjau dari status pernikahan. Hal tersebut berlawanan dengan penelitian yang dilakukan oleh Osamika dan Mayungbo (2017) yang menyatakan bahwa status pernikahan memiliki dampak yang signifikan terhadap domain-domain kualitas hidup seperti fisik, psikologis, dan hubungan sosial pada ODHA. ODHA yang sudah lama berstatus sebagai janda dan duda memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi dibandingkan dengan ODHA yang belum menikah, menikah, dan baru saja bercerai.

Selanjutnya kualitas hidup ditinjau berdasarkan lamanya ODHA terdiagnosa HIV/AIDS. Lama diagnosa ODHA dalam penelitian ini dibagi menjadi dua kelompok yaitu 0-3 tahun yang berjumlah 17 orang, dan > 3 tahun berjumlah 16 orang. Berdasarkan analisis data diketahui nilai $p=0,766$. Artinya, tidak terdapat perbedaan kualitas hidup yang signifikan apabila ditinjau dari faktor lama diagnosa HIV/AIDS. Hal tersebut bertolak belakang dengan penelitian yang dilakukan oleh Hipolito, Oliveira, Costa, Marques, Pareira, dan Gomes (2017), yang menyatakan lama diagnosa memiliki dampak yang signifikan dengan domain fisik kualitas hidup. ODHA yang telah terdiagnosa selama bertahun-tahun diketahui memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi dibandingkan dengan ODHA yang baru terdiagnosa HIV/AIDS dalam kurun hitungan bulan.

Berdasarkan pemaparan diatas dapat diambil kesimpulan bahwa terdapat hubungan antara kebersyukuran dengan kualitas hidup pada ODHA. Semakin tinggi rasa syukur maka akan semakin baik kualitas hidup ODHA. Rasa syukur

dapat menjadi sebuah cara bagi ODHA untuk meningkatkan kualitas hidupnya dalam menghadapi konsekuensi fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan akibat penyakitnya.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis yang dilakukan, dapat disimpulkan bahwa hipotesis yang diajukan peneliti mengenai adanya hubungan antara kebersyukuran dengan kualitas hidup pada ODHA diterima. Hal ini menunjukkan bahwa ODHA yang bersyukur memiliki kualitas hidup yang baik. Semakin tinggi rasa syukur yang dimiliki ODHA maka akan semakin tinggi kualitas hidupnya. Selain itu, dalam penelitian ini tidak ditemukan perbedaan kualitas hidup apabila ditinjau dari faktor jenis kelamin, status pernikahan, dan lama diagnosa. Namun, ditemukan perbedaan kualitas hidup berdasarkan rentang usia responden penelitian.

B. Saran

1. Bagi KDS Solo Plus

Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan antara kebersyukuran dengan kualitas hidup pada ODHA. Berdasarkan temuan tersebut, KDS Solo Plus dan pihak-pihak yang terkait diharapkan dapat terus melakukan pendampingan terhadap ODHA melalui dukungan terhadap kesehatan fisik, kesejahteraan psikologis, dan aspek spiritualitas. Hal tersebut dapat dilakukan dengan mengadakan pelatihan-pelatihan kebersyukuran atau pelatihan spiritualitas lainnya ketika pertemuan rutin untuk cek kesehatan bulanan.

2. Bagi ODHA

Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat hubungan yang positif antara kebersyukuran dan kualitas hidup. Oleh karena itu diharapkan ODHA dapat meningkatkan rasa syukur terlepas dengan ujian penyakit yang dimiliki sebagai sarana mencapai kualitas hidup yang lebih baik dalam hal kesehatan fisik, kesejahteraan psikologis, hubungan sosial, dan hubungan dengan lingkungan.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini terkendala jumlah responden yang terbatas dan adanya ketimpangan jumlah responden laki-laki dan perempuan sehingga data menjadi tidak normal dan terdapat korelasi antara kebersyukuran dan domain kualitas hidup yang tidak terbukti. Oleh karena itu, peneliti selanjutnya diharapkan mampu memperbaiki kekurangan tersebut. Selain itu, landasan teori hendaknya ditambah agar penelitian selanjutnya menjadi lebih baik.

Daftar Pustaka

- Agrawal, H., Mourya, R., Shrestha, R. K., & Agrawal, S. (2012). Quality of Life Among HIV Positive Individuals in Kathmandu Valley and Eastern Region of Nepal. *Kathmandu University Medical Journal*, 10(4), 3-7.
- Al Fauzan, A. B. S. (2007). *Indahnya bersyukur. Bagaimana meraihnya?*. Bandung : Marja.
- Al Hambali, I. R., Al Jauziyah, I. Q., & Al Ghazali, I. (2001). *Tazkiyatun Nafs*. Solo : Pustaka Arafah.
- Al Munajjid, M. B. S. (2006). *Silsilah Amalan Hati, Ikhlas, Tawakal, Optimis, Takut, Bersyukur, Ridha, Sabar, Introspeksi diri, Tafakur, Muabbah, Taqwa, Wara*. Bandung : Irsyad Baitus Salam.
- Alkozei, A., Smith, R., Kotzin, M. D., Waugaman, D. L., & Kilgore, W. D. S. (2017). The Association between trait gratitude and self-reported sleep quality is mediated by depressive mood state. *Journal Sleep Medicine*, 27, 1-9.
- Armenta, C. N., Fritz, M. M., & Lyubomirsky, S. (2017) Functions of positive emotions : gratitude as a motivator of self-improvement and positive change. *Emotion Review*, 9(3), 183-190.
- Cahyandari, R., Nashori, F., & Sulistyarini, I. (2015). Efektivitas pelatihan kebersyukuran untuk meningkatkan kualitas hidup pasien PPOK. *Jurnal Intervensi Psikologi*, 7(1), 1-14.
- Candra, A. (2011, 25 Mei). Saat RS menolak pasien HIV. *Kompas.com*. Sumber : <http://nasional.kompas.com/read/2011/05/25/10433888/Saat.RS.Menolak.Operasi.Pasien.HIV>.
- Datu, J. A. D., & Mateo, N. J. (2015). Gratitude and life satisfaction among filipino adolescents : the mediating role of meaning in life. *International Journal of the Advancement of Counselling*, 37(2), 198-206.
- Degroote, S., Vogelaers, D., & Vandijck, D. (2014). What deterimnes health-related quality of life among people living with HIV : An updated review of the literature. *Archives of Public Health*, 72 (1), 1-10.
- Dewanto, W., & Retnowati, S. (2015). Intervensi kebersyukuran dan kesejahteraan penyandang disabilitas fisik. *Gadjah Mada Journal of Professional Psychology*, 1(1), 33-47

- Eaton, R. J., Bradley, G., & Morrissey, S. (2014). Positive predispositions, quality of life, and chronic illness. *Psychology, Health, & Medicine, 19*(4), 473-489.
- Emmons, R. A., & Stern, R. (2013). Gratitude as a psychotherapeutic intervention. *Journal of Clinical Psychology, 69*(8), 846-855.
- Emmons, Robert A., & McCullough, Michael E. (2003). Counting blessing versus burdens : An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(2), 37-389.
- Fatoki, B. (2016). Understanding the causes and effects of stigma and discrimination in the lives of HIV people living with HIV/AIDS : Qualitative study. *Journal of AIDS & Clinical Research, 7*(12), 1-6.
- Gowda, S., Channabasappa, A. N., Dhar, M., & Krishna, D. (2012). Quality of life in HIV/AIDS patients in relation to CD4 count : A cross-sectional study in Mysore district. *International Journal of Health & Allied Sciences, 1*(4), 263-267.
- Gumilar, F. U., & Uyun, Q. (2009). Kebersyukuran dan kebermaknaan hidup pada mahasiswa. *Jurnal Pemikiran dan Penelitian Psikologi, 14*(1), 65-70.
- Hadi, S. (2015). *Metodologi Riset*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar Offset.
- Handajani, Y. S., Djoerban, Z., & Irawan, H. (2012). Quality of life people living with HIV/AIDS : Outpatient in kramat 128 hospital jakarta. *Acta Medica The Indonesian Journal of Internal Medicine, 44*(2), 310-316.
- Hasan, R. (2012, 11 Januari). Bali diskriminatif terhadap penderita HIV AIDS. *Tempo.co*. Sumber : <https://nasional.tempo.co/read/376704/bali-diskriminatif-terhadap-penderita-hiv-aids>.
- Hipolito, R. L., DeOliveira, D. C., DaCosta, T. L., Marques, S. C., Pereira, E. R., Gomes, A. M. T. (2017). Quality of life of people living with HIV/AIDS : temporal, socio-demographic and perceived health relationship. *Rev Latino-Amn Enfermagem, 25*(20), 1-10.
- Hoffman, D. L. (2015). The effects of a practice of gratitude on quality of life and depression in head and neck cancer survivors. *Disertasi*. Minneapolis : Capella University.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). *Situasi dan Analisis HIV AIDS*. Sumber :

<http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/Infodatin%20AIDS.pdf>.

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). *Laporan Situasi Perkembangan HIV-AIDS dan PMS di Indonesia Januari-Maret 2017*. Sumber
http://www.aidsindonesia.or.id/ck_uploads/files/Laporan%20HIV%20AIDS%20TW%201%202017.pdf.

Khumsaen, N., Aoup-por, W., & Thammachak, P. (2012). Factors influencing quality of life among people living with HIV (PLWH) in Suphanburi Province, Thailand. *Journal of The Association of Nureses in AIDS Care*, 23(1), 63-72.

KPA Yogyakarta. *Apa itu HIV dan AIDS*. Diakses pada tanggal 21 Februari 2018. Sumber : <http://aidsyogya.or.id/info-hiv-aids/apa-itu-hiv-aids/>.

Lavdaniti, M., & Tsitsis, N. (2015). Definitions and conceptual models of quality of life in cancer patients. *Health Science Journal*, 9(26), 1-5.

Lies, J., Mellor, D., & Hong, R. Y. (2014). Gratitude and personal functioning among earthquake survivors in Indonesia. *Journal of Positive Psychology*, 9(4), 295-305.

Lin, C. (2015). The relationship among gratitude, self-esteem, depression, and suicide ideation among undergraduate students. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56(6), 700-707.

McCullough, M. E., Emmons, R. A., & Tsang, J. (2002). The grateful disposition : A conceptual and empirical topography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(1), 112-127.

McCullough, M. E., Emmons, R. A., Klipatrick, S. D., & Larson, D. B. (2001). Is gratitude a moral affect?. *Psychological Bulletin*, 127(2), 249-266.

Mills, P. J., Redwine, L., Wilson, K., Meredith, A. P., Chinh, K., Greenberg, B. H...Chopra, D. (2015). The role of gratitude in spiritual well-being in asymptomatic heart failure patients. *Spirituality in Clinical Practice*, 2(1), 5-17.

Nasronudin. (2007). *HIV dan AIDS : Pendekatan Biologi Molekuler, Klinis, dan Psikososial*. Surabaya : Airlangga.

Ortiz, A. (2014). Exercise for Adults Living with Human Immunodeficiency Virus Infection in the Era of Highly Active Antiretroviral Therapy. *J Phys Med Rehabil*, 2(4), 1-4.

- Osamika, B. E., & Mayungbo, O. A. (2017). Stages of HIV/AIDS, marital status, and perceived quality of life. *Asian Journal of Multidisciplinary Studies*, 5(4), 1-11.
- Pardita, D. P. Y., & Sudibia, I. K. (2014). Analisis dampak sosial, ekonomi, dan psikologis penderita HIV AIDS di kota denpasar. *Jurnal Buletin Studi Ekonomi*, 19(2), 193-199.
- Pereira, M., & Canavarro, M. C. (2011). Gender and age differences in quality of life and the impact of psychopathological symptoms among HIV-infected patients. *AIDS Behav*, 15(8), 1857-1869.
- Pertiwi, G. I. (2016). Hubungan antara kebersyukuran dengan resiliensi pada penderita penyakit kronis. *Skripsi* (tidak diterbitkan). Yogyakarta : Universitas Islam Indonesia).
- Petrocchi, N., & Couyoumdijan, A. (2016). The impact of gratitude on depression and anxiety: the mediating role of criticizing, attacking, and reassuring the self. *Self and Identity*, 15(2), 191-205.
- Poor, H. J., Borji, M., Borji, M., & Moslemi, A. (2016). The relationship between spiritual well-being and quality of life and optimism on the staff of Arak University of medical science. *Health, Spiritually, and Medical Etichs*, 3(2), 8-15.
- Rashmi, A., & Kundapur, R. (2018). A study demographic factors affecting quality of life among positive individuals attending a distric anti retroviral treatment centre in Mangalore. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 5(1), 215-219.
- Ratnayanti, T. L., & Wahyuningrum, E. (2016). Hubungan antara gratitude dengan psychological well-being ibu yang memiliki anak tunagrahita di SLB negeri Salatiga. *Jurnal Satya Widya*, 32(2), 57-64.
- Robustelli, B. L., & Whisman, M. A. (2016). Gratitude and life satisfaction in the United States and Japan. *Journal of Happiness Studies*, 19(1), 41-55.
- Sirois, F. M., & Wood, A. M. (2017). Gratitude uniquely predicts lower depression in chronic illness populations: a longitudinal study of inflammatory bowel disease and arthritis. *Health Psychology*, 36(2), 122-132.
- Soedarto. (2015). Alergi dan Penyakit Sistem Imun. Sagung Seto.

- Souza, A. D., & Kamble, S. V. (2016). Spirituality and Gratitude of the Quality of Life in Adult Cancer Patients. *The International Journal of Indian Psychology*, 3(1), 40-47.
- Srivastava, K., Das, R. C., Kohli, R., Yadav, P., Prakash, J., & Saha, A. (2016). A cross-sectional study of adaptation, coping and quality of life in the hiv seropositive cases. *Journal of Psychiatry*, 19(5), 1-5.
- Stolley, Kathy S., & Glass, John E. (2009). *HIV/AIDS*. California : Greenwood Press.
- Superkertia, I. G. M. E., Astuti, I. W., & Lestari, M. P. L. (2016). Hubungan antara tingkat spiritualitas dengan tngkat kualitas hidup pada pasien HIV/AIDS di yayasan spirit Paramacitta Denpasar. *Jurnal Keperawatan Coping Ners*, 4(1), 49-53.
- Tasa, Y., Ludji, I. D. R., & Paun, R. (2016). Pemanfaatan Voluntary Counseling and Testing oleh Ibu Rumah Tangga Terinfeksi Human Immunodeficiency Virus. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 1(2), 96-105.
- Theofilou, P. (2013). Quality of life : Definition and measurement. *Europe's Journal of Psychology*, 9(1), 150-162.
- Toussaint, L., Sirois, F., Hirsch, J., Weber, A., Vajda, C., Schelling, J., Kohls, N., & Offenbacher, M. (2017). Gratitude mediates quality of life differences between fibromyalgia patients and healthy controls. *Qual Life Res*, 26(9), 2449-2457.
- UN AIDS. (2016). *Global AIDS Up Date*. Sumber : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf.
- Ventegodt, S., Madsen, T. F., Andersen, N. J., & Merrick, J. (2008). Which factors determine our quality of life, health, and ability : Result from a danish population sample and the Copenhagen perinatal cohort. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 18(7), 445-450.
- Wahab, M. A. (2012). The impact of islamic work values on employees' job performance in Malaysia. *Thesis*. Canberra : The University of Caneberra.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-items short-form health survey (SF-36), conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- WHO. (1997). *WHOQOL Measuring Quality of Life*. Geneva : WHO.

Yahya, H. (2002). *Sistem Kekebalan Tubuh dan Keajaiban di Dalamnya*. Bandung : Dzikra.

LAMPIRAN 1. SKALA SEBELUM UJI COBA

BAGIAN I

Jawablah pertanyaan-pertanyaan di bawah ini dengan memberikan tanda silang (×) pada kotak pilihan jawaban sesuai dengan kondisi anda yang sebenarnya dalam empat minggu terakhir.

		Sangat Buruk	Buruk	Biasa-biasa Saja	Baik	Sangat Baik
1.	Bagaimana menurut Anda kualitas hidup Anda?					

		Sangat Tidak Memuaskan	Tidak Memuaskan	Biasa Saja	Memuaskan	Sangat Memuaskan
2.	Seberapa puas Anda terhadap kesehatan Anda?					

		Tidak Sama sekali	Sedikit	Sedang	Sering	Sangat Sering
3.	Seberapa jauh rasa sakit fisik mengganggu Anda dalam beraktivitas?					
4.	Seberapa sering Anda membutuhkan terapi medis untuk mendukung kehidupan sehari-hari Anda?					
5.	Seberapa jauh Anda menikmati hidup Anda?					
6.	Seberapa jauh Anda merasa hidup Anda berarti?					
7.	Seberapa jauh Anda mampu berkonsentrasi?					
8.	Secara umum, seberapa besar perasaan aman yang Anda rasakan dalam kehidupan sehari-hari?					
9.	Seberapa sehat lingkungan dimana Anda tinggal (berkaitan dengan sarana					

	dan prasarana)?					
--	-----------------	--	--	--	--	--

Pertanyaan berikut adalah tentang seberapa penuh anda alami hal-hal berikut dalam empat minggu terakhir.

		Tidak Sama sekali	Sedikit	Sedang	Sering	Sangat Sering
10.	Apakah Anda memiliki cukup tenaga untuk melakukan aktivitas sehari-hari?					
11.	Apakah Anda dapat menerima tampilan tubuh Anda?					
12.	Apakah kondisi keuangan Anda dapat memenuhi kebutuhan Anda?					
13.	Seberapa banyak ketersediaan informasi yang Anda butuhkan dalam kehidupan sehari-hari?					
14.	Seberapa sering Anda memiliki kesempatan untuk bersenang-senang/rekreasi?					

		Sangat Buruk	Buruk	Biasa-biasa Saja	Baik	Sangat Baik
15.	Seberapa baik kemampuan Anda dalam bergaul?					

		Sangat Tidak Memuaskan	Tidak Memuaskan	Biasa Saja	Memuaskan	Sangat Memuaskan
16.	Seberapa puasakah Anda dengan kualitas tidur Anda?					
17.	Seberapa puasakah					

	Anda dengan kemampuan Anda untuk menunjukkan kemampuan dalam beraktivitas sehari-hari?					
18.	Seberapa puasakah Anda dengan kemampuan Anda untuk bekerja?					
19.	Seberapa puasakah Anda terhadap diri Anda?					
20.	Seberapa puasakah Anda dengan hubungan sosial Anda?					
21.	Seberapa puasakah Anda dengan kehidupan seksual Anda?					
22.	Seberapa puasakah Anda dengan dukungan yang Anda peroleh dari teman Anda?					
23.	Seberapa puasakah Anda dengan kondisi tempat tinggal Anda saat ini?					
24.	Seberapa puasakah Anda dengan akses Anda dalam layanan kesehatan					
25.	Seberapa puasakah Anda dengan alat transportasi yang Anda gunakan?					

Pertanyaan berikut merujuk pada seberapa sering anda merasakan atau mengalami hal-hal berikut dalam empat minggu terakhir.

		Sangat Buruk	Buruk	Biasa-biasa Saja	Baik	Sangat Baik
26.	Seberapa sering Anda memiliki perasaan negatif seperti " <i>feeling</i>					

	<i>blue</i> ” (kesepian, putus asa, cemas dan depresi?)					
--	---	--	--	--	--	--

BAGIAN II

No		Tidak Pernah	Jarang	Kadang-kadang	Sering	Selalu
1.	Apakah Anda meyakini bahwa semua nikmat yang diterima berasal dari Allah?					
2.	Apakah Anda menyadari bahwa setiap kebaikan yang diterima dari orang lain sebenarnya datang dari Allah?					
3.	Apakah Anda meyakini bahwa ada keterlibatan Allah pada setiap nikmat yang diperoleh Allah atas usaha Anda sendiri?					
4.	Apakah Anda meyakini setiap kebaikan yang dilakukan merupakan karunia dari Allah?					
5.	Apakah Anda meyakini bahwa ada kebaikan dari Allah untuk setiap musibah/kesulitan yang Anda alami?					
6.	Apakah Anda percaya bahwa segala kemudahan yang ditemukan ketika mengalami kesulitan berasal dari Allah?					
7.	Apakah Anda menyadari bahwa setiap rasa aman yang diperoleh berasal dari Allah?					
8.	Apakah Anda menyadari bahwa nikmat kesehatan yang diperoleh berasal dari Allah?					
9.	Apakah Anda mengaku bahwa segala nikmat yang diterima berasal dari Allah?					
10.	Apakah Anda berterimakasih kepada Allah atas cuaca yang diberikan oleh-Nya?					
11.	Apakah Anda berterimakasih kepad Allah karena memiliki tempat untuk berteduh?					
12.	Apakah Anda memuji Allah ketika mengenakan pakaian baru?					
13.	Apakah setiap bangun tidur Anda memuji Allah masih memberikan					

	kehidupan?					
14.	Apakah Anda berterimakasih kepada Allah karena terbangun dari tidur dalam keadaan sehat?					
15.	Apakah selesai sholat Anda berterimakasih kepada Allah karena masih diberikan kemampuan dan kesempatan untuk melaksanakan sholat?					
16.	Apakah Anda berterima kasih kepada orang yang telah berbuat baik?					
17.	Apakah Anda melakukan sujud syukur ketika mendapatkan kabar yang sangat menggembirakan?					
18.	Apakah Anda berterimakasih kepada orang yang telah berbuat baik?					
19.	Apakah Anda berterimakasih kepada orang yang telah menginspirasi?					
20.	Apakah Anda berterimakasih kepada orang yang telah memberikan nasehat?					
21.	Apakah Anda memuji Allah atas kemudahan yang telah Dia berikan ketika mengalami kesulitan?					
22.	Apakah Anda menyisihkan uang yang diperoleh untuk sedekah?					
23.	Apakah Anda memaksimalkan potensi yang dimiliki untuk kemanfaatan orang lain?					
24.	Apakah Anda memberikan hadiah kepada orang lain sebagai bentuk terimakasih?					
25.	Apakah Anda mempergunakan waktu luang yang dimiliki untuk melakukan kebaikan?					

LAMPIRAN 2. TABULASI DATA KUALITAS HIDUP
SEBELUM GUGUR

Subjek	Aitem																									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
1	5	5	5	4	5	4	4	5	4	5	1	2	4	5	4	4	3	5	5	3	5	3	5	5	3	5
2	4	5	3	3	4	4	4	5	4	4	4	3	4	4	5	4	3	4	4	3	4	4	4	5	4	5
3	3	4	2	5	2	3	4	5	2	2	2	2	2	1	3	2	3	2	2	2	1	4	3	4	4	5
4	4	3	3	2	4	5	5	4	3	4	4	4	4	2	5	3	4	4	4	4	3	3	3	4	3	2
5	4	3	4	2	4	4	4	3	3	4	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4
6	4	4	5	1	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	1	5	5	5	5	4
7	5	4	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	4	3	4	4	3	3	5	3	3	4	3	5	3	4
8	3	4	3	3	4	4	3	4	4	3	4	3	3	3	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	3	4
9	2	3	1	3	3	5	2	2	3	3	3	2	4	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	4	4	1
10	4	3	4	4	4	3	4	3	3	4	4	3	4	3	5	3	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4
11	4	3	1	2	5	4	3	4	2	5	3	3	4	3	4	3	4	3	4	3	3	4	3	5	4	2
12	4	5	4	1	5	4	4	5	4	5	5	4	5	4	5	4	3	4	5	4	5	5	4	5	5	3
13	5	5	4	4	4	4	4	4	5	5	3	3	4	2	4	5	5	4	4	4	4	4	5	5	5	4
14	5	5	5	2	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	2	4	5	5	5	4	5	4	5	4	5
15	4	5	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	5	5	5	5	5	4
16	3	2	3	3	3	3	4	3	3	4	3	3	2	3	4	4	3	3	2	2	3	3	4	4	3	4
17	4	5	4	4	3	4	3	4	5	5	5	3	5	3	4	3	3	3	4	4	5	3	4	4	4	4
18	4	4	4	4	5	3	4	4	4	5	4	2	5	3	4	3	3	3	3	4	2	4	3	5	3	4
19	4	5	3	2	5	2	4	4	2	5	4	2	3	4	4	3	3	3	4	5	3	3	3	3	3	4
20	4	3	2	4	3	4	3	4	3	3	4	3	4	4	3	4	3	3	3	3	3	4	4	4	3	4
21	4	3	4	3	4	3	3	4	2	3	2	1	2	2	3	3	3	4	3	3	4	3	4	4	3	3
22	4	4	4	3	4	5	3	3	3	5	4	2	4	5	5	2	5	4	3	5	3	5	5	5	5	4
23	4	4	4	3	4	3	3	4	2	3	2	1	2	2	3	3	3	4	3	3	4	3	4	4	3	3

24	4	4	5	2	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
25	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	2	2	3	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3
26	3	3	4	2	4	5	4	3	3	4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	4
27	5	5	5	2	5	5	5	4	4	5	5	4	4	4	5	4	4	5	5	4	5	4	4	3	4	4
28	4	4	4	4	5	5	5	4	5	5	4	4	4	4	4	3	5	5	5	3	5	5	3	5	4	3
29	4	3	4	3	3	5	5	3	3	3	2	2	3	3	4	3	3	3	3	3	4	3	3	4	3	3
30	5	4	5	3	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3
31	5	1	5	1	4	2	4	4	1	4	1	2	5	2	4	4	3	3	4	3	4	5	4	4	4	2
32	5	5	5	3	5	5	4	5	5	5	5	5	4	4	5	2	4	5	5	5	4	4	4	4	4	5
33	3	4	5	1	5	5	5	4	4	5	4	4	4	4	4	3	4	5	5	4	3	4	5	5	5	2
34	5	4	5	2	5	5	3	4	4	4	1	4	3	3	4	1	2	2	5	4	4	3	3	5	4	3
35	4	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	4	3	3	4	3	4	3	4	4	5	5	5	3	1
36	3	4	3	3	5	5	3	3	3	3	3	3	4	3	5	4	5	4	3	3	3	4	3	4	3	5
37	5	4	5	1	5	5	4	4	4	5	5	5	4	4	5	4	4	5	5	4	5	5	4	5	4	4
38	4	4	3	4	5	5	5	5	3	5	4	3	4	4	4	4	4	4	5	4	5	5	4	5	4	4
39	5	5	5	3	3	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	5	5	5	3	3	3	5	5	3	2
40	4	4	2	3	5	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4
41	5	4	5	2	5	5	3	4	4	4	1	4	3	3	4	1	2	2	5	4	4	3	3	5	4	3

LAMPIRAN 3. TABULASI DATA KUALITAS HIDUP
SETELAH GUGUR

Subjek	Aitem																						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	5	5	5	5	4	4	5	4	5	1	2	4	5	4	3	5	5	3	5	3	5	5	3
2	4	5	3	4	4	4	5	4	4	4	3	4	4	5	3	4	4	3	4	4	4	5	4
3	3	4	2	2	3	4	5	2	2	2	2	2	1	3	3	2	2	2	1	4	3	4	4
4	4	3	3	4	5	5	4	3	4	4	4	4	2	5	4	4	4	4	3	3	3	4	3
5	4	3	4	4	4	4	3	3	4	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	3
6	4	4	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	1	5	5	5	5
7	5	4	3	3	3	3	3	4	4	3	3	4	3	4	3	3	5	3	3	4	3	5	3
8	3	4	3	4	4	3	4	4	3	4	3	3	3	4	4	4	4	3	4	4	3	4	3
9	2	3	1	3	5	2	2	3	3	3	2	4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4
10	4	3	4	4	3	4	3	3	4	4	3	4	3	5	4	3	3	3	3	4	4	4	4
11	4	3	1	5	4	3	4	2	5	3	3	4	3	4	4	3	4	3	3	4	3	5	4
12	4	5	4	5	4	4	5	4	5	5	4	5	4	5	3	4	5	4	5	5	4	5	5
13	5	5	4	4	4	4	4	5	5	3	3	4	2	4	5	4	4	4	4	4	5	5	5
14	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	4	5	4
15	4	5	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	5	5	5	5	5
16	3	2	3	3	3	4	3	3	4	3	3	2	3	4	3	3	2	2	3	3	4	4	3
17	4	5	4	3	4	3	4	5	5	5	3	5	3	4	3	3	4	4	5	3	4	4	4
18	4	4	4	5	3	4	4	4	5	4	2	5	3	4	3	3	3	4	2	4	3	5	3
19	4	5	3	5	2	4	4	2	5	4	2	3	4	4	3	3	4	5	3	3	3	3	3
20	4	3	2	3	4	3	4	3	3	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3
21	4	3	4	4	3	3	4	2	3	2	1	2	2	3	3	4	3	3	4	3	4	4	3
22	4	4	4	4	5	3	3	3	5	4	2	4	5	5	5	4	3	5	3	5	5	5	5
23	4	4	4	4	3	3	4	2	3	2	1	2	2	3	3	4	3	3	4	3	4	4	3

24	4	4	5	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
25	3	3	3	3	2	2	3	3	3	2	2	3	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2
26	3	3	4	4	5	4	3	3	4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3
27	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	4	4	4	5	4	5	5	4	5	4	4	3	4	4
28	4	4	4	5	5	5	4	5	5	4	4	4	4	4	5	5	5	3	5	5	3	5	4	4
29	4	3	4	3	5	5	3	3	3	2	2	3	3	4	3	3	3	3	4	3	3	4	3	3
30	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5
31	5	1	5	4	2	4	4	1	4	1	2	5	2	4	3	3	4	3	4	5	4	4	4	4
32	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	4	5	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4
33	3	4	5	5	5	5	4	4	5	4	4	4	4	4	4	5	5	4	3	4	5	5	5	5
34	5	4	5	5	5	3	4	4	4	1	4	3	3	4	2	2	5	4	4	3	3	5	4	4
35	4	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	4	4	5	5	5	5	3
36	3	4	3	5	5	3	3	3	3	3	3	4	3	5	5	4	3	3	3	4	3	4	4	3
37	5	4	5	5	5	4	4	4	5	5	5	4	4	5	4	5	5	4	5	5	4	5	4	4
38	4	4	3	5	5	5	5	3	5	4	3	4	4	4	4	4	5	4	5	5	4	5	4	4
39	5	5	5	3	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	5	5	5	3	3	3	5	5	3	3
40	4	4	2	5	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4
41	5	4	5	5	5	3	4	4	4	1	4	3	3	4	2	2	5	4	4	3	3	5	4	4

LAMPIRAN 4. TABLUASI DATA SKALA KEBERSYUKURAN

24	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
25	3	3	2	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	4	2	4	4	4	4	4
26	3	4	3	4	4	4	4	5	3	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3
27	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5
28	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	3	4	3	4	5	4	4	4	4
29	5	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
30	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
31	2	2	3	4	3	2	3	4	2	4	2	4	2	4	3	3	3	2	4	3	4	3	4	3	4
32	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
33	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
34	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	3	4	3	5
35	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	4	5	5	3	3	2	5
36	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	4	5	5	5	5	5	5	5	3	3	3	3
37	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	2	5	5	5
38	4	4	4	5	4	4	5	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	5	4	5	4	4	4	4	4
39	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4
40	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	4	5	5	4
41	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	3	4	3	5

LAMPIRAN 5. HASIL RELIABILITAS DAN VALIDITAS
SKALA KUALITAS HIDUP SEBELUM GUGUR

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,917	,921	26

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
QL1	92,7073	175,762	,497	.	,915
QL2	92,9268	170,620	,585	.	,913
QL3	93,0000	170,800	,481	.	,915
QL4	94,0000	190,850	-,200	.	,927
QL5	92,5854	171,249	,625	.	,912
QL6	92,6585	172,030	,517	.	,914
QL7	93,0244	174,874	,509	.	,914
QL8	92,9268	175,170	,499	.	,914
QL9	93,3415	168,130	,679	.	,911
QL10	92,6585	169,080	,725	.	,911
QL11	93,3415	166,280	,585	.	,913
QL12	93,6829	167,772	,661	.	,911
QL13	93,0244	172,074	,597	.	,913
QL14	93,4390	166,202	,748	.	,910
QL15	92,6829	173,422	,670	.	,912
QL16	93,4878	178,906	,253	.	,919
QL17	93,1951	175,411	,479	.	,915
QL18	93,0732	171,020	,613	.	,912
QL19	92,8293	165,945	,751	.	,910
QL20	93,1951	170,811	,676	.	,912
QL21	93,1463	173,378	,430	.	,916
QL22	92,9024	172,190	,605	.	,913
QL23	92,9756	174,174	,533	.	,914
QL24	92,4146	176,049	,498	.	,915
QL25	93,0488	173,098	,616	.	,913
QL26	93,2439	177,339	,280	.	,919

LAMPIRAN 6. UJI RELIABILITAS DAN VALIDITAS SKALA
KUALITAS HIDUP SETELAH GUGUR

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,932	,934	23

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ql1	83,0976	164,990	,505	,724	,931
ql2	83,3171	161,022	,548	,803	,930
ql3	83,3902	159,494	,511	,624	,931
ql4	82,9756	160,024	,660	,765	,928
ql5	83,0488	160,698	,551	,798	,930
ql6	83,4146	164,499	,498	,541	,931
ql7	83,3171	165,072	,474	,611	,931
ql8	83,7317	158,201	,660	,818	,928
ql9	83,0488	158,248	,745	,832	,927
ql10	83,7317	156,401	,569	,817	,931
ql11	84,0732	156,470	,699	,878	,928
ql12	83,4146	161,349	,607	,716	,929
ql13	83,8293	155,995	,743	,776	,927
ql14	83,0732	162,770	,676	,725	,929
ql15	83,5854	165,349	,451	,779	,931
ql16	83,4634	160,705	,605	,791	,929
ql17	83,2195	154,676	,792	,883	,926
ql18	83,5854	159,449	,720	,751	,928
ql19	83,5366	162,705	,434	,747	,932
ql20	83,2927	161,862	,596	,874	,929
ql21	83,3659	163,988	,514	,819	,931
ql22	82,8049	165,211	,509	,778	,931
ql23	83,4390	162,052	,643	,824	,929

LAMPIRAN 7. UJI RELIABILITAS DAN VALIDITAS SKALA
KEBERSYUKURAN

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,953	,956	25

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
IG1	104,7073	205,712	,390	.	,954
IG2	104,7561	200,439	,641	.	,951
IG3	104,7561	204,189	,519	.	,952
IG4	104,7073	202,712	,660	.	,951
IG5	104,8049	200,611	,694	.	,951
IG6	104,7317	202,201	,562	.	,952
IG7	104,6098	206,794	,573	.	,952
IG8	104,4878	207,606	,664	.	,952
IG9	104,5366	203,705	,647	.	,951
IG10	104,6585	201,830	,761	.	,950
IG11	104,7073	198,012	,754	.	,950
IG12	105,1951	194,811	,627	.	,952
IG13	105,1463	190,228	,822	.	,949
IG14	104,9268	196,720	,714	.	,950
IG15	104,8537	193,778	,777	.	,949
IG16	104,7073	197,012	,874	.	,949
IG17	105,1463	191,628	,754	.	,950
IG18	104,9268	193,670	,840	.	,949
IG19	105,0976	199,840	,531	.	,952
IG20	104,7561	197,389	,780	.	,950
IG21	104,7561	201,189	,607	.	,951
IG22	105,4634	199,855	,525	.	,953
IG23	105,1951	197,911	,694	.	,950
IG24	105,6098	198,344	,532	.	,953
IG25	105,1951	195,661	,739	.	,950

LAMPIRAN 8. HASIL UJI DESKRIPTIF RESPONDEN
PENELITIAN

jenis_kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	28	47,5	68,3	68,3
	2,00	13	22,0	31,7	100,0
	Total	41	69,5	100,0	
Missing	System	18	30,5		
Total		59	100,0		

rentang_usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	dibawah tiga puluh tahun	21	35,6	51,2	51,2
	diatas tiga puluh tahun	20	33,9	48,8	100,0
	Total	41	69,5	100,0	
Missing	System	18	30,5		
Total		59	100,0		

status_pernikahan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,00	5	8,5	12,2	12,2
	1,00	16	27,1	39,0	51,2
	2,00	14	23,7	34,1	85,4
	3,00	6	10,2	14,6	100,0
	Total	41	69,5	100,0	
Missing	System	18	30,5		
Total		59	100,0		

lama_diagnosa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,00	8	13,6	19,5	19,5

	kurang dari sama dengan tiga tahun	17	28,8	41,5	61,0
	lebih dari tiga tahun	16	27,1	39,0	100,0
	Total	41	69,5	100,0	
Missing	System	18	30,5		
Total		59	100,0		

LAMPIRAN 9. HASIL UJI DESKRIPTIF DATA PENELITIAN

Statistics			
		skor_IG	skor_QL
N	Valid	41	41
	Missing	18	18
Mean		109,2683	87,1707
Median		115,0000	86,0000
Mode		118,00	78,00 ^a
Sum		4480,00	3574,00
Percentiles	20	92,0000	77,0000
	40	112,0000	82,0000
	60	118,0000	91,0000
	80	122,0000	101,0000

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

skor_QL					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	57,00	1	1,7	2,4	2,4
	62,00	1	1,7	2,4	4,9
	67,00	1	1,7	2,4	7,3
	70,00	1	1,7	2,4	9,8
	71,00	1	1,7	2,4	12,2
	72,00	1	1,7	2,4	14,6
	76,00	1	1,7	2,4	17,1
	77,00	2	3,4	4,9	22,0
	78,00	3	5,1	7,3	29,3
	81,00	3	5,1	7,3	36,6
	82,00	2	3,4	4,9	41,5
	83,00	1	1,7	2,4	43,9
	85,00	1	1,7	2,4	46,3
	86,00	3	5,1	7,3	53,7
	87,00	1	1,7	2,4	56,1
	88,00	1	1,7	2,4	58,5
	91,00	2	3,4	4,9	63,4

	92,00	1	1,7	2,4	65,9
	95,00	2	3,4	4,9	70,7
	96,00	1	1,7	2,4	73,2
	98,00	1	1,7	2,4	75,6
	100,00	1	1,7	2,4	78,0
	101,00	2	3,4	4,9	82,9
	103,00	2	3,4	4,9	87,8
	105,00	2	3,4	4,9	92,7
	106,00	1	1,7	2,4	95,1
	110,00	1	1,7	2,4	97,6
	111,00	1	1,7	2,4	100,0
	Total	41	69,5	100,0	
Missing	System	18	30,5		
Total		59	100,0		

skor_IG				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	77,00	2	3,4	4,9
	85,00	3	5,1	12,2
	87,00	1	1,7	14,6
	88,00	1	1,7	17,1
	92,00	2	3,4	22,0
	93,00	1	1,7	24,4
	101,00	1	1,7	26,8
	105,00	1	1,7	29,3
Valid	106,00	2	3,4	34,1
	110,00	1	1,7	36,6
	112,00	3	5,1	43,9
	114,00	2	3,4	48,8
	115,00	2	3,4	53,7
	116,00	1	1,7	56,1
	118,00	6	10,2	70,7
	119,00	1	1,7	73,2
	120,00	1	1,7	75,6

	121,00	1	1,7	2,4	78,0
	122,00	3	5,1	7,3	85,4
	123,00	1	1,7	2,4	87,8
	124,00	1	1,7	2,4	90,2
	125,00	4	6,8	9,8	100,0
	Total	41	69,5	100,0	
Missing	System	18	30,5		
Total		59	100,0		

LAMPIRAN 10. SKALA SETELAH UJI COBA

BAGIAN I

Jawablah pertanyaan-pertanyaan di bawah ini dengan memberikan tanda silang (×) pada kotak pilihan jawaban sesuai dengan kondisi anda yang sebenarnya dalam empat minggu terakhir.

		Sangat Buruk	Buruk	Biasa-biasa Saja	Baik	Sangat Baik
1.	Bagaimana menurut Anda kualitas hidup Anda?					

		Sangat Tidak Memuaskan	Tidak Memuaskan	Biasa Saja	Memuaskan	Sangat Memuaskan
2.	Seberapa puas Anda terhadap kesehatan Anda?					

		Tidak Sama sekali	Sedikit	Sedang	Sering	Sangat Sering
3.	Seberapa jauh rasa sakit fisik mengganggu Anda dalam beraktivitas?					
5.	Seberapa jauh Anda menikmati hidup Anda?					
6.	Seberapa jauh Anda merasa hidup Anda berarti?					
7.	Seberapa jauh Anda mampu berkonsentrasi?					
8.	Secara umum, seberapa besar perasaan aman yang Anda rasakan dalam kehidupan sehari-hari?					
9.	Seberapa sehat lingkungan dimana Anda tinggal (berkaitan dengan sarana dan prasarana)?					

Pertanyaan berikut adalah tentang seberapa penuh anda alami hal-hal berikut dalam empat minggu terakhir.

		Tidak Sama sekali	Sedikit	Sedang	Sering	Sangat Sering
10.	Apakah Anda memiliki cukup tenaga untuk melakukan aktivitas sehari-hari?					
11.	Apakah Anda dapat menerima tampilan tubuh Anda?					
12.	Apakah kondisi keuangan Anda dapat memenuhi kebutuhan Anda?					
13.	Seberapa banyak ketersediaan informasi yang Anda butuhkan dalam kehidupan sehari-hari?					
14.	Seberapa sering Anda memiliki kesempatan untuk bersenang-senang/rekreasi?					

		Sangat Buruk	Buruk	Biasa-biasa Saja	Baik	Sangat Baik
15.	Seberapa baik kemampuan Anda dalam bergaul?					

		Sangat Tidak Memuaskan	Tidak Memuaskan	Biasa Saja	Memuaskan	Sangat Memuaskan
17.	Seberapa puasah Anda dengan kemampuan Anda untuk menunjukkan kemampuan dalam beraktivitas sehari-hari?					
18.	Seberapa puasah Anda dengan kemampuan Anda					

	untuk bekerja?					
19.	Seberapa puaskah Anda terhadap diri Anda?					
20.	Seberapa puaskah Anda dengan hubungan sosial Anda?					
21.	Seberapa puaskah Anda dengan kehidupan seksual Anda?					
22.	Seberapa puaskah Anda dengan dukungan yang Anda peroleh dari teman Anda?					
23.	Seberapa puaskah Anda dengan kondisi tempat tinggal Anda saat ini?					
24.	Seberapa puaskah Anda dengan akses Anda dalam layanan kesehatan					
25.	Seberapa puaskah Anda dengan alat transportasi yang Anda gunakan?					

BAGIAN II

No		Tidak Pernah	Jarang	Kadang-kadang	Sering	Selalu
1.	Apakah Anda meyakini bahwa semua nikmat yang diterima berasal dari Allah?					
2.	Apakah Anda menyadari bahwa setiap kebaikan yang diterima dari orang lain sebenarnya datang dari Allah?					
3.	Apakah Anda meyakini bahwa ada keterlibatan Allah pada setiap nikmat yang diperoleh Allah atas usaha Anda sendiri?					
4.	Apakah Anda meyakini setiap					

	kebaikan yang dilakukan merupakan karunia dari Allah?					
5.	Apakah Anda meyakini bahwa ada kebaikan dari Allah untuk setiap musibah/kesulitan yang Anda alami?					
6.	Apakah Anda percaya bahwa segala kemudahan yang ditemukan ketika mengalami kesulitan berasal dari Allah?					
7.	Apakah Anda menyadari bahwa setiap rasa aman yang diperoleh berasal dari Allah?					
8.	Apakah Anda menyadari bahwa nikmat kesehatan yang diperoleh berasal dari Allah?					
9.	Apakah Anda mengaku bahwa segala nikmat yang diterima berasal dari Allah?					
10.	Apakah Anda berterimakasih kepada Allah atas cuaca yang diberikan oleh-Nya?					
11.	Apakah Anda berterimakasih kepada Allah karena memiliki tempat untuk berteduh?					
12.	Apakah Anda memuji Allah ketika mengenakan pakaian baru?					
13.	Apakah setiap bangun tidur Anda memuji Allah masih memberikan kehidupan?					
14.	Apakah Anda berterimakasih kepada Allah karena terbangun dari tidur dalam keadaan sehat?					
15.	Apakah selesai sholat Anda berterimakasih kepada Allah karena masih diberikan kemampuan dan kesempatan untuk melaksanakan sholat?					
16.	Apakah Anda berterima kasih kepada orang yang telah berbuat baik?					
17.	Apakah Anda melakukan sujud syukur ketika mendapatkan kabar yang sangat menggembirakan?					
18.	Apakah Anda berterimakasih kepada orang yang telah berbuat baik?					
19.	Apakah Anda berterimakasih kepada orang yang telah menginspirasi?					

20.	Apakah Anda berterimakasih kepada orang yang telah memberikan nasehat?					
21.	Apakah Anda memuji Alloh atas kemudahan yang telah Dia berikan ketika mengalami kesulitan?					
22.	Apakah Anda menyisihkan uang yang diperoleh untuk sedekah?					
23.	Apakah Anda memaksimalkan potensi yang dimiliki untuk kemanfaatan orang lain?					
24.	Apakah Anda memberikan hadiah kepada orang lain sebagai bentuk terimakasih?					
25.	Apakah Anda mempergunakan waktu luang yang dimiliki untuk melakukan kebaikan?					

LAMPIRAN 11. TOTAL SKOR SKALA KUALITAS HIDUP
DAN KEBERSYUKURAN

Subjek	TScore QI	T Score IG
1	95	122
2	92	112
3	62	115
4	86	93
5	78	88
6	105	122
7	81	101
8	82	114
9	67	110
10	83	87
11	81	105
12	103	106
13	96	112
14	110	118
15	101	125
16	70	85
17	91	92
18	85	119
19	81	77
20	77	124
21	71	118
22	95	85
23	72	118
24	91	125
25	57	85
26	77	92
27	103	122
28	101	112
29	76	118
30	111	123
31	78	77
32	106	125
33	100	125
34	86	118
35	78	115
36	82	114
37	105	120
38	98	106

39	87	116
40	88	121
41	86	118

LAMPIRAN 12. UJI NORMALITAS

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
skor_IG	,208	41	,000	,856	41	,000
skor_QL	,078	41	,200 [*]	,979	41	,645

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

LAMPIRAN 13. UJI LINEARITAS

ANOVA Table

			Sum of	df	Mean	F	Sig.
			Squares		Square		
(Combined)			4751,638	21	226,268	1,900	,082
skor_QL * skor_IG	Between	Linearity	1144,481	1	1144,481	9,613	,006
	Groups	Deviation from Linearity	3607,157	20	180,358	1,515	,185
	Within Groups		2262,167	19	119,061		
Total			7013,805	40			

LAMPIRAN 14. UJI HIPOTESIS

Correlations			
		skor_QL	skor_IG
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1,000	,447**
	skor_QL Sig. (2-tailed)	.	,003
	N	41	41
	Correlation Coefficient	,447**	1,000
	skor_IG Sig. (2-tailed)	,003	.
	N	41	41

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

LAMPIRAN 15. ANALISIS TAMBAHAN

Correlations

		skor_IG	skor_aspek_fisik
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1,000	,333*
	skor_IG Sig. (2-tailed)	.	,033
	N	41	41
	Correlation Coefficient	,333*	1,000
	skor_aspek_fisik Sig. (2-tailed)	,033	.
	N	41	41

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

Correlations

		skor_IG	skor_aspek_psi kologis
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1,000	,473**
	skor_IG Sig. (2-tailed)	.	,002
	N	41	41
	Correlation Coefficient	,473**	1,000
	skor_aspek_psikologis Sig. (2-tailed)	,002	.
	N	41	41

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

Correlations

		skor_IG	skor_aspek_hs
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1,000	,242
	skor_IG Sig. (2-tailed)	.	,128
	N	41	41
	Correlation Coefficient	,242	1,000
	skor_aspek_hs Sig. (2-tailed)	,128	.
	N	41	41

Correlations

		skor_IG	skor_aspek_hdl
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1,000	,502**
	skor_IG Sig. (2-tailed)	.	,001
	N	41	41
	Correlation Coefficient	,502**	1,000
	skor_aspek_hdl Sig. (2-tailed)	,001	.
	N	41	41

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

Group Statistics

	jenis_kelamin	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
skor_QL	1,00	28	88,9643	13,07948	2,47179
	2,00	13	83,3077	13,26263	3,67839

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
skor_QL	Equal variance assumed	,451	,506	1,283	39	,207	5,65659	4,40867	3,26079	14,57398
	Equal variance not assumed			1,276	23,183	,214	5,65659	4,43174	3,50715	14,82034

Group Statistics

	rentang_usia	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
skor_QL	dibawah tiga puluh tahun	21	90,4286	14,08038	3,07259
	diatas tiga puluh tahun	20	83,7500	11,67938	2,61159

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
skor_Q	assumed equal variances	,850	,362	1,649	39	,107	6,67857	4,05120	1,51576	-14,87290
	assumed unequal variances			1,656	38,296	,106	6,67857	4,03252	1,48276	-14,83991

Descriptives

skor_QL	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
,00	5	92,2000	11,98749	5,36097	77,3156	107,0844	81,00	105,00
1,00	16	89,0625	14,11604	3,52901	81,5406	96,5844	57,00	111,00
2,00	14	86,9286	12,34419	3,29912	79,8012	94,0559	71,00	110,00

3,00	6	78,5000	12,91124	5,27099	64,9505	92,0495	62,00	98,00
Total	41	87,1707	13,24179	2,06802	82,9911	91,3504	57,00	111,00

ANOVA

skor_QL					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	635,639	3	211,880	1,229	,313
Within Groups	6378,166	37	172,383		
Total	7013,805	40			

Group Statistics

	lama_diagnosa	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
skor_QL	kurang dari sama dengan tiga tahun	17	87,0000	13,50463	3,27535
	lebih dari tiga tahun	16	88,5000	15,18332	3,79583

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig.	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
skor_QL	Equal variances assumed	,072	,790	-,300	31	,766	-1,50000	4,99535	11,68808	8,68808
	Equal variances not assumed			-,299	30,040	,767	-1,50000	5,01361	11,73858	8,73858