

## BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

### A. Hasil

#### 1. Analisis Deskriptif (Univariat)

Analisis deskriptif dari penelitian ini meliputi karakteristik responden (jenis kelamin, usia, pekerjaan, status perkawinan, agama, pendidikan, lama terapi ARV), distribusi stigma diri dan kualitas hidup ODHA.

##### a. Karakteristik Responden

**Tabel 3. 1 Karakteristik Responden di Yayasan Victory Plus yang Menjalani Pengobatan di Puskesmas Gedongtengen Yogyakarta 2020 (n= 77)**

Karakteristik Responden	Frekuensi (n)	Presentase (%)
<b>Usia</b>		
21-30 tahun	24	31,2
31-40 tahun	34	44,2
41-50 tahun	11	14,3
51-60 tahun	8	10,4
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki- laki	64	83,1
Perempuan	13	16,9
<b>Pekerjaan</b>		
Tidak Bekerja	11	14,3
Karyawan Swasta	39	50,6
Mahasiswa	1	1,3
Wiraswasta	14	18,2
IRT	8	10,4
PNS	1	1,3
Pekerja Lepas	2	2,6
PSK	1	1,3
<b>Status Perkawinan</b>		
Menikah	17	22,1
Janda	6	7,8
Belum Menikah	52	67,5
Duda	2	2,6
<b>Agama</b>		
Katolik	5	6,5
Islam	72	93,5
<b>Pendidikan</b>		
Tidak Sekolah	1	1,3
SD	8	10,4
SMP	15	19,5
SMA	53	68,8
<b>Lama Terapi ARV</b>		
1 tahun	6	7,8
2 tahun	19	24,7

3 tahun	12	15,6
4 tahun	13	16,9
5 tahun	9	11,7
6 tahun	3	3,9
7 tahun	5	6,5
8 tahun	10	13
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>

Tabel 3.3 menunjukkan bahwa usia responden sebagian besar dalam rentang usia 31-40 tahun dengan jumlah 34 orang (44,2%). Pada jenis kelamin responden jumlah laki-laki sebanyak 64 orang (83,1%). Pekerjaan responden sebagian besar adalah karyawan swasta sebanyak 39 orang (50,6%). Selanjutnya status perkawinan responden sebagian besar adalah belum menikah sebanyak 52 orang (67,5%). Agama responden paling banyak adalah islam sejumlah 72 orang (93,5%). Pendidikan terakhir responden paling banyak adalah SMA sebesar 53 orang (68,8%). Lama terapi ARV responden paling banyak adalah 2 tahun sebanyak 19 orang (24,7%).

b. Gambaran Stigma diri

**Tabel 3. 2 Distribusi Stigma Diri Responden di Yayasan Victory Plus Yogyakarta (n=77)**

Kategori	Frekuensi (n)	Presentase (%)
<i>Minimal</i>	2	2,6
<i>Low</i>	58	75,3
<i>Moderate</i>	14	18,2
<i>High</i>	3	3,9
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>

Pada tabel 3.4 menunjukkan bahwa stigma diri responden sebagian besar dalam kategori *low* yaitu 58 orang (75,3%).

c. Gambaran Kualitas hidup

**Tabel 3. 3 Distribusi Kualitas Hidup Responden di Yayasan Victory Plus Yogyakarta (n=77)**

Kategori	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Baik	69	89,6
Kurang Baik	8	10,4
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>

Pada tabel 3.5 menunjukkan bahwa kualitas hidup responden sebagian besar dalam kategori baik yaitu sebanyak 69 orang (89,6%).

## 2. Analisis Inferensial (Bivariat)

Analisis ini bertujuan untuk mengetahui hubungan atau korelasi antara variable bebas dan terikat. Tabulasi silang antara stigma diri dengan kualitas hidup ODHA terdapat pada tabel 3.6.

**Tabel 3. 4 Tabulasi Silang Stigma Diri dengan Kualitas Hidup ODHA di Yayasan Victory Plus Yogyakarta (n=77)**

	Kualitas Hidup				Total	R	P- value
	Baik		KurangBaik				
	N	%	N	%	N	%	
Stigma Diri							
<i>Minimal</i>	2	2,6%	0	0,0%	2	2,6%	-0,310 0,033
<i>Low</i>	55	71,4%	3	3,9%	58	75,3%	
<i>Moderate</i>	11	14,3%	3	3,9%	14	18,2%	
<i>High</i>	1	1,3%	2	2,6%	3	3,9%	
Total	69	89,6%	8	10,4%	77	100%	

Pada tabel 3.6 dapat disimpulkan bahwa dari total 77 responden paling banyak memiliki stigma diri *low* dengan kualitas hidup baik sebanyak 55 orang (71,4%). Pada penghitungan statistic menggunakan uji somers'd didapatkan *p-value* 0,033 (*p-value* <0,05) yang berarti bahwa ada hubungan antara stigma diri dengan kualitas hidup ODHA dan nilai keeratan korelasi antara 2 variabel tersebut adalah -0,310 yang berarti keeratan antara 2 variabel tersebut lemah dengan arah korelasi negatif yaitu semakin tinggi stigma diri maka semakin rendah kualitas hidupnya.

## B. Pembahasan

### 1. Gambaran Stigma Diri

Stigma diri adalah keadaan dimana seseorang menghakimi dirinya sendiri sebagai orang yang tidak disukai oleh masyarakat. Stigma diri juga mengacu pada proses dimana menerima secara psikis dalam perlakuan negatif dan stereotip dari masyarakat kemudian menyatukan ke dalam konsep diri yang negatif yang mengandung harga diri negatif, perasaan tidak aman antara pribadi yang dirasakan, dan penurunan pengungkapan diri (Zhang *et al.*, 2015; Mawarni, 2017). Selain itu ada beberapa faktor yang mempengaruhi terkait dengan stigma diri yaitu umur, terapi ARV, dukungan sosial, pendidikan (Kleinman and Hall-Clifford, 2009).

Stigma diri pada hubungan sosial adalah distigmatisasi oleh jaringan social mereka yang dihasilkan karena adanya pengalaman negatif yang berkaitan dengan sikap atau reaksi orang lain terhadap pengungkapan status HIV (Nobre *et al.*, 2018). Hasil penelitian menunjukkan bahwa stigma diri paling banyak dalam kategori *low* sebanyak 58 orang (75,3%). Penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang mendapatkan kategori stigma *low* sebanyak 230 orang dengan presentase 50,7% (Datta *et al.*, 2016). Dari penelitian sebelumnya mengatakan bahwa 90,17% ODHA merasa perlu untuk menyembunyikan statusnya kepada orang lain dan memilih siapa saja orang yang dapat ia ceritakan tentang apa yang terjadi pada dirinya terkait dengan status HIV (Ismayadi, 2016). Maka dapat diasumsikan bahwa stigma diri dalam kategori *low* dapat terjadi karena rendahnya pengalaman negatif yang berkaitan dengan reaksi orang lain yang terjadi karena minimnya ODHA untuk mengungkapkan atau membicarakan statusnya kepada orang lain.

Menurut Nasronudin mengatakan bahwa bertambahnya umur suatu individu akan mengubah dan mempengaruhi proses terbentuknya motivasi sehingga akan berpengaruh pada perilaku seseorang

(Nasronudin, 2007). Hasil penelitian ini menunjukkan usia responden paling banyak berada pada rentang 31-40 tahun dengan jumlah 34 orang (44,2%). Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya bahwa penderita HIV/AIDS berada pada usia produktif yaitu rentang usia 26-35 dan 36-45 tahun yang jumlahnya mencapai 70% (Yuliandra *et al.*, 2017). Stigma diri menurut penelitian sebelumnya dipengaruhi oleh usia yang dibuktikan dengan nilai  $p < 0,005$  yaitu 0,000 dan stigma tinggi dirasakan pada responden dalam rentang kelompok umur 19-35 tahun sebanyak 42 responden. Kemudian dijelaskan bahwa semakin dewasa suatu individu maka akan memengaruhi penerimaan terhadap status HIV, selain itu akan berpengaruh pada kinerja fisik dan perilaku pengidap HIV terhadap stigma (Mawarni, 2017).

Katz memaparkan bahwa stigma dapat mengecilkan hati penderita HIV sehingga mempengaruhi dalam kemampuan dan keberhasilan patuh pada terapi ARV (Katz *et al.*, 2013). Stigma yang muncul secara universal akan mempengaruhi kepatuhan dalam penggunaan ARV, stigma yang dirasakan adalah sebagai konsekuensi dari pengungkapan status HIV kepada orang lain sehingga penderita HIV seringkali berbohong bahwa obat-obatan yang diambil adalah untuk kondisi lain karena mereka takut akan penolakan dan diskriminasi (Ammon, Mason and Corkery, 2018). Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden sebagian besar melakukan terapi ARV selama 2 tahun yang berjumlah 19 orang (24,7%). Penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya bahwa Penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya bahwa lama rata-rata penderita terinfeksi HIV <5 tahun sebanyak 57,1% (Novianti, Parjo and Dewi, 2014).

Stigma diri dipengaruhi oleh kesejahteraan psikologis contohnya dengan meningkatkan dukungan sosial yang dapat menurunkan gejala depresi dalam efek dari stigma diri. Stigma diri dapat dikurangi melalui intervensi misalnya konseling, terapi perilaku kognitif, swadaya, atau kelompok pendukung. ODHA cenderung mencari

dukungan dari ODHA lain daripada teman dekat dan anggota keluarga karena suatu masalah dalam penerimaan. Sehingga perlu mendorong ODHA untuk bergabung dengan kelompok dukungan sebaya / online sehingga mereka dapat menerima dukungan dari teman sebaya (Li, Phoenix K.H. Mo, *et al.*, 2017). Dalam penelitian ini semua responden yang berjumlah 77 orang masuk dalam anggota dukungan sebaya yaitu Yayasan Victory Plus Yogyakarta. Penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya bahwa pengambilan data jumlah ODHA yaitu 8 orang yang bergabung di kelompok dukungan sebaya Malang dengan hasil studi bahwa ODHA menerima dukungan sosial seperti informasi, integritas sosial, pelayanan kesehatan, emosional dan spiritual. Bentuk integritas sosial yaitu penerimaan masyarakat dengan tidak memberikan tekanan sosial dan menerima dalam kelompok yang lebih luas, dukungan spiritual adalah nasihat yang selalu mengajarkan bersyukur dan bersabar terhadap apa yang dialaminya, dukungan emosional yaitu dalam bentuk pemberian motivasi, saling menguatkan satu sama lain dan memberikan perasaan yang menunjukkan rasa empati. Selama ODHA mendapatkan dukungan sosial maka akan berpengaruh pada kesehatan yang terkontrol yang ditunjukkan dari kemudahan akses pelayanan kesehatan dan koping yang adaptif (Setyoadi, 2013).

Teori Green mengemukakan bahwa pengetahuan termasuk faktor predisposisi yang mempengaruhi perilaku seseorang yang dipengaruhi oleh individu dan lingkungan. Salah satu penyebab stigma yaitu adanya mis-informasi dan kurangnya pemahaman terhadap penyakitnya sendiri (Hati, Shaluhyah and Suryoputro, 2017). Dari hasil penelitian ini menunjukkan pendidikan jumlah tertinggi yaitu SMA sebanyak 53 orang (68,8%). Penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa pendidikan tertinggi adalah SMA sebesar 63 orang dengan presentase 50,81% (Anwar, Nugroho and Tantri, 2018). Pada penelitian sebelumnya pendidikan terakhir

SMU memiliki self stigma rendah sebanyak 37,0% (10 penderita) karena pendidikan SMU penderita HIV/AIDS memiliki inisiatif yang baik untuk memeriksakan diri, kontrol rutin, dan menggunakan pengaman saat berhubungan dengan pasangan, kemudian melakukan pencegahan agar orang disekitarnya tidak tertular (Suryani, 2016). Terdapat hubungan antara pendidikan dengan stigma yang ditunjukkan pada nilai  $p= 0,015$  pada tingkat SMA sebanyak 36 responden (Mawarni, 2017). Ketika pendidikan yang dimiliki ODHA lebih tinggi maka akan lebih rasional dalam menerima informasi yang datang sehingga pengetahuannya menjadi lebih luas. Kemudian ODHA akan cenderung untuk mengungkapkan status HIV yang dimilikinya dan mampu mengatasi atau menanggapi stigma pada dirinya (Manalu, Harahap and Sinurat, 2019 ; Kambu, Waluyo and Kuntarti, 2016 (Nyoko, Hara and Abselian, 2016).

## 2. Gambaran Kualitas Hidup

Kualitas hidup adalah suatu pandangan dan perasaan ODHA terhadap kemampuan fungsionalnya akibat terserangnya HIV/AIDS yang meliputi seperti kesehatan fisik, kondisi psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, dan hubungan individu kepada lingkungannya (Jiwintarum *et al.*, 2019). Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup adalah pendidikan, lama terapi ARV, stadium klinis, dukungan sosial dan stigma (Handayani, Sari and Dewi, 2017).

Untuk meningkatkan kualitas hidup ODHA terdapat lima pilar yang harus dimiliki yaitu memiliki kepercayaan diri, memiliki pengetahuan tentang HIV/AIDS, memiliki akses ketersediaan layanan dukungan (keluarga maupun teman sebaya), pengobatan dan perawatan, tidak menularkan virus ke orang lain dan melakukan kegiatan positif (Novrianda, Nurdin and Ananda, 2018). Dukungan sosial diperoleh dari dukungan keluarga, dukungan teman sebaya, dan

dukungan masyarakat. Dukungan sosial menggambarkan adanya bantuan yang didapatkan oleh individu yang berasal dari lingkungan sekitarnya, ODHA dengan dukungan sosial yang rendah akan mengisolasi diri dari lingkungannya (Kusuma, 2016). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kualitas hidup ODHA dalam kategori baik sebanyak 69 orang (89,6%). Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya bahwa 65 orang (85,5%) kualitas hidup baik (Jacob and Sandjaya, 2018). Pada saat ODHA mengikuti kelompok dukungan sebaya maka mereka mempunyai kesibukan dan kegiatan lain, sehingga mereka seakan melupakan bahwa sebenarnya memiliki suatu penyakit menular yang mematikan. Kegiatan yang dilakukan akan berdampak positif terhadap kualitas hidupnya dan membuat ODHA lebih produktif (Amiruddin and Sidik Arsyad, 2014 ; Avelina and Idwan, 2018).

Menurut Carista dkk kualitas hidup dipengaruhi oleh lama terapi ARV karena mampu meningkatkan kelangsungan hidup, mengurangi terjadinya infeksi oportunistik pada ODHA, selain itu ODHA yang mengkonsumsi ARV akan lebih lama mengalami peningkatan dalam kualitas hidupnya karena terapi ARV sendiri merupakan upaya untuk memperpanjang hidup ODHA. ARV sendiri berkeja melawan infeksi dengan cara memperlambat reproduksi HIV dalam tubuh sehingga tubuh akan terasa lebih sehat dan lebih produktif (Carsita, Wenny and Mirah, Asmi, 2019). Lama terapi ARV pada penelitian ini paling banyak adalah 2 tahun yang berjumlah 19 orang (24,7%). Penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya bahwa lama rata-rata penderita terinfeksi HIV <5 tahun sebanyak 57,1% (Novianti, Parjo and Dewi, 2014). Lama terapi ARV dikatakan mempengaruhi dari kualitas hidup ODHA karena dari penelitian sebelumnya mengatakan bahwa ODHA yang sudah lama terkena HIV/AIDS dan sudah menjalani pengobatan ARV >1 tahun secara teratur akan memperpanjang hidup ODHA dengan memperlambat produksi HIV dalam tubuh sehingga membuat



mereka lebih sehat dan produktif, selain itu dengan mengkonsumsi ARV dalam waktu yang lama maka akan mengalami peningkatan skor kualitas hidupnya (Handayani, Sari and Dewi, 2017).

Menurut Moons dkk pendidikan mempengaruhi kualitas hidup karena pendidikan yang didapatkan oleh seseorang akan meningkatkan kualitas hidupnya seiring dengan tingginya tingkat pendidikan yang diperoleh (Moons *et al.*, 2004). Pendidikan mempengaruhi kualitas hidup yang dinyatakan dalam penelitian sebelumnya dikarenakan pendidikan berkaitan dengan persepsi seseorang dalam mengambil keputusan yang tepat dalam jenis perawatan yang digunakan (Novianti, Parjo and Dewi, 2014). Pendidikan dalam penelitian paling banyak adalah SMA yang berjumlah 53 orang (68,8%). Pendidikan secara signifikan berhubungan dengan kualitas hidup karena tingkat pendidikan dapat mempengaruhi keterampilan manajemen diri dalam menghadapi suatu penyakit dan permasalahan lainnya. Orang yang berpendidikan memiliki akses yang mudah dan lebih mudah memahani informasi yang diperoleh sehingga dapat meningkatkan kemampuan diri dalam pemecahan masalah sekaligus untuk mengambil keputusan terkait dengan penyakitnya (Handayani, Sari and Dewi, 2017; Notoatmodjo, 2007). Kualitas hidup yang baik dipengaruhi oleh pendidikan yang tinggi karena seseorang dapat memahami penyakit dan petunjuk yang diberikan dalam pengobatan, selain itu juga mempengaruhi tingkat informasi yang didapat contohnya dalam mengakses kelompok dukungan sebaya.

Sedangkan dalam penelitian lain mengatakan bahwa tidak ada hubungan antara kualitas hidup dengan pendidikan dibuktikan dengan nilai  $p=0,31$  yang dijelaskan bahwa walaupun responden memiliki tingkat pendidikan yang rendah akan tetapi responden memiliki pengetahuan yang baik terkait penyakitnya contohnya dengan melakukan pertemuan di LSM setiap bulannya untuk memberikan

informasi dan pengetahuan baru yang berkaitan dengan HIV/AIDS (Zainudin, Meo and Tanaem, 2016).

### **3. Hubungan Stigma Diri dengan Kualitas Hidup**

Stigma ada karena ketidaktahuan masyarakat mengenai informasi yang benar terhadap mekanisme penularan HIV. Stigma menjadi penghalang dalam pencegahan, perawatan dan aktivitas sosial yang seharusnya didapatkan oleh ODHA. Adanya stigma yang diberikan oleh keluarga atau masyarakat membuat terjadinya perubahan perilaku pada ODHA seperti memilih menutup/menarik diri dari lingkungannya dan menyembunyikan status kesehatannya. Dampak yang lebih luas dapat terjadi karena stigma bukan hanya mempengaruhi penderita positif HIV saja akan tetapi juga orang-orang yang hidup di sekitarnya sehingga hal itu menjadi beban secara psikologis bagi ODHA yang membuat mereka akan menghakimi dirinya sendiri seperti memandang dirinya tidak berharga, mengurung diri, tidak bergaul dengan orang lain dan menganggap dirinya orang yang tidak baik. Hal ini akan menyebabkan terjadinya penurunan kualitas hidup ODHA (Guma, 2011).

Menurut konsep stigma sangat berpengaruh pada kualitas hidup ODHA karena akan berdampak pada penyangkalan dan pembatasan akses dalam memperoleh pelayanan kesehatan, selain itu bayangan persepsi atau perasaan terstigma diri akan mempengaruhi dari aspek pencegahan HIV. Adanya stigma akan membuat ODHA tidak mau melakukan atau mengakses pelayanan kesehatan sehingga untuk melakukan pencegahan infeksi pada ODHA semakin sulit dan rendah. Kemudian hal itu akan berdampak kembali pada kualitas hidupnya baik secara fisik atau psikologisnya. Stigma diri yang dirasakan akan membuat ODHA merasa selalu terdiskriminasi oleh orang lain sehingga membuat ODHA menutup statusnya, membatasi lingkungan dan hubungan sosial yang berdampak kesempatan dalam mendapatkan

informasi semakin terbatas (Ismayadi, 2016 ; Indonesia, 2013). Sedangkan Cheng mengatakan bahwa stigma diri memiliki efek buruk pada kesehatan orang dengan penyakit mental karena dapat menurunkan harga diri dan self efficacy dengan orang yang memiliki penyakit mental dan pada akhirnya akan mengalami penurunan kualitas hidup. Stigma diri salah satu stigma yang paling menyakitkan dengan efek destruktif, yang berdampak negatif terhadap efek pengobatan untuk orang dengan penyakit mental. Stigma diri mengandung tiga komponen kognisi yang mempengaruhi perilaku yang masing-masing sesuai dengan stereotip, prasangka, dan diskriminasi dalam stigma publik. Stigma diri memiliki dampak yang cukup besar pada kualitas hidup pasien dengan gangguan mental. Kualitas hidup mengandung konsep dasar multidimensional yaitu fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan (Cheng *et al.*, 2019).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar memiliki stigma diri *low* dengan kualitas hidup baik sebanyak 55 orang (71,4%). Pada penghitungan statistic didapatkan bahwa ada hubungan antara stigma diri dengan kualitas hidup ODHA dengan nilai keeratan korelasi lemah. Penelitian ini didukung dengan penelitian sebelumnya yang bahwa kategori stigma mayoritas adalah positif sebanyak 97,4% kemudian untuk kualitas hidup dalam kategori baik sebanyak 51,3%. Sedangkan uji statistic menunjukkan bahwa ada hubungan signifikan terhadap stigma dan kualitas hidup pasien HIV/AIDS dengan kekuatan sedang dan arah korelasi negatif yaitu semakin tinggi stigma maka semakin rendah kualitas hidupnya (Ismayadi, 2016). Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang mengatakan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara stigma terhadap kualitas hidup penderita HIV pada komunitas LSL dimana stigma baik dari masyarakat atau penderita sendiri akan meningkatkan kualitas hidup penderita HIV dilihat dari hasil analisis uji regresi logistik ganda juga menunjukkan bahwa variabel bebas yaitu stigma dengan p value 0,039

( $p < 0,05$ ), depresi dengan  $p$  value 0,004 ( $p < 0,05$ ) berpengaruh terhadap kualitas hidup penderita HIV pada komunitas LSL di Kota Pematangsiantar (Mariany, Asfriyat and Sanusi, 2019). Kemudian dari penelitian sebelumnya menemukan bahwa terdapat hubungan positif antara stigma diri dan depresi sebagian besar dimediasi oleh tingkat pengaruh positif yang lebih rendah, tingkat pengaruh negatif yang lebih tinggi, dan tingkat dukungan sosial yang lebih rendah. Temuan ini mengkonfirmasi bahwa stigma diri secara tidak langsung berdampak pada kesejahteraan psikologis melalui rendahnya dukungan sosial. Salah satunya adalah mereka yang melaporkan bahwa stigma diri dapat membuat mereka mengisolasi diri sendiri dan menerima dukungan sosial yang terbatas dari orang lain. Hal ini menjelaskan bahwa stigma diri dikaitkan dengan rasa takut akan pengungkapan diri dan adanya jarak sosial (Li, Phoenix K. H. Mo, *et al.*, 2017). Dari penelitian Wardani dan Dewi memaparkan bahwa terdapat hubungan stigma diri terhadap kualitas hidup secara umum dengan arah hubungan yaitu semakin tinggi stigma diri maka semakin rendah kualitas hidupnya, dimana stigma diri pasien skizofrenia mempengaruhi kualitas kesehatan fisik dan psikologis yang terlihat pada kemampuan pasien memelihara tubuh dan kemampuan koping terhadap stressor. Pasien yang mengalami stigma diri cenderung tidak memperdulikan dirinya karena kurang semangat dalam menjalani hidup sehingga berdampak pada berkurangnya kualitas hidup pada kesehatan fisik akibat ketidakmampuan perawatan diri (Wardani and Dewi, 2018).

### C. Keterbatasan

1. Peneliti hanya dapat mempersamakan persepsi kepada numerator 1 saja karena numerator 2 berhalangan hadir sehingga numerator 1 menginfokan apa saja yang disamakan persepsi kepada numerator 2.

2. Waktu penelitian lebih lama dibanding saat kesepakatan bersama bahwa penelitian akan dilakukan pada awal bulan April akan tetapi mudur sehingga dilakukan pada akhir bulan April.

UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI  
PEPUSTAKAAN  
YOGYAKARTA