

SKRIPSI

**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KUALITAS HIDUP
ORANG DENGAN HIV-AIDS (ODHA) DI KLINIK
VCT PUSKESMAS JUMPANDANG BARU
KOTA MAKASSAR TAHUN
2021**

WHIDY WILDANA SAKINAH

K011171036



*Skripsi Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk
Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat*

**DEPARTEMEN EPIDEMIOLOGI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI

**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KUALITAS HIDUP ORANG
DENGAN HIV-AIDS (ODHA) DI KLINIK VCT PUSKESMAS JUMPANDANG
BARU KOTA MAKASSAR TAHUN 2021**

Disusun dan diajukan oleh

WHIDY WILDANA SAKINAH
K011171036

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian yang dibentuk dalam rangka
Penyelasaan Studi Program Sarjana Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin
pada tanggal 09 Agustus 2021
dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui,

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping


Dr. Wahiduddin, SKM., M.Kes
Nip. 197604072005011004


A. Selvi Yusnitasari, SKM., M.Kes
Nip. 199001232019032017



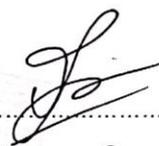
Ketua Program Studi,

Dr. Surtali, SKM., M.Kes
Nip. 197405202002122001

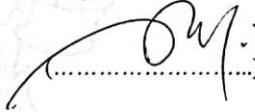
PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Senin Tanggal 09 Agustus 2021.

Ketua: Dr. Wahiduddin, SKM., M.Kes

(.....)

Sekretaris: A. Selvi Yusnitasari, SKM., M.Kes

(.....)

Anggota :

1. Prof. Dr. Ridwan A, SKM., M.Kes., M.Sc.PH

(.....)

2. Dr. Ridwan M. Thaha, M.Sc

(.....)

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Whidy Wildana Sakinah
NIM : K011171036
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Hp : 085298040092
e-mail : wihdywildana@gmail.com

Dengan ini menyatakan bahwa artikel **“Faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Hidup Orang dengan HIV-AIDS (ODHA) di klinik VCT Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar Tahun 2021”** benar bebas dari plagiat, dan apabila pernyataan ini terbukti tidak benar maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Demikian surat ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 20 Juli 2021

Yang membuat Pernyataan



Whidy Wildana Sakinah

RINGKASAN

Universitas Hasanuddin
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Epidemiologi

Whidy Wildana Sakinah

“Faktor Yang Berhubungan dengan Kualitas Orang dengan HIV-AIDS di Klinik VCT Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar”

(xiv + 187 Halaman + 4 Gambar + 10 Tabel + 7 Lampiran)

HIV-AIDS merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi virus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) yang menyerang sistem kekebalan tubuh. Infeksi tersebut juga menyebabkan penderita mengalami penurunan ketahanan tubuh sehingga sangat mudah untuk terinfeksi berbagai macam penyakit lain yang disebut dengan AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*). Kualitas hidup sangat memengaruhi kondisi ODHA. Terdapat beberapa faktor yang memengaruhi kualitas hidup penderita HIV-AIDS yaitu meliputi dukungan sosial, efek ARV, efek dari psikososial, spiritual, lama infeksi virus HIV, mekanisme koping, depresi, stigma, pekerjaan, serta status pernikahan. Menurut data statistik WHO pada bulan juli tahun 2020 didapatkan data bahwa terdapat 38 juta orang yang hidup dengan kasus HIV-AIDS di dunia dan 1,7 juta merupakan kasus baru dan 0,7 juta merupakan kasus kematian akibat HIV-AIDS.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup ODHA di Klinik VCT Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif menggunakan pendekatan survei analitik dengan desain *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah ODHA di Klinik VCT Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar yang mendapatkan terapi ARV dengan jumlah sampel sebanyak 154 orang diperoleh dengan metode *consecutive sampling*. Pengumpulan data menggunakan instrumen kuesioner serta observasi. Pengolahan data menggunakan SPSS. Analisis data yang dilakukan adalah analisis univariat dan bivariat dengan uji *chi square*. Penyajian data dalam bentuk tabel disertai narasi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel yang berhubungan adalah variabel depresi ($p=0,005$), stigma ($p=0,001$), dan dukungan sosial ($p=0,000$). Sedangkan variabel yang tidak berhubungan yaitu variabel infeksi oportunistik ($p=0,197$) dan variabel lama menderita ($p=0,333$) dengan kualitas hidup ODHA. Peneliti menyarankan untuk ODHA agar lebih membuka diri dan petugas kesehatan agar lebih meningkatkan edukasi pada masyarakat agar lebih meminimalisir stigma sehingga berdampak pada penurunan depresi dan infeksi oportunistik dan meningkatkan dukungan sosial pada ODHA.

Kata Kunci : HIV-AIDS, ODHA, kualitas hidup

SUMMARY

*Hasanuddin University
Faculty of Public Health
Epidemiology*

Whidy Wildana Sakinah

"Factors Related to the Quality of People with HIV-AIDS in the VCT Clinic of the Jumpondang Baru Health Center Makassar City"

(xiv + 186 Pages + 4 Images + 10 Tables + 7 Appendices)

HIV-AIDS is an infectious disease caused by infection with the HIV virus (Human Immunodeficiency Virus) which attacks the immune system. The infection also causes the patient to experience a decrease in body resistance so that it is very easy to be infected with various other diseases called AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome). Quality of life will affect the condition of ODHA. There are several factors that affect the quality of life of people living with HIV-AIDS, including social support, ARV effects, psychosocial, spiritual effects, duration of HIV infection, coping mechanisms, depression, stigma, employment, and marital status. According to WHO statistical data in July 2020, it was found that there were 38 million people living with HIV-AIDS cases in the world and 1.7 million were new cases and 0.7 million were deaths from HIV-AIDS.

This study aims to determine the factors related to the quality of life of people living with HIV-AIDS (ODHA) at the VCT Clinic of the Jumpondang Baru Health Center Makassar City. The type of research used is quantitative research using an analytical survey approach by design cross sectional. The population in this study were ODHA at the VCT Clinic of the Jumpondang Baru Health Center Makassar City who received ARV therapy with a total sample of 154 people obtained by the method consecutive sampling. Collecting data using a questionnaire instrument and observation. Data processing using SPSS. Data analysis carried out was univariate and bivariate analysis with test chi square. Presentation of data in tabular form accompanied by narration.

The results showed that the variables that were related were depression ($p=0.005 < 0.05$), stigma ($p=0.001 < 0.05$), and social support ($p=0.000 < 0.05$). While the unrelated variables were the opportunistic infection variable ($p=0.197 > 0.05$) and the long-suffering variable ($p=0.333 > 0.05$) with the quality of life of ODHA. Researchers suggest for ODHA to be more open to themselves and health workers to further improve education in the community to minimize stigma so that it has an impact on reducing depression and opportunistic infections and increasing social support for ODHA.

Keywords: HIV-AIDS, ODHA, quality of life

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Alhamdulillah segala puji bagi Allah SWT, Sang Pemilik dunia dan seisinya, tiada Tuhan selain Allah dan hanya kepada-Nyalah kita patut memohon dan berserah diri karena berkat Rahmat, Hikmat dan Karunia-Nya kepada saya sehingga dapat menyelesaikan hasil penelitian skripsi ini dengan judul “***Faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Hidup Orang dengan HIV-AIDS di Klinik VCT Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar Tahun 2021***”. Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat yang diajukan untuk menyelesaikan studi di Fakultas Kesehatan Masyarakat Strata Satu (S1) Universitas Hasanuddin. Teriring salam dan shalawat kepada manusia tauladan seluruh umat ciptaan-Nya, Nabi Muhammad SAW beserta keluarga dan sahabatnya hingga akhir zaman.

Skripsi ini tidak luput dari peran orang-orang istimewa bagi penulis, maka izinkan penulis untuk menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada kedua orang tua tercinta, Ayahanda **Fahiruddin Lading** dan Ibunda **Hj. Sukmawati Minti** yang telah membesarkan, mendidik membimbing, dan senantiasa memberikan dukungan moral maupun materil, sengat, kasih sayang, doa dan restu yang selalu mengiringi tiap langkah penulis sehingga bisa sampai ke titik ini, serta kepada adik **Naura Mi'raj Nazhifah** yang selalu menghibur dan keluarga besar yang selalu menjadi sumber motivasi kuat bagi penulis untuk menyelesaikan skripsi ini.

Melalui kesempatan ini pula, penulis ingin menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Ibu Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, M.A selaku Rektor Universitas Hasanuddin
2. Bapak Dr. Aminuddin Syam, SKM, M.Kes, M.Med.Ed sebagai Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

3. Ibu Jumriani Ansar, SKM, M.Kes selaku ketua Departemen Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin
4. Bapak Dr. Wahiduddin, SKM., M.Kes selaku Pembimbing I dan Ibu A. Selvi Yusnitasari, SKM, M.Kes selaku Pembimbing II yang rela meluangkan waktunya dan dengan penuh kesabaran memeriksa dan memberikan saran agar penulisan skripsi ini lebih baik.
5. Bapak Prof. Dr. Ridwan Amiruddin, SKM, M.Kes, M.Sc.PH selaku penguji dari Departemen Epidemiologi dan Dr. Ridwan M. Thaha, M.Sc yang telah banyak memberikan masukan guna penulisan skripsi yang lebih baik.
6. Seluruh dosen Universitas Hasanuddin yang telah bersedia mengajar dan membimbing penulis selama menjalani studi di kampus Universitas Hasanuddin Makassar.
7. Seluruh staf akademik yang banyak membantu selama ini.
8. Pihak Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar dan seluruh responden yang telah bersedia dan meluangkan waktu untuk membantu peneliti dalam menyelesaikan penelitiannya dan senantiasa membantu administrasi pengurusan penelitian.
9. Teman-teman MABO Tiwi, Uli, Leli, Ayu, Astrid, Vira dan Pororo yang selama ini selalu memberikan masukan dan dukungan kepada penulis.
10. Teman-teman FKM UNHAS khususnya kepada Ros, Isty dan Sri yang telah banyak membantu dan menjadi tempat berbagi informasi selama penulis menyusun skripsi.
11. Teman-teman LONTARA khususnya teman-teman GENGS Coko, Tiara, Inna dan Nanda yang sama-sama berjuang dalam menyelesaikan skripsi telah memberikan banyak dukungan dan semangat kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi.
12. Teman-teman PBL POSKO 4 Desa Ko'mara yang telah menemani sejak PBL I, PBL II dan PBL III yang senantiasa saling memberi *support* satu sama lain dalam penyelesaian skripsi masing-masing.
13. Teman-teman REWA, HIMAPID dan PIK HEART yang memberikan banyak pengalaman dalam berorganisasi selama di Fakultas Kesehatan

Masyarakat Universitas Hasanuddin.

14. Teman-teman Kuliah Kerja Nyata Pinrang 3 Wilayah Kabupaten Pinrang atas pengalaman dan pembelajaran selama KKN.

Terima kasih kepada seluruh pihak yang telah berjasa yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, atas segala, bantuan, doa, dan motivasi serta dukungan moril dan materil yang tulus diberikan untuk penulis selama menjalani studi di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

Dalam penyusunan hasil penelitian ini, tentu saja penulis menyadari bahwa masih terdapat banyak kekurangan serta kekeliruan. Oleh karena itu, besar harapan penulis agar dapat diberikan kritik dan saran yang membangun dari segala pihak agar skripsi ini berguna dalam ilmu pendidikan dan penerapannya. Akhir kata, mohon maaf atas segala kekurangan penulis, semoga Allah SWT melimpahkan rahmat-Nya kepada kita semua.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Makassar, 30 Juni 2021



Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PENGESAHAN TIM PENGUJI	Error! Bookmark not defined.
RINGKASAN	iv
SUMMARY	iv
KATA PENGANTAR	ivi
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR SINGKATAN	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	9
C. Tujuan Penelitian	9
D. Manfaat Penelitian	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	11
A. Tinjauan Umum Tentang HIV-AIDS.	11
B. Tinjauan Umum Tentang Kualitas Hidup.	21
C. Tinjauan Umum Tentang Depresi.....	29
D. Tinjauan Umum Tentang Stigma.....	33
E. Tinjauan Umum Tentang Infeksi Oportunistik	40
F. Tinjauan Umum Tentang Dukungan Sosial	48
G. Tinjauan Umum Tentang Lama Menderita	52
H. Kerangka Teori	54
BAB III KERANGKA KONSEP	55
A. Dasar Pemikiran Variabel yang Diteliti	55
B. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif	59
C. Hipotesis.....	62

BAB IV METODE PENELITIAN	63
A. Jenis Penelitian	63
B. Waktu dan Lokasi Penelitian.....	63
C. Populasi dan Sampel	64
D. Instrumen Penelitian	66
E. Pengumpulan Data	68
F. Pengolahan dan Analisis Data	69
G. Penyajian Data	71
H. Etika Penelitian	72
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN.....	73
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	73
B. Hasil Penelitian.....	76
C. Pembahasan	97
D. Keterbatasan penelitian	119
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....	120
A. Kesimpulan.....	120
B. Saran.....	120
DAFTAR PUSTAKA	122
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Sampel Berdasarkan Karakteristik Umum ODHA di Klinik VCT Puskesmas Jumpangang Baru Kota Makassar	78
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Sampel Berdasarkan Variabel Penelitian ODHA di Klinik VCT Puskesmas Jumpangang Baru Kota Makassar	80
Tabel 5.3 Analisis Distribusi Frekuensi Variabel Independen dengan Kualitas Hidup Domain Fisik ODHA di Klinik VCT Puskesmas Jumpangang Baru Kota Makassar	82
Tabel 5.4 Analisis Distribusi Frekuensi Variabel Independen dengan Kualitas Hidup Domain Psikologi ODHA di Klinik VCT Puskesmas Jumpangang Baru Kota Makassar	84
Tabel 5.5 Analisis Distribusi Frekuensi Variabel Independen dengan Kualitas Hidup Domain Hubungan Sosial ODHA di Klinik VCT Puskesmas Jumpangang Baru Kota Makassar	86
Tabel 5.6 Analisis Distribusi Frekuensi Variabel Independen dengan Kualitas Hidup Domain Kemandirian ODHA di Klinik VCT Puskesmas Jumpangang Baru Kota Makassar	88
Tabel 5.7 Analisis Distribusi Frekuensi Variabel Independen dengan Kualitas Hidup Domain Lingkungan ODHA di Klinik VCT Puskesmas Jumpangang Baru Kota Makassar	90
Tabel 5.8 Analisis Distribusi Frekuensi Variabel Independen dengan Kualitas Hidup Domain Spiritual ODHA di Klinik VCT Puskesmas Jumpangang Baru Kota Makassar	92
Tabel 5.9 Analisis Distribusi Frekuensi Variabel Independen dengan Kualitas Hidup Secara Umum ODHA di Klinik VCT Puskesmas Jumpangang Baru Kota Makassar	93
Tabel 5.10 Analisis Distribusi Frekuensi Variabel Independen dengan Kualitas Hidup ODHA di Klinik VCT Puskesmas Jumpangang Baru Kota Makassar	95

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Struktur HIV.....	13
Gambar 2 Alur Diagnosis HIV pada Anak >18 Bulan, Remaja dan Dewasa.....	20
Gambar 3 Kerangka Teori.....	54
Gambar 2 Kerangka Konsep	58

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Pernyataan Persetujuan

Lampiran 2 Kuesioner Penelitian

Lampiran 3 Master Tabel

Lampiran 4 Hasil Analisis Data Penelitian

Lampiran 5 Persuratan

Lampiran 6 Dokumentasi

Lampiran 7 Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
AIDS	: <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>)
ODHA	: Orang Dengan HIV-AIDS
WHO	: <i>World Health Organization</i>
KEPMENKES	: Keputusan Menteri Kesehatan
IO	: Infeksi Oportunistik
ARV	: Antiretroviral
VCT	: <i>Voluntary Counseling and Testing</i>
WHOQOL	: <i>The World Health Organization Quality of Life</i>
ROS	: <i>Reactive Oxygen Species</i>
CES-D	: <i>Center For Epidemiological Studies Depression Scale</i>
MOS	: <i>The Medical Outcomes Study Social Support Survey</i>
PITC	: <i>Provider-Initiated Testing and Counseling</i>
ELISA	: <i>Enzyme Linked Immunosorbent Assay</i>
KDS	: Kelompok Dukungan Sebaya

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

HIV-AIDS merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi virus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) yang menyerang sistem kekebalan tubuh. HIV memperbanyak diri dalam sel limfosit yang diinfeksi dan merusak sel-sel tersebut. Virus ini terdapat dalam darah dan air mani. Daya tahan tubuh yang melemah mengakibatkan timbulnya penyakit oleh karena infeksi ataupun penyakit lain yang akan meningkat (Rahakbauw, 2018). Infeksi tersebut juga menyebabkan penderita mengalami penurunan ketahanan tubuh sehingga sangat mudah untuk terinfeksi berbagai macam penyakit lain yang disebut dengan AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*). AIDS merupakan sekumpulan gejala penyakit yang timbul karena rusaknya sistem kekebalan tubuh manusia akibat infeksi dari virus HIV. Orang yang telah didiagnosa terinfeksi positif oleh virus HIV dan AIDS maka orang tersebut disebut dengan ODHA (Orang Dengan HIV-AIDS) (Diatmi & Fridari, 2014) AIDS ditandai dengan suatu kondisi imunosupresi yang memicu infeksi oportunistik, neoplasma sekunder, dan manifestasi neurologis (Kumar *et al.*, 2014).

Perkembangan kasus HIV-AIDS di Indonesia sangat pesat dan sudah menyebar ke berbagai wilayah, dari kota sampai ke desa (Rahakbauw, 2018). Kasus HIV-AIDS yang ada sekarang diibaratkan sebagai fenomena gunung es dimana penyakit ini memiliki jumlah persentasi yang terdeteksi sedikit namun

sebenarnya sangat banyak yang tidak terdeteksi, walaupun orang itu yang dianggap positif ODHA fenomena “gunung es” dalam kasus HIV-AIDS di Indonesia menjadi diskursus yang perlu mendapat perhatian (Berek, 2018).

Menurut data statistik WHO pada bulan juli tahun 2020 didapatkan data bahwa terdapat 38 juta orang yang hidup dengan kasus HIV-AIDS di dunia dan 1,7 juta merupakan kasus baru dan 0,7 juta merupakan kasus kematian akibat HIV-AIDS. Negara dengan kasus HIV-AIDS paling tinggi di dunia adalah Afrika dengan besaran kasus sebanyak 25,7 juta kasus. Asia Tenggara sendiri menempati urutan ketiga dengan jumlah kasus HIV-AIDS sebanyak 3,7 juta. Dari 38 juta orang yang mengidap HIV-AIDS sampai tahun 2020 terdapat 36,2 juta orang dewasa yang terjangkit, dan 1,8 juta merupakan anak-anak <15 tahun. berdasarkan jumlah kasus kematian terdapat 690.000 orang di dunia yang meninggal akibat HIV-AIDS di tahun 2020. WHO juga menyebutkan bahwa 50% dari seluruh kasus terinfeksi adalah anak muda, atau dengan kata lain 7000 anak muda (umur 15-24 tahun) terinfeksi setiap harinya, dan 30% dari 40 juta orang dengan HIV-AIDS (ODHA) yang terinfeksi seluruh dunia berada dalam kelompok usia 15-24 tahun (WHO, 2020).

Indonesia sendiri merupakan negara dengan urutan ke-5 paling berisiko HIV-AIDS di Asia, di Indonesia kasus HIV-AIDS ditemukan pertama kalinya di Provinsi Bali pada tahun 1987 (Laksana, 2010). HIV-AIDS telah dilaporkan oleh 433 (84,2%) dari 514 kabupaten/kota di seluruh provinsi yang ada di Indonesia. Secara nasional pada tahun 2017 jumlah kasus HIV di

Indonesia sebanyak 43.000 kasus sedangkan jumlah kasus AIDS dilaporkan sebanyak 9.280 kasus (Infodatin, 2017).

Jumlah estimasi kasus HIV-AIDS sampai pada Maret 2019 yang ada di Indonesia sebanyak 640.443, tetapi yang bisa dideteksi sejak tahun 1987 sampai dengan 31 Maret 2020 hanya 511.955 atau 79,94%. Hal ini berarti terdapat 128.499 ODHA yang tidak terdeteksi. ODHA yang tidak terdeteksi ini jadi mata rantai penularan HIV-AIDS di masyarakat karena mereka tidak menyadari dirinya mengidap HIV-AIDS. Ini terjadi karena tidak ada tanda, gejala atau ciri-ciri yang khas pada fisik ODHA dan tidak ada pula keluhan kesehatan yang khas HIV-AIDS (Kemenkes, RI. 2020).

Berdasarkan data pada tahun 2019 bahwa pada kawasan Indonesia Timur Sulawesi Selatan menempati urutan kedua setelah Provinsi Papua dalam hal penemuan kasus HIV-AIDS. Khusus di Sulawesi Selatan sendiri, Makassar dilaporkan menjadi kota yang tertinggi dengan angka prevalensi 0,5 per 1.000 penduduk setiap tahunnya. Berdasarkan jumlah kumulatif kasus HIV-AIDS sampai dengan Maret 2020 Sulawesi Selatan termasuk dalam 10 besar Provinsi dengan jumlah kumulatif kasus HIV-AIDS terbanyak yaitu sebanyak 14.115 kasus dan terus mengalami peningkatan. Makassar termasuk provinsi yang memiliki penularan HIV dan AIDS tinggi (Dinkes Kota Makassar, 2018).

Data yang bersumber dari Dinas Kesehatan Kota Makassar terhitung dari 2018 hingga 2020 tercatat 9.871 orang. Berdasarkan dari data pada tahun

2020 sebanyak 3762 orang, dengan jenis kelamin laki-laki sebanyak 2777 orang dan perempuan sebanyak 985 orang (Dinkes Kota Makassar, 2020).

Berdasarkan dari hasil survey dan pengambilan data awal yang telah dilakukan didapatkan informasi bahwa dari 5 puskesmas yang memberikan pelayanan pada pasien HIV-AIDS didapat bahwa Puskesmas Jumpandang Baru memiliki prevalensi kasus yang tertinggi dan terus mengalami peningkatan setiap tahunnya. Pada tahun 2018 kasus HIV-AIDS di Puskesmas Jumpandang Baru sebanyak 427 kasus dan meningkat pada tahun 2019 sebanyak 553 kasus dan hingga Desember 2020 terus mengalami peningkatan sehingga jumlah kasus HIV-AIDS di Puskesmas Jumpandang Baru mencapai 577 kasus.

Kualitas hidup adalah konsep yang lebih luas daripada standar hidup. Kualitas hidup mencakup sekumpulan penuh faktor-faktor yang mempengaruhi apa yang kita hargai dalam hidup ini, melampaui sisi materialnya. Kualitas hidup yang buruk akan mempengaruhi kondisi ODHA. ODHA dengan kualitas hidup yang baik memiliki kemampuan yang lebih besar untuk mematuhi pengobatan, mengatasi penyakit, dan mengelola kehidupannya. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup penderita HIV-AIDS yaitu meliputi dukungan sosial, efek ARV, efek dari psikososial, spiritual, lama infeksi virus HIV, mekanisme koping, depresi, stigma, pekerjaan, serta status pernikahan (Carsita, 2019).

Berdasarkan penelitian (Khairunniza, 2020) menjelaskan bahwa kualitas hidup ODHA cenderung tidak baik yaitu sebesar 59,4%. Penelitian lain juga

menyatakan bahwa ODHA memiliki kualitas hidup yang kurang baik mencapai 85% dibandingkan dengan ODHA yang memiliki kualitas hidup yang baik.

Jumlah penyakit HIV-AIDS mengalami peningkatan dari tahun ketahun. Penyakit ini menimbulkan masalah yang cukup luas pada individu yang terinfeksi HIV-AIDS yaitu meliputi masalah fisik, sosial dan masalah emosional. Salah satu masalah emosional terbesar yang dihadapi ODHA adalah depresi. Individu penderita HIV-AIDS yang mengalami depresi dapat mengalami rasa bersalah dan malu yang tidak rasional, kehilangan harga diri, merasa tidak berdaya dan tidak berharga, serta memiliki gagasan untuk bunuh diri. (Harkomah, 2020). Depresi yang dibiarkan berlarut-larut akan membebani pikiran dan dapat mengganggu sistem kekebalan tubuh. Sehingga apabila masalah depresi dibiarkan terus menerus membebani pikiran ODHA, akan menambah atau memperburuk penyakitnya serta dapat menurunkan kualitas hidup dari ODHA (Sumirta, 2018).

Rata-rata depresi yang dialami oleh ODHA adalah 19,59 dengan kategori depresi sebanyak 55,1% sedangkan yang tidak depresi sebanyak 44,9%. Hasil uji statistik dengan menggunakan *uji pearson* menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara depresi dan kualitas hidup pasien HIV-AIDS. Penelitian yang dilakukan (Charles, 2012) menemukan, ODHA yang mengalami depresi berat adalah 12% dan mereka yang mengalami kualitas hidup yang buruk adalah 34%. Studi ini menemukan bahwa depresi mempengaruhi kualitas hidup ODHA di provinsi Maluku Utara ($p=0,002$).

Penyakit HIV-AIDS tentunya tidak terlepas dari stigma yang terjadi pada lingkungan keluarga, teman maupun masyarakat, secara tidak langsung akan berdampak pada beban psikologis dari ODHA. ODHA akan memandang kehidupan sebagai suatu hal yang tidak ada gunanya, bahkan tidak bermakna sama sekali. ODHA identik dengan orang yang memiliki perilaku yang menyimpang misalnya wanita nakal, salah pergaulan dan penyimpangan seksual. Dengan adanya stigma ini, maka akan berpengaruh pada tingkat kualitas hidup ODHA (Diatmi & Fridari, 2014).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan (Febrianti, 2017) dengan total 60 orang responden didapatkan 78% responden memiliki stigma terhadap ODHA, rata-rata responden menyatakan tidak ingin berdekatan apalagi bersentuhan dengan ODHA, selain itu banyaknya remaja yang beranggapan HIV-AIDS merupakan suatu penyakit kutukan dan mereka pantas mendapatkan perlakuan-perlakuan yang buruk dari masyarakat.

Selain stigma dan depresi, infeksi oportunistik juga dapat menyebabkan penurunan kualitas hidup ODHA. Infeksi HIV menyebabkan penurunan sistem imun progresif akibat jumlah dan fungsi sel CD4 yang berkurang sehingga memunculkan berbagai infeksi oportunistik. Pada penderita HIV yang memiliki sistem imun buruk dan tidak bekerja secara efektif, resiko dan keparahan infeksi oportunistik akan meningkat, sehingga infeksi oportunistik merupakan penyebab tersering meningkatnya mortalitas dan morbiditas pada pasien HIV dan berdampak pula pada kualitas hidup ODHA (Widiyanti & Sandy, 2016).

Berdasarkan hasil penelitian terhadap 82 ODHA sebagai sampel, tercatat jumlah kematian sebanyak 68 (73.9%) orang yang dirawat karena berbagai infeksi oportunistik bahkan sebagian pasien yang dirawat didapatkan lebih darisatu jenis infeksi oportunistik, hal ini menandakan bahwa infeksi oportunistik sangat mempengaruhi kualitas hidup ODHA (Sumiyati, 2015).

Salah satu faktor yang juga memiliki peranan penting dalam kualitas hidup ODHA adalah dukungan sosial. ODHA sebenarnya membutuhkan dukungan sosial, bukan dikucilkan agar harapan hidup ODHA menjadi lebih panjang, dengan adanya dukungan sosial maka akan tercipta lingkungan kondusif yang mampu memberikan motivasi maupun memberikan wawasan baru bagi ODHA dalam menghadapi kehidupannya. Dukungan sosial ini dapat meminimalkan tekanan psikososial yang dirasakan ODHA.

Pada penelitian yang dilakukan oleh (Aswar, 2019) didapatkan sebagian besar ODHA di Kota Makassar yang terdapat di KDS Saribattangku memiliki skor kualitas hidup dengan kategori sedang. Dukungan sosial yang di dapatkan odha juga berada pada kategori sedang, artinya masih perlunya peningkatan dukungan sosial agar ODHA lebih mampu meningkatkan kualitas hidupnya dan bisa berkontribusi di lingkungan sosialnya.

Penderita yang terinfeksi HIV rata-rata berkisar ≤ 5 tahun, dimana pada stadium awal terinfeksi menyebabkan ODHA mengalami stres dan depresi. Semakin lama ODHA terinfeksi, maka semakin banyak memiliki pengalaman terkait dengan penyakitnya. Pengalaman tersebut dapat

dipergunakan untuk upaya mengantisipasi stressor yang dialami oleh ODHA sehingga ODHA dapat beradaptasi sehingga menyebabkan kualitas hidup ODHA akan lebih baik dibandingkan dengan ODHA yang baru terinfeksi (Liyanovitasari, 2020).

Hasil penelitian (Liyanovitasari, 2020) didapatkan hasil yaitu pasien yang didiagnosis HIV \geq 32 bulan memiliki kemungkinan 2 kali lebih besar mempunyai kualitas hidup lebih baik. Pasien yang lama menderita lebih dari 3 tahun mempunyai kualitas hidup yang lebih baik bisa disebabkan karena secara fisik, pasien yang telah menjalani terapi ARV bisa menjalani aktivitas seperti orang biasa yang tidak menderita HIV-AIDS.

Berdasar dari uraian di atas, maka peneliti tertarik untuk meneliti mengenai Faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Hidup Orang Dengan HIV-AIDS (ODHA) di Klinik VCT Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar Tahun 2021. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah dalam hal subyek penelitian, dimana penelitian ini dilakukan pada pasien HIV-AIDS di Klinik VCT Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar. Pada penelitian ini mengambil variabel depresi, stigma, infeksi oportunistik, dukungan sosial, dan lama menderita sebagai variabel independen yang sebelumnya belum pernah ada yang mengambil variabel tersebut dalam satu penelitian.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka dapat dirumuskan masalah yang akan diteliti yaitu “Apakah terdapat Hubungan Depresi, Stigma, Infeksi Oportunistik, Dukungan Sosial, dan Lama Menderita dengan Kualitas Hidup ODHA di Klinik VCT Puskesmas Jumpang Baru Kota Makassar Tahun 2021?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup ODHA di Klinik VCT Puskesmas Jumpang Baru Kota Makassar Tahun 2021

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui hubungan depresi dengan kualitas hidup ODHA
- b. Mengetahui hubungan stigma dengan kualitas hidup ODHA
- c. Mengetahui hubungan infeksi oportunistik dengan kualitas hidup ODHA
- d. Mengetahui hubungan dukungan sosial dengan kualitas hidup ODHA
- e. Mengetahui hubungan lama menderita dengan kualitas hidup ODHA

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Ilmiah

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu sumber referensi dalam dunia pendidikan, khususnya referensi terkait faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup ODHA di klinik VCT Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar Tahun 2021.

2. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini dapat menjadi dasar bagi tindak lanjut pemegang kebijakan berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang memadai. Hasil penelitian ini juga dapat menjadi sumber informasi bagi masyarakat berkaitan dengan faktor depresi, stigma dan dukungan sosial yang berhubungan dengan kualitas hidup ODHA di klinik VCT Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar Tahun 2021.

3. Manfaat bagi Peneliti

Memberikan pengetahuan dan pengalaman bagi peneliti yang berguna dalam melaksanakan tugas. Penelitian ini juga merupakan sarana bagi peneliti untuk mengaplikasikan ilmu yang telah diperoleh selama ini

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang HIV-AIDS.

1. Pengertian HIV-AIDS

Penyakit *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) adalah suatu proses patologis yang terdiri atas suatu spektrum dari infeksi HIV asimtomatik sampai tahap akhir yang dikenal sebagai *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS). AIDS dapat diartikan sebagai kumpulan gejala atau penyakit yang disebabkan oleh menurunnya kekebalan tubuh akibat infeksi virus HIV yang termasuk famili retroviridae, AIDS merupakan tahap akhir dari infeksi HIV (Harkomah, 2020).

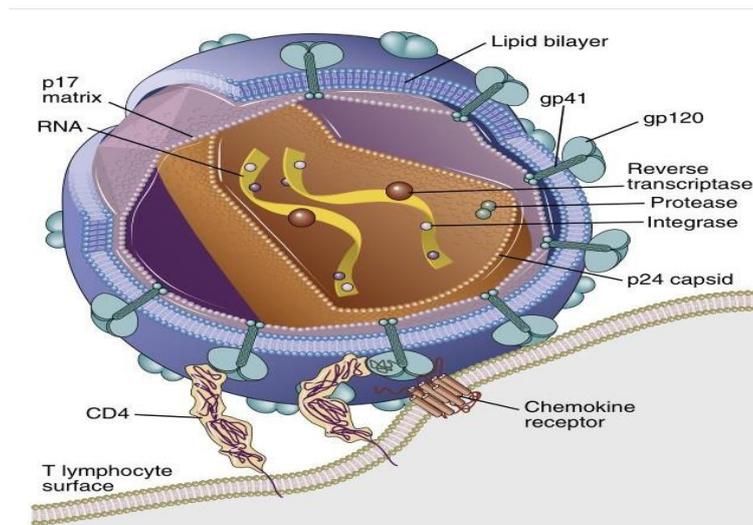
AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) didefinisikan sebagai bentuk paling berat dalam rangkaian penyakit yang disebabkan oleh infeksi virus HIV (*Human Immuno-deficiency Virus*). HIV disebabkan oleh sekelompok virus yang dikenal sebagai retrovirus. Virus ini membawa materi genetik dalam bentuk asam ribonukleat (RNA) dan bukan asam deoksiribonukleat (DNA). Virus ini menginfeksi limfosit T yang membawa antigen CD4 (sel T CD4⁺). Setelah memasuki sel T CD4⁺, virus tersebut akan terus hidup dengan cara mengintegrasikan dirinya ke dalam struktur DNA penjamu, yang pada akhirnya akan dirusak. Karena dalam struktur DNA penjamu, yang pada akhirnya akan dirusak. Karena sel T CD4⁺ mengkoordinasikan banyak fungsi imunologis, kerusakan sel ini mengganggu imunitas yang dimediasi oleh

sel tubuh dan imunitas humoral serta bahkan fungsi autoimunnya (Berek, 2018).

WHO mendefinisikan kasus AIDS adalah keadaan dimana terdapat hasil tes positif untuk antibodi HIV, dengan disertai munculnya satu atau lebih tanda-tanda atau gejala-gejala seperti berat badan menurun lebih dari 10% disertai dengan diare kronis atau demam terus menerus lebih dari 1 bulan, *cryptococcal meningitis*, *pulmonary* atau *extra pulmonary tuberculosis*, *sarkoma kaposi*, kerusakan syaraf, *candidiasis* pada oesophagus, pneumonia dengan episod sedang dan kanker serviks invasif (Sumampouw, 2016).

2. Etiologi

Etiologi HIV-AIDS adalah *Human Immunodefisiensi Virus* (HIV) yang merupakan virus sitopatik yang diklasifikasikan dalam *famili retroviridae*, *subfamili lentiviridae*, *genus lentivirus*. Berdasarkan strukturnya HIV termasuk famili retrovirus yang merupakan kelompok virus RNA yang mempunyai berat molekul 0,7 kb (kilobase). Virus ini terdiri dari 2 grup, yaitu HIV-1 dan HIV-2. Masing-masing grup mempunyai berbagai subtipe. Diantara kedua grup tersebut, yang paling banyak menimbulkan kelainan dan lebih ganas di seluruh dunia adalah grup HIV-1 (Yuliyanasari, 2017)



Sumber : Yulianasari, 2017

(Gambar 1.1 Struktur HIV)

HIV terdiri dari suatu bagian inti yang berbentuk silindris yang dikelilingi oleh lipid bilayer envelope. Pada lipid bilayer tersebut terdapat dua jenis glikoprotein yaitu gp120 dan gp41. Fungsi utama protein ini adalah untuk memediasi pengenalan sel CD4⁺ dan reseptor kemokin dan memungkinkan virus untuk melekat pada sel CD4⁺ yang terinfeksi. Bagian dalam terdapat dua kopi RNA juga berbagai protein dan enzim yang penting untuk replikasi dan maturasi HIV antara lain adalah p24, p7, p9, p17, reverse transkriptase, integrase, dan protease. Tidak seperti retrovirus yang lain, HIV menggunakan sembilan gen untuk mengkode protein penting dan enzim. Ada tiga gen utama yaitu gag, pol, dan env. Gen gag mengkode protein inti, gen pol mengkode enzim reverse transkriptase, integrase, dan protease, dan gen env mengkode komponen struktural HIV yaitu glikoprotein. Sementara itu, gen rev, nef, vif, vpr, dan tat penting untuk replikasi virus dan meningkatkan tingkat infeksi HIV (Kumar *et al.*, 2014).

3. Patogenesis

Infeksi HIV di jaringan memiliki dua target utama yaitu sistem imun dan sistem saraf pusat. Gangguan pada sistem imun mengakibatkan kondisi imunodefisiensi pada cell media *tedimmunity* yang mengakibatkan kehilangan sel T CD4+ dan ketidak seimbangan fungsi ketahanan sel T helper. Selain sel tersebut, makrofag dan sel dendrit juga menjadi target. HIV masuk ke dalam tubuh melalui jaringan mukosa dan darah selanjutnya sel akan menginfeksi sel T, sel dendritik dan makrofag. Infeksi kemudian berlangsung di jaringan limfoid dimana virus akan menjadi laten pada periode yang lama (Kumar *et al.*, 2014).

HIV masuk ke dalam tubuh seseorang melalui hubungan seksual, parenteral atau perinatal dengan sel target utama HIV adalah sel yang mempunyai reseptor CD4, yaitu limfosit CD4 dan monosit/makrofag. Beberapa sel yang juga dapat terinfeksi yang ditemukan secara *invivo* maupun *invitro* adalah *megakariosit, epidermal langerhans, peripheraldendrite, folikular dendrite, mukosa rektal, mukosa saluran pencernaan, sel serviks, mikroglia, astrosit, sel tropoblas, limfosit CD8, sel retina* dan *epitel* (Yuliyanasari, 2017).

Pada fase awal proses infeksi akan terjadi respon imun yaitu peningkatan aktivasi imun pada tingkat seluler, humoral, dan antibody. Induksi sel T-helper dan sel-sel lain diperlukan untuk mempertahankan fungsi sel-sel faktor sistem imun agar tetap berfungsi dengan baik.

Infeksi HIV akan menghancurkan sel-sel limfosit sehingga Thelper tidak dapat memberikan induksi kepada sel-sel efektor sistem imun. Dengan tidak adanya sel T-helper, sel-sel efektor sistem imun seperti T8 sitotoksik, sel NK, monosit, dan sel B tidak dapat berfungsi dengan baik. Daya tahan tubuh menurun, respon imunitas tubuh tidak berfungsi dengan normal tidak hanya mengakibatkan infeksi pada tahap lanjut dan infeksi sekunder yang dikenal dengan infeksi oportunistik, namun juga dapat menyebabkan reaksi hipersensitifitas, reaksi auto antibodi hingga timbulnya malignasi (Yuliyanasari, 2017).

4. Cara Penularan

Penularan infeksi HIV sama dengan infeksi hepatitis B. Pada homoseksual, *anal intercourse* atau *anal manipulation* akan meningkatkan kemungkinan trauma pada mukosa rektum dan selanjutnya memperbesar peluang untuk terkena virus HIV lewat sekret tubuh. Peningkatan frekuensi praktik dan hubungan seksual ini dengan partner yang bergantian juga turut menyebarkan penyakit ini. Hubungan heteroseksual dengan orang yang menderita infeksi HIV juga merupakan bentuk penularan yang terus tumbuh secara bermakna. Penularan melalui pemakaian obat bius intravena terjadi lewat kontak langsung darah dengan jarum dan semprit yang terkontaminasi. Meskipun jumlah darah dalam semprit relatif kecil, efek kumulatif pemakaian bersama peralatan suntik yang sudah terkontaminasi tersebut akan meningkatkan risiko penularan. Darah dan produk darah, yang

mencakup transfusi yang diberikan pada penderita hemofilia, dapat menularkan HIV kepada resipien. Insiden penyakit AIDS pada petugas kesehatan yang terinfeksi HIV lewat cedera tertusuk jarum suntik diperkirakan kurang dari 1%. Virus HIV dapat pula ditularkan *in utero* dari ibu kepada bayinya dan kemudian melalui air susu ibu (Amelia *et al.*, 2016).

5. Gejala Klinis

Infeksi HIV yang tidak diterapi memiliki perjalanan klinis selama 10 tahun hingga akhirnya menunjukkan gejala klinis. Pada kasus yang tidak diterapi, dua tahun setelah gejala klinis akan menyebabkan kematian pasien. Perjalanan penyakit tersebut terdiri dari :

- 1) *Primary infection*. Pada tahapan ini, virus menginfeksi jaringan mukosa. Sel imun sekitar terutama sel T CD4+ akan menjadi sel inang virus sebagai tempat replikasi. Sel-sel imun tersebut yang rusak akan dibawa ke jaringan limfoid (seperti nodus limfatik). Selain itu, sel antigen-presenting cell (APC) seperti makrofag, monosit dan sel dendritik juga akan memakan virus dan membawa virus ke sel T CD4+ sekitar atau di jaringan limfoid. Hal ini memungkinkan infeksi terjadi pada organ limfoid, dan menyerang lebih banyak sel imun CD4+ yang menyebabkan viremia awal. Terdapat 4-11 hari diantara periode infeksi mukosa dan viremia awal.

- 2) *Acute infection* terjadi pada 3-6 minggu setelah infeksi primer. Fase ini ditandai dengan viremia serta banyaknya sel yang terinfeksi dan rusak akibat proses replikasi virus. Sel imun yang terinfeksi atau yang membawa virus ke jaringan limfoid perifer adalah penyebab terjadinya viremia, yang selanjutnya menyebabkan penghancuran lebih banyak sel T CD4+. Jaringan limfoid merupakan penerima dan tempat penyimpanan terbesar sel T CD4+, kehilangan sel imun lokal ini dapat berakibat kehilangan besar dari kadar limfosit. Pada fase ini, banyak pasien (70-80%) yang mengalami sindrom akut HIV seperti sindrom flu berupa demam (80%), malaise (68%), artralgia (54%), ruam makulopapular (51%), myalgia, ulkus oral, dan faringitis. Kebanyakan gejala membaik setelah 7- 10 hari.
- 3) *Clinical latency* dimulai pada 1 minggu (hingga 3 bulan) hingga 8 tahun setelah primary infection, tergantung kemampuan sistem imun untuk mengendalikan virus. Pada fase ini tidak ada gejala klinis, sehingga pasien merasa sehat dan menjalankan aktifitas seksual seperti biasanya. Hal ini dapat menyebabkan penularan HIV/AIDS kepada pasangannya, maupun pasien akan sangat mudah tertular infeksi lainnya. Kejadian viremia yang terjadi pada fase sebelumnya menyebabkan aktivasi sistem imun adaptif, respon humoral maupun cell-mediated. Keadaan ini berhasil mengendalikan replikasi virus, sehingga menurunkan kadar viremia, namun masih dapat terdeteksi. Teraktivasinya sistem imun

menaikkan kembali kadar sel T CD4+, namun dibawah kadar sebelum primary infection.

Sebenarnya replikasi virus dan penghancuran sel imun masih berlangsung di nodus limfoid dan limpa. Seiring berjalannya waktu, kemampuan sistem imun dalam mengendalikan replikasi virus terus menurun. Menurunnya kemampuan ini, akibat semakin banyak hancurnya sel T CD4+ oleh virus. Selama fase ini, tubuh masih dapat terlindungi dari infeksi oportunistik. Pada 8 tahun setelah primary infection, kadar sel T CD4+ sangat jatuh dan viremia kembali muncul dan terus meningkat. Kadar sel T CD4+ akan terus menurun hingga tidak dapat terdeteksi, yang kemudian menyebabkan defisit imun pada fase clinical disease.

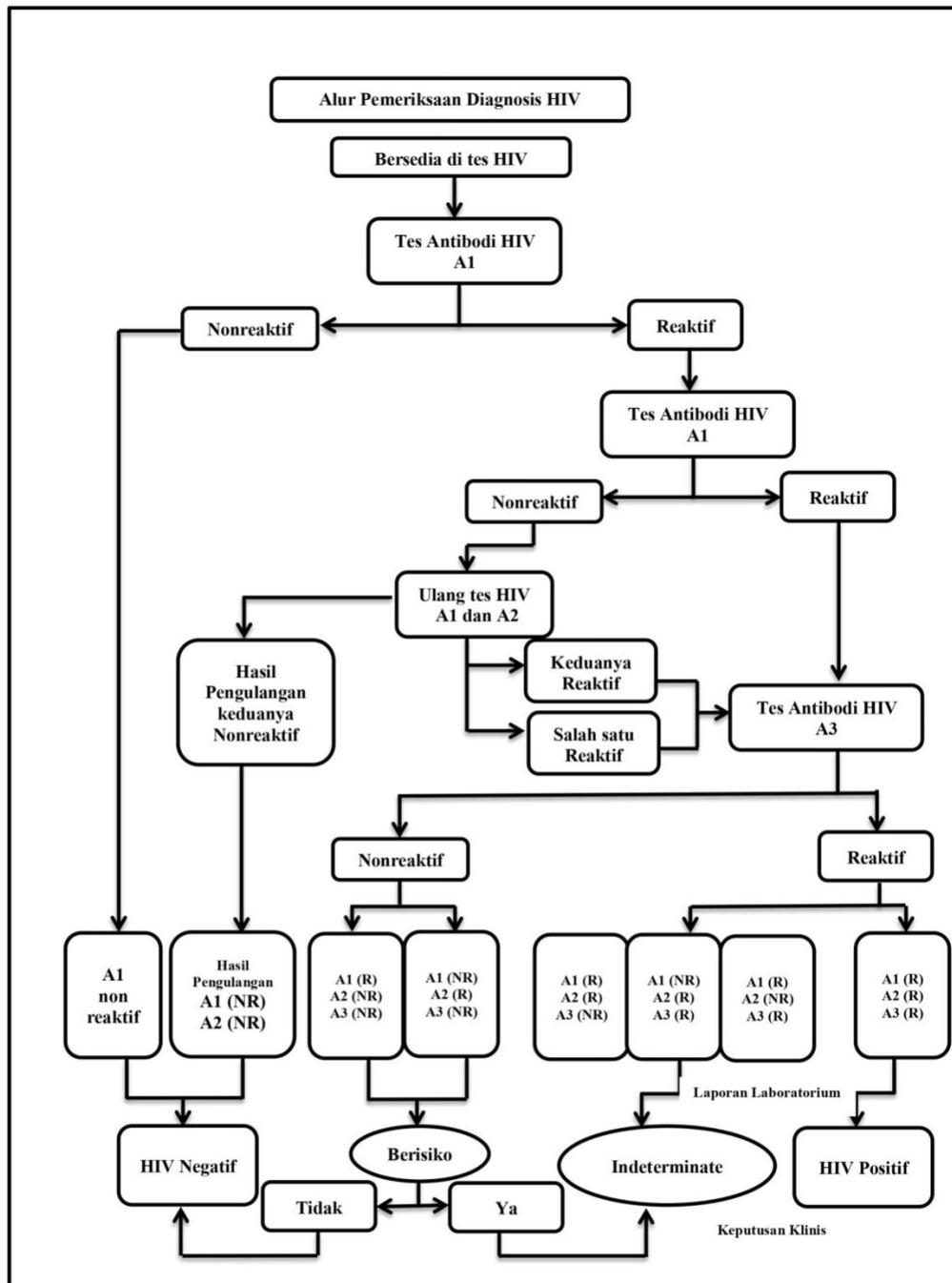
- 4) *Clinical disease*. Pada fase ini terjadi defisit imun. Keadaan defisit imun terjadi akibat sedikitnya kadar sel T CD4+, serta sel APC. Sel-sel APC juga dapat dirusak secara langsung maupun tidak oleh virus HIV. Keadaan defisit imun ini akan memudahkan terjadinya infeksi oportunistik seperti toksoplasmosis, infeksi Mycobacterium, kandidiasis, dan virus herpes simpleks maupun varisela zoster.

Pada fase ini pasien akan mengalami gejala konstitusional sebelum penderita mengalami AIDS. Gejala konstitusional tersebut berupa malaise, demam, berkeringat malam hari, turun berat badan (10% dari berat badan semula), dan diare. Terjadinya AIDS

ditandai dengan infeksi oportunist disertai neoplasma, cachexia, gagal ginjal, dan degenerasi CNS. Pasien dengan AIDS yang tidak diterapi akan meninggal pada 2 tahun setelah memasuki fase clinical disease (Abbas et al., 2015; Miller, 2016).

6. Diagnosis

Terdapat dua macam pendekatan untuk tes HIV, yaitu dapat dilakukan konseling dan tes HIV secara sukarela; dan atas inisiatif petugas kesehatan. Pemerintah Indonesia memberlakukan kebijakan *Provider-Initiated Testing and Counseling* (PITC) yaitu tes HIV dan konseling atas inisiatif petugas kesehatan. Indikasi utama pengajuan tes HIV oleh petugas kesehatan yaitu ibu hamil, pasien TB, pasien dengan gejala dan tanda klinis diduga terinfeksi HIV, pasien dari kelompok berisiko (pengguna NAPZA suntik, pekerja seks komersial, LSL, pasien IMS dan seluruh pasangan seksualnya). 18 Prosedur pemeriksaan laboratorium untuk HIV mengikuti panduan nasional yang berlaku, yaitu didahului dengan konseling dan informasi singkat yang dilanjutkan dengan tiga pemeriksaan. Ketiga tes dapat dilakukan dengan reagen tes cepat atau dengan *Enzyme Linked Immunosorbent Assay* (ELISA). Untuk pemeriksaan pertama (A1) harus digunakan dengan sensitifitas yang tinggi (>99%), sedangkan pemeriksaan berikutnya (A2 dan A3) menggunakan tes dengan spesifisitas yang tinggi (>99%) (Amelia et al., 2016).



Sumber :Kementerian Kesehatan RI, 2014

(Gambar 1.2. Alur Diagnosis HIV pada Anak >18 Bulan, Remaja, dan Dewasa)

B. Tinjauan Umum Tentang Kualitas Hidup.

1. Definisi Kualitas Hidup

Setiap orang pasti menginginkan kualitas hidup yang baik dan memiliki standar tersendiri mengenai kualitas hidupnya. Kualitas hidup yang baik merupakan hal yang didambakan oleh setiap orang, namun tidak terdapat satu definisi kualitas hidup yang dapat diterima secara universal. Secara awam individu memberikan gambaran kualitas hidup yang berkaitan dengan pencapaian kehidupan yang ideal atau sesuai dengan yang diinginkan. *The World Health Organization Quality of Life Assessment Group* selanjutnya disebut sebagai *THE WHOQOL GROUP* 1995 menyebutkan kualitas hidup adalah persepsi individu terhadap kehidupannya di masyarakat dalam konteks budaya dan sistem nilai yang ada terkait dengan tujuan, harapan, standar, dan juga perhatian. Individu menilai kondisi kehidupannya saat ini dengan melihat jarak antara posisi kehidupannya saat ini dengan kehidupan yang diinginkan. Kualitas hidup mencakup semua aspek kehidupan. Kalitas hidup memiliki konsep yang sangat luas yang dipengaruhi oleh kondisi fisik, psikologis, tingkat kemandirian, serta hubungan individu dengan lingkungan. Selain dipengaruhi oleh faktor budaya, harapan, tujuan dan standar, kualitas hidup juga dipengaruhi oleh beberapa faktor demografis seperti *gender/* jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, penghasilan, dan hubungan dengan orang lain (Syaiful and Bahar, 2017).

Kualitas hidup/*quality of life* (QoL) juga disebutkan sebagai penilaian seseorang terhadap posisinya dalam hidup berkaitan dengan konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka berada serta berhubungan dengan tujuan, harapan, standar serta fokus perhatian mereka (Gamayati & Hidayat, 2020). Organisasi Kesehatan Dunia atau *WorldHealth Organization* (WHO) mendefinisikan kualitas hidup sebagai *“Individuals’ perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns”*. Berdasarkan definisi tersebut, maka dapat dilihat bahwa kualitas hidup tidak hanya menyangkut penilaian individu terhadap posisi mereka dalam hidup, melainkan juga adanya konteks sosial dan juga konteks lingkungan sekitar yang juga memengaruhi kualitas hidup (Anbarasan, 2015).

2. Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

(Carsita, 2019) mengemukakan bahwa terdapat delapan faktor yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang, yaitu :

1. Kontrol, berkaitan dengan Kontrol terhadap perilaku yang dilakukan oleh seseorang seperti pembatasan terhadap kegiatan untuk menjaga kondisitubuh.
2. Kesempatan yang potensial, berkaitan dengan seberapa seseorang dapat melihat peluang yang dimilikinya.
3. Sistem dukungan termasuk dukungan yang berasal dari lingkungan keluarga, masyarakat maupun sarana-sarana fisik seperti tempat

tinggal atau rumah yang layak dan fasilitas-fasilitas yang memadai sehingga dapat menunjang kehidupan.

4. Keterampilan, berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan keterampilan lain yang mengakibatkan ia dapat mengembangkan dirinya, seperti mengikuti suatu kegiatan atau kursus tertentu.
5. Kejadian dalam hidup, hal ini terkait dengan tugas perkembangan dan stress yang diakibatkan oleh tugas tersebut. Kejadian dalam hidup sangat berhubungan erat dengan tugas perkembangan yang harus dijalani, dan terkadang kemampuan seseorang untuk menjalani tugas tersebut mengakibatkan tekanan tersendiri.
6. Sumber daya terkait dengan kemampuan dan kondisi fisik seseorang. Sumber daya pada dasarnya adalah apa yang dimiliki seseorang sebagai individu.
7. Perubahan lingkungan berkaitan dengan perubahan yang terjadi pada lingkungan sekitar seperti rusaknya tempat tinggal akibat bencana.
8. Perubahan politik berkaitan dengan masalah Negara seperti krisis moneter sehingga menyebabkan orang kehilangan pekerjaan atau mata pencaharian.

3. Kualitas Hidup ODHA

World Health Organization (WHO) domain kualitas hidup dibagi menjadi domain fisik, psikologi, tingkat kemandirian, sosial, lingkungan dan spiritual. Domain lingkungan dan domain hubungan sosial sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup ODHA. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Fatigerun yang menghasilkan kualitas hidup terendah adalah domain lingkungan dan hubungan sosial sehingga kondisi hidup menurun dan mengakibatkan kualitas hidup ikut menurun (Fatiregun, 2015). Mayorita dari pasien dengan HIV baik yang asimtomatik maupun yang simtomatik serta pasien AIDS memiliki nilai kualitas hidup yang rendah. Kualitas hidup berhubungan linier dengan status sosio-ekonomi pasien. Sedangkan, penerimaan sosial adalah faktor yang paling berhubungan secara signifikan dengan kualitas hidup yang lebih baik, dan dukungan sosial dengan menghiraukan derajat klinis dari penyakit berdampak pada aspek psikososial dalam kehidupan pasien dengan HIV-AIDS (Hidayat and Gamayanti, 2020).

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pada pasien HIV yaitu infeksi, terapi antiretroviral, dukungan sosial, jumlah CD4, kepatuhan pengobatan, pekerjaan, gender, gejala, depresi dan dukungan keluarga. Adanya dukungan keluarga, pendapatan dan pendidikan pada pasien dengan HIV menunjukkan kualitas yang lebih baik untuk individu yang menderita HIV. Faktor-faktor independen terkait dengan penurunan kualitas hidup dan peningkatan risiko kematian adalah usia yang lebih

tua, jumlah CD4 dibawah 200 ketika pengobatan HIV dimulai, dan viral load (Carsita, 2019).

4. Pengukuran Kualitas Hidup

Ada beberapa instrumen yang dikembangkan untuk menilai kualitas hidup. Diantaranya ada yang bersifat umum dan ada yang khusus untuk kasus penyakit tertentu (dalam hal ini HIV-AIDS), yakni sebagai berikut:

a. WHOQoL-BREF

Model konsep kualitas hidup dari WHO (*The World Health Organization Quality of Life / WHOQoL*) mulai berkembang sejak tahun 1991. Kualitas hidup sangat berhubungan dengan aspek atau domain yang akan dinilai yang meliputi : fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Instrumen ini terdiri dari 26 item pertanyaan dan setiap item memiliki skor 1-5, yang terdiri dari 4 domain yaitu: 1) Domain kesehatan fisik yang terdiri dari : rasa nyeri, energi, istirahat, tidur, mobilisasi, aktivitas, pengobatan dan pekerjaan; 2) Domain psikologi yang terdiri dari : perasaan positif dan negatif, cara berpikir, harga diri, *body image*, spiritual, 3) Domain hubungan sosial yang terdiri dari: hubungan individu, dukungan sosial, aktivitas seksual; 4) Domain lingkungan meliputi: keamanan fisik, lingkungan rumah, sumber keuangan, fasilitas kesehatan, mudahnya mendapat informasi, kesehatan, rekreasi, dan transportasi. Dari 26 item pertanyaan tersebut, 2 item pertanyaan merupakan pertanyaan secara umum tentang kualitas hidup dan kepuasan terhadap

kesehatan yang tidak diikutkan dalam perhitungan. Perhitungan untuk menentukan skor kualitas hidup didapatkan dari penjumlahan semua skor yang didapat dari tiap item yang ada dalam 4 domain. Uji reliabilitasnya dengan alpha Cronbach 0,05, $r = 0,91$ (WHO QoL-BREF, 1993).

b. SF-36 *Health Survey*

SF-36 adalah instrumen survei kesehatan yang singkat dengan 36 pertanyaan. Untuk mencapai beberapa tujuan SF-36 digunakan sejak tahun 1970 oleh Ware & Sherbourne dan distandarkan pada tahun 1990. SF-36 terdiri dari 2 domain yaitu domain fisik dan domain mental. Setiap domain terdiri dari 4 sub area. Setiap sub area terdiri dari beberapa pertanyaan. Sub area pada domain fisik terdiri *physical function* (10 pertanyaan tentang semua aktivitas fisik termasuk mandi dan berpakaian), *role physical* (4 pertanyaan tentang pekerjaan dan aktivitas sehari-hari), *bodily pain* (2 pertanyaan tentang rasa sakit yang dirasakan), dan *general health* (5 pertanyaan tentang kesehatan individu). Sedangkan sub area pada domain mental terdiri dari *mental health* (5 pertanyaan tentang perasaan seperti depresi, senang), *role emotional* (3 pertanyaan tentang masalah pekerjaan yang berdampak pada status emosi), *social function* (3 pertanyaan tentang aktivitas sosial yang berkaitan tentang masalah fisik dan emosi), dan *vitality* (4 pertanyaan tentang vitalitas yang dirasakan oleh pasien). Uji reliabilitas untuk skor fisik dan

mental adalah 0,80 dan r tabel = 0,40.

c. WHOQOL-HIVBREF

WHO QOL- HIV BREF adalah instrumen yang dikembangkan oleh WHO khusus untuk mengkaji kualitas hidup pada penderita HIV/AIDS. Instrumen ini disusun dari instrumen WHOQOL-BREF yang disesuaikan dengan kondisi yang dihadapi pasien HIV/AIDS. Instrumen ini baru distandarkan oleh WHO pada tahun 2002. Instrumen ini terdiri dari 31 item pertanyaan yang meliputi 2 pertanyaan tentang kualitas hidup dan kesehatan secara umum dan sisanya mencakup 6 domain. Enam domain tersebut yaitu:

1. Domain fisik, terdiri dari 4 pertanyaan (*nyeri & discomfort*, energi & fatigue, tidur & istirahat, gejala penyakit).
2. Domain psikologis, mencakup 5 pertanyaan (perasaan positif & negatif, harga diri, proses pikir, proses belajar, memori & konsentrasi, *bodily image*).
3. Tingkat kemandirian, meliputi 4 pertanyaan (kemandirian mobilitas, aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada pengobatan, kapasitas kerja).
4. Hubungan sosial, terdiri dari 4 pertanyaan (hubungan personal, dukungan sosial, aktivitas seksual, penerimaan sosial).
5. Lingkungan, mencakup 8 pertanyaan (keamanan fisik, lingkungan rumah, sumber finansial, pelayanan kesehatan, kemudahan mendapat informasi, kesempatan untuk aktivitas

rekreasi, lingkungan fisik; polusi, bising, transportasi).

6. Spiritual / religi / keyakinan personal, meliputi 4 pertanyaan (spiritual, pengampunan, kepedulian terhadap masa depan, kematian). Dari setiap pertanyaan terdapat 5 pilihan jawaban yang jenisnya beragam disesuaikan dengan tujuan yang ingin dikaji pada setiap item pertanyaan. Setiap jawaban akan diberi skor 1, 2, 3, 4, dan 5 untuk item pertanyaan positif dan 5, 4, 3, 2, 1 untuk item pertanyaan negatif. Uji reliabilitas menggunakan uji koefisien reliabilitas alpha Cronbach dengan nilai $r = 0,86$ (WHO QoL-HIV BREF, 2002).

7. Dimensi dalam Kualitas Hidup

Kualitas hidup kesehatan merupakan suatu konstruk bersifat multidimensional yang mengukur persepsi diri individu mengenai kesejahteraan psikologis, harga diri, citra tubuh, fungsi kognitif, mobilitas, energi/ vitalitas, serta hubungan sosial dan fungsi keluarga berdasarkan aspek kesehatan fisik, psikologis, sosial dan perilaku yang dirasakan oleh individu (Ravens, etc., 2015).

Dimensi pertama dari kualitas hidup kesehatan adalah kesejahteraan fisik, yaitu dimensi yang mengukur tingkat aktivitas fisik, energi dan kebugaran individu serta sejauhmana individu merasa tidak sehat dan merasakan keluhan bahwa kesehatannya buruk. Kedua adalah kesejahteraan psikologis, merupakan dimensi yang mengukur emosi positif dan kepuasan dengan hidup serta tidak adanya perasaan seperti

keseharian dan kesedihan. Ketiga adalah hubungan dengan orang tua dan kemandirian merupakan dimensi yang mengukur kualitas interaksi antara individu dengan orang tua atau walinya serta mengukur apakah individu merasa dicintai dan didukung oleh keluarga. Selain itu, dimensi ini juga mengukur tingkat kemandirian dan tingkat kualitas sumber keuangan individu. Keempat adalah dukungan sosial dan teman sebaya, merupakan dimensi yang mengukur kualitas interaksi antara individu dengan teman sebaya serta dukungan sosial yang dirasakannya. Kelima adalah lingkungan sekolah, merupakan dimensi yang mengukur persepsi individu mengenai pembelajaran dan konsentrasi kemampuan kognitifnya, perasaannya tentang sekolah, serta mengukur pandangan individu tentang hubungan dengan gurunya (Ravens, etc., 2015).

C. Tinjauan Umum Tentang Depresi.

1. Definisi Depresi

Depresi merupakan gangguan mental yang ditandai dengan perasaan sedih dan cemas yang muncul dan menghilang dalam beberapa hari dan juga dapat berkelanjutan sehingga mengganggu aktivitas (Zulfiana, 2020).

Depresi merupakan salah satu gangguan mood yang ditandai oleh hilangnya perasaan kendali dan pengalaman subjektif adanya penderitaan berat. Mood adalah keadaan emosional internal yang meresap dari seseorang. Depresi merupakan kondisi emosional seseorang yang biasanya ditandai dengan kesedihan yang amat sangat, perasaan tidak berarti dan bersalah, menarik diri dari orang lain, tidak dapat tidur,

kehilangan selera makan, hasrat seksual, dan minat serta kesenangan dalam aktivitas yang biasa dilakukan. Depresi termasuk pada klasifikasi DSM-IV gangguan alam perasaan yang ditandai dengan sindrom depresi parsial atau penuh, atau kehilangan minat atau kesenangan pada aktivitas yang biasa dan yang dilakukan pada waktu lalu ditandai dengan gangguan fungsi sosial atau okupasi (Kaplan, 2010).

2. Depresi pada ODHA

Penyakit HIV-AIDS adalah suatu penyakit yang berlangsung lama dan tidak bisa disembuhkan sehingga dapat menimbulkan depresi pada pasien HIV-AIDS. Depresi adalah suatu perasaan kesedihan yang meliputi perasaan sedih, kehilangan minat dan kegembiraan, dan berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah dan menurunnya aktivitas. Keadaan ini dapat mengakibatkan marah, frustrasi dalam kehidupan kesehariannya dalam jangka waktu lama (Padmasari, 2016).

Depresi adalah suatu gangguan kejiwaan yang paling sering ditemukan diantara penderita HIV-AIDS. Depresi sering dihubungkan dengan perilaku berisiko tinggi dan pengobatan yang tidak kunjung sembuh. Keadaan seperti ini dapat meningkatkan perilaku berisiko menularkan HIV sehingga dapat mempercepat laju penyakit HIV dan mengganggu kemampuan penderitanya untuk hidup dengan bahagia. Hal ini dapat disebabkan karena pada pasien HIV-AIDS yang telah menikah pada umumnya memiliki banyak kendala dalam Kejadian tersebut

menunjukkan bahwa seseorang yang terinfeksi HIV-AIDS lebih rentan terkena depresi daripada populasi pada umumnya. Keadaan seperti ini sangat memengaruhi kemampuan seseorang untuk mengikuti pengobatan HIV-AIDS yang teratur, memengaruhi kualitas hidup yang mengakibatkan penderita HIV-AIDS merasa tertekan atau putus asa. Depresi yang dialami para pasien HIV-AIDS juga dapat disebabkan efek samping dari pengobatan HIV-AIDS yang harus diminum pasien HIV-AIDS selama seumur hidup dan efek infeksi agen HIV di otak (Padmasari, 2016).

3. Etiologi Depresi

Penyebab depresi belum diketahui secara pasti. Faktor-faktor yang diduga sebagai penyebab adalah faktor psikososial, genetik, dan biologi. Ada kemungkinan ketiga faktor ini saling berinteraksi. Misalnya, faktor psikososial dan genetik dapat memengaruhi faktor biologik (terjadi gangguan keseimbangan neurotransmitter), atau faktor psikososial dan biologik dapat mengubah ekspresi genetik, atau faktor biologik dan genetik dapat memengaruhi respon seseorang terhadap faktor psikososial. Dalam penelitian lain juga menjelaskan bahwa beberapa penyebab depresi diantaranya : 1) peristiwa dalam kehidupan sehari-hari, 2) perubahan kimia dalam otak, 3) efek samping obat, 4) beberapa penyakit fisik. Faktor-faktor yang beresiko terhadap depresi adalah jenis kelamin, dimana perempuan dua kali lebih beresiko mengalami depresi daripada laki-laki (Yaunin, 2014).

4. Gejala Depresi

Gejala khas yang terjadi pada seseorang yang mengalami depresi adalah bila selama 1 minggu atau lebih seseorang mengalami perasaan sedih (*depressed mood*) sepanjang hari dan terjadi hampir setiap hari, sulit tidur atau tidur terlalu banyak yang terjadi hampir setiap hari, merasa lesu, lelah, dan tidak bertenaga hampir setiap hari, gangguan nafsu makan, tidak ada perhatian atau minat terhadap semua aktivitas harian hampir setiap hari. Gejala lainnya adalah seringkali merasa hidupnya tidak berharga, merasa bersalah tanpa alasan, serta kehilangan rasa percaya diri. Selain itu, seseorang yang mengalami depresi tidak dapat berpikir atau berkonsentrasi dan terus-menerus hanya memikirkan masalah stresnya (Limalvin, 2020).

5. Hubungan Depresi dengan Kualitas Hidup.

Penderita HIV yang mengalami depresi rentan terhadap penyakit dua kali lebih sering dibanding penderita HIV yang tidak mengalami depresi. Keadaan depresi menurunkan fungsi imun, fungsi sel-sel "natular killer" dan reaksi limfosit sehingga berkontribusi pada percepatan penurunan jumlah CD4 penderitanya, dengan demikian kemungkinan infeksi oportunistik lebih tinggi. Dengan kata lain jika penderitanya juga mengalami depresi maka dapat mempercepat terjadinya AIDS dan meningkatkan kematian (Fatiregun, 2015).

Depresi akan memperberat perjalanan penyakit HIV/AIDS melalui perubahan perilaku seperti perasaan bersalah, kurangnya minat

komunikasi, berkurangnya kepatuhan minum obat serta keinginan untuk bunuh diri dan juga gangguan system imun. Berbagai gejala pada depresi seperti gangguan neurovegetatif (gangguan tidur, nafsu makan berkurang, disfungsi seksual), gangguan kognitif (pelupa, susah berkonsentrasi) juga akan memperberat penyakitnya (Fauzy and Fourianalisyawati, 2016).

Depresi yang berkelanjutan akan menyebabkan penurunan kondisi secara fisik dan mental, sehingga dapat menyebabkan seseorang malas untuk melakukan aktivitas self care harian secara rutin, sebagai akibatnya, ODHA tidak patuh terhadap program pengobatan. Apabila ODHA tidak teratur minum anti retroviral (ARV) dalam jangka waktu yang lama, maka akan sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup ODHA (Harkomah, 2020).

D. Tinjauan Umum Tentang Stigma.

1. Definisi Stigma

Stigma sosial adalah tindakan memberikan label sosial yang tujuannya untuk memisahkan atau mendiskreditkan seseorang atau sekelompok orang dengan cap atau pandangan buruk dengan prakteknya. Stigma mengakibatkan diskriminasi dan tindakan yang merendahkan orang lain, yaitu tindakan yang tidak mengakui atau tidak berupaya dalam pemenuhan hak-hak dasar individu maupun kelompok sebagaimana mereka juga sebagai manusia yang bermartabat. Konsep stigma dikemukakan oleh Goffman, konsep ini mengarah pada orang-

orang yang memiliki kecacatan sehingga tidak memperoleh penerimaan sosial sepenuhnya., Mereka merupakan orang yang direndahkan (discredit stigma) dan berpotensi dapat direndahkan (discreditable stigma). Stigma dapat dikatakan sebagai suatu bentuk reaksi sosial dari masyarakat kepada seseorang di mana seseorang atau individu disingkirkan, dikucilkan, didiskualifikasi atau ditolak dari penerimaan sosial (Efren, 2018).

Melalui analisis dari konsep stigma di atas dapat ditentukan bahwa stigmatisasi adalah proses munculnya pelabelan pada individu diakibatkan oleh ketidaksamaan dengan orang-orang yang dianggap sebagai orang normal. Ini juga dijelaskan oleh *International Federation Anti Leprocy Association*, bahwa masyarakat cenderung berprasangka dengan pandangan tertentu kepada orang-orang yang berbeda dengan memberinya label sehingga memunculkan stigmatisasi dan diskriminasi. Mengkaji lebih dalam mengenai stigmatisasi sosial tidak hanya dilihat melalui penilaian masyarakat saja tetapi juga penilaian orang yang terstigmakan atau penilaian terhadap diri sendiri yang berkaitan dengan persepsi maupun respon atas stigma tersebut (Zainab, 2020).

2. Proses Terjadinya Stigma

Stigmatisasi terbentuk melalui proses sosial kognitif yaitu isyarat, stereotip, prasangka, dan diskriminasi:

1. Isyarat, secara umum masyarakat menyimpulkan stigma dari empat isyarat: gejala gangguan jiwa, defisit keterampilan sosial, penampilan fisik, dan label.
2. Stereotip, struktur pengetahuan yang dipelajari masyarakat umum tentang suatu kelompok sosial yang ditandai. Stereotip dianggap lazim, karena hanya sebagai perwakilan dari anggapan masyarakat umum tentang suatu kelompok sosial. Biasanya stereotip muncul berupa kekerasan (orang yang berbahaya), inkompetensi (mereka tidak mampu mandiri), dan menyalahkan (karakter pribadi yang lemah, mereka bertanggungjawab terhadap depresi yang dialami).
3. Prasangka, orang-orang yang berprasangka ialah mendukung stereotip negatif dan menghasilkan reaksi emosional negatif. Prasangka adalah keyakinan dan sikap merugikan yang melibatkan komponen evaluatif (umumnya negatif). Prasangka pada dasarnya merupakan suatu respon kognitif dan afektif, dan menuju diskriminasi dengan memunculkan perilaku.
4. Diskriminasi dimanifestasikan sebagai tindakan negatif terhadap orang-orang yang berada di luar kelompoknya. Diskriminasi out-group (luar kelompok) muncul sebagai penghindaran, tidak bergaul dengan orang-orang dari luar kelompok (Varamitha, 2014)

3. Stigma Masyarakat terhadap ODHA

Stigma pada ODHA merupakan suatu pandangan yang buruk dari masyarakat yang menyatakan bahwa ODHA harus di jauhi karena mereka

menderita penyakit yang mematikan sehingga para ODHA mendapat perlakuan yang berbeda dari masyarakat. Stigma berasal dari pikiran seorang individu atau masyarakat yang memercayai bahwa penyakit AIDS merupakan akibat dari perilaku amoral yang tidak dapat diterima oleh masyarakat. Stigma terhadap ODHA tergambar dalam sikap sinis, perasaan ketakutan yang berlebihan, dan pengalaman negatif terhadap ODHA. Banyak yang beranggapan bahwa orang yang terinfeksi HIV-AIDS layak mendapatkan hukuman akibat perbuatannya sendiri. Mereka juga beranggapan bahwa ODHA adalah orang yang bertanggung jawab terhadap penularan HIV-AIDS. Hal inilah yang menyebabkan orang dengan infeksi HIV menerima perlakuan yang tidak adil, diskriminasi, dan stigma karena penyakit yang diderita. Isolasi sosial, penyebaran status HIV dan penolakan dalam pelbagai lingkup kegiatan kemasyarakatan seperti dunia pendidikan, dunia kerja, dan layanan kesehatan merupakan bentuk stigma yang banyak terjadi. Tingginya penolakan masyarakat dan lingkungan akan kehadiran orang yang terinfeksi HIV-AIDS menyebabkan sebagian ODHA harus hidup dengan menyembunyikan status (Shaluhyah, 2015).

4. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Stigma ODHA

Faktor-faktor yang mempengaruhi stigma terhadap orang dengan HIV-AIDS yaitu :

1. HIV-AIDS adalah penyakit mematikan.

2. HIV-AIDS adalah penyakit karena perbuatan melanggar susila, kotor, tidak bertanggung jawab.
3. Orang dengan HIV-AIDS dengan sengaja menularkan penyakitnya.
4. Kurangnya pengetahuan yang benar tentang cara penularan HIV (Kemenkes, 2012).

Menurut (Maharani, 2017) beberapa faktor yang memengaruhi stigma terhadap HIV-AIDS yakni HIV-AIDS adalah penyakit yang mengancam jiwa, orang-orang takut terinfeksi HIV, penyakit dihubungkan dengan perilaku yang telah terstigma dalam masyarakat, ODHA sering dianggap sebagai yang bertanggung jawab bila ada terinfeksi, nilai-nilai moral atau agama membuat orang yakin bahwa HIV-AIDS sebagai hasil dari pelanggaran moral. Banyak dari ODHA ini yang kemudian kehilangan pekerjaannya, terisolasi dari keluarga dan komunitasnya, tertolak oleh layanan kesehatan yang mengetahui status HIV mereka. Stigma dan diskriminasi terhadap ODHA dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti pengetahuan, persepsi, pendidikan, jenis kelamin, umur, status ekonomi, keterpaparan sumber informasi tentang HIV-AIDS, serta adanya interaksi dengan ODHA juga memengaruhi stigma seseorang terhadap ODHA. Hasil dari beberapa penelitian menunjukkan bahwa masih banyak ditemukan adanya stigma terhadap ODHA di kalangan remaja di seluruh dunia, berdasarkan hasil penelitian terhadap remaja kota pengidap HIV yang mengikuti prosedur pengobatan anti retroviral di Amerika Serikat.

Ada beberapa faktor-faktor untuk memperjelas penyebab terbentuknya stigma:

1. Label gangguan jiwa, penampilan, dan gangguan perilaku terkait. Label tanpa adanya perilaku menyimpang, dapat berkontribusi lebih terhadap stigma. Individu yang hidup sebagai ODHA mendapat stigma karena gangguan perilaku yang terkait (seperti kecemasan, ketegangan) dan defisit keterampilan sosial (kontak mata yang buruk, kesulitan untuk tetap fokus pada topik).
2. Karakteristik pengobatan. Rawat inap, perawatan fisik, dan pengobatan individual adalah lebih mudah mendapat stigma.
3. Status sosial-ekonomi. Semakin rendah status sosial dan ekonomi seseorang, semakin besar kemungkinan dia dijauhi oleh orang lain.
4. Media penggambaran. Sebuah studi terbaru menemukan bahwa gangguan jiwa yang digambarkan di semua media cetak nasional didominasi oleh penggambaran negatife (Varamitha, 2014).

5. Dampak Stigma pada ODHA

Stigma terhadap ODHA memiliki dampak yang besar bagi program pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS termasuk kualitas hidup ODHA. Populasi berisiko akan merasa takut untuk melakukan tes HIV karena apabila terungkap hasilnya reaktif akan menyebabkan mereka dikucilkan. Orang dengan HIV positif merasa takut mengungkapkan status HIV dan memutuskan menunda untuk berobat apabila menderita sakit, yang akan berdampak pada semakin menurunnya tingkat kesehatan

mereka dan penularan HIV tidak dapat dikontrol. Dampak stigma dan diskriminasi pada perempuan ODHA yang hamil akan lebih besar ketika mereka tidak mau berobat untuk mencegah penularan ke bayinya. Dalam hidup bermasyarakat, stigma juga menghalangi ODHA untuk melakukan aktivitas sosial. ODHA menutup diri dan cenderung tidak bersedia melakukan interaksi dengan keluarga, teman, dan tetangga. Hal ini disebabkan karena sebagian masyarakat beranggapan bahwa orang dengan HIV positif adalah orang berperilaku tidak baik seperti perempuan pekerja seksual, pengguna narkoba, dan homoseksual. Kelompok ini oleh sebagian masyarakat dianggap memengaruhi epidemi HIV-AIDS dan membuat masyarakat menjadi menolak dan membenci kelompok tersebut (Shaluhiah, 2015).

6. Hubungan Stigma dengan Kualitas hidup

Stigma masih menjadi masalah didalam upaya pengendalian HIV-AIDS di Indonesia. Hal ini disebabkan karena ketakutan, kurangnya pengetahuan dan prasangka yang menciptakan stigma pada ODHA. Masyarakat hanya mengetahui HIV-AIDS itu merupakan sebatas penyakit menular dan penderitanya berbahaya dan belum memahami secara benarcara penularannya. Adanya ketidak pahaman ini menyebabkan timbulnya sikap berlebihan yang tidak mendukung kehidupan ODHA (Kemenkes, 2012).

Stigma terhadap orang dengan HIV positif berdampak pada peningkatan kualitas hidup yang mengalami banyak hambatan. Dari

berbagai segi, stigma memberikan pengaruh yang jauh lebih luas dibanding virus HIV itu sendiri. Stigma bukan hanya mempengaruhi hidup orang yang positif HIV, namun juga orang-orang yang hidup di sekitarnya, misalnya pasangan hidup, keluarga, bahkan perawat atau pendampingnya. Stigma berdampak sangat serius bagi orang yang positif HIV maupun upaya pengendalian HIV secara keseluruhan. ODHA enggan mencari layanan kesehatan dan dukungan sosial yang semestinya dapat mereka peroleh (Kemenkes, 2012).

Menjadi ODHA merupakan suatu yang berat dalam hidup, dimana permasalahan yang kompleks selalu dihadapi setiap hari, bukan hanya berurusan dengan kondisi penyakit, tetapi kondisi penyakit yang disertai dengan stigma sosial yang sangat diskriminatif. Stigma ini seringkali menyebabkan menurunnya semangat hidup ODHA yang kemudian membawa efek dominan menurunnya kualitas hidup ODHA. Kualitas hidup pada pasien HIV-AIDS sangat penting untuk diperhatikan karena penyakit infeksi ini bersifat kronis dan progresif sehingga berdampak luas pada segala aspek kehidupan baik fisik, psikologis, sosial, maupun spiritual (Maharani, 2017).

E. Tinjauan Umum Tentang Infeksi Oportunistik

1. Definisi Infeksi Oportunistik

Infeksi oportunistik adalah infeksi yang disebabkan karena menurunnya sistem imunitas tubuh. Infeksi oportunistik ini terjadi karena adanya mikroorganisme yang masuk ke dalam tubuh seperti

bakteri, jamur, dan virus. Infeksi oportunistik juga dapat disebabkan karena reaktivasi infeksi laten, dalam kondisi yang normal dikendalikan oleh sistem kekebalan tubuh. Pasien HIV awalnya tidak menunjukkan tanda dan gejala, tetapi kemudian manifestasi klinis banyak yang muncul karena gangguan pada imunologis. Manifestasi klinis AIDS sangat beragam, mulai dari yang ringan hingga berat. Infeksi oportunistik ini telah terbukti dapat menyebabkan seseorang meninggal lebih dari 90% pada pasien AIDS. Infeksi oportunistik yang biasanya sering ditemukan seperti infeksi jamur, herpes, toksoplasmosis, dan CMV (Saktina, 2017).

Perjalanan infeksi HIV ditentukan oleh berbagai macam faktor. Faktor- faktor tersebut diantaranya virulensi virus, respons imun, cara transmisi HIV, dan penyakit lain yang mendasari. Sejalan dengan menurunnya kekebalan tubuh seseorang, maka berbagai mikroorganisme baik dari dalam maupun dari luar tubuh cenderung aktif, dan dapat menimbulkan infeksi oportunistik. Cara penanggulangan infeksi oportunistik sangat bergantung pada mikroorganisme penyebab infeksi oportunistik yang menyerang seseorang (Arifa, 2013).

Infeksi Oportunistik menyebabkan banyak kesakitan dan kematian. Namun, setelah orang mulai memakai ARV, penyakit akibat infeksi oportunistik dialami oleh jauh lebih sedikit orang. Angka infeksi oportunistik sudah menurun secara dramatis sejak

tersedia terapi antiretroviral. Namun infeksi oportunistik masih menimbulkan masalah, terutama untuk orang yang baru diketahui terinfeksi HIV setelah infeksi yang lebih lanjut. Banyak orang masih dirawat inap di rumah sakit dengan infeksi oportunistik yang berat (Framasari, 2020).

2. Infeksi Oportunistik pada ODHA

Penyakit infeksi HIV dan AIDS hingga kini masih merupakan masalah kesehatan global dengan tingginya angka kejadian dan kematian. Hampir semua ODHA pernah mengalami infeksi oportunistik dari level ringan hingga berat, infeksi oportunistik pada ODHA seringkali menyertai penderita. Replikasi virus yang terus menerus dapat menyebabkan kerusakan sistem kekebalan tubuh dan semakin rentan terhadap infeksi. Infeksi oportunistik atau infeksi yang disebabkan oleh immunosupresi pada pasien yang terinfeksi HIV merupakan penyebab morbiditas dan mortalitas. Infeksi oportunistik terus menyebabkan morbiditas dan mortalitas meskipun telah tersedia ARV. Infeksi oportunistik mempunyai dampak besar terhadap perjalanan penyakit AIDS. Dampak mikro dari infeksi oportunistik berupa penyakit sistemik sesuai jenis infeksi yang terjadi. Sedangkan, dampak makro dari infeksi oportunistik adalah kematian dan meningkatnya jumlah penderita HIV-AIDS tiap tahun. Hal ini dikarenakan infeksi oportunistik yang tidak ditangani dengan tepat dapat menjadi port de exit virus untuk keluar dari tubuh penderita dan

menginfeksi individu lain yang secara langsung kontak dengan penderita. Berdasarkan fenomena diatas bahwa penyebab mortalitas atau kematian pada pasien HIV-AIDS sebagian besar disebabkan oleh infeksi oportunistik (Arifa, 2013).

3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Infeksi Oportunistik

Berdasarkan penelitian (Rostina, 2017) ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi munculnya infeksi oortunistik pada ODHA :

a) Jumlah CD4

Sel CD4 adalah sel darah putih atau limfosit yang termasuk dalam bagian terpenting dari sistem kekebalan tubuh manusia. Ketika manusia terinfeksi HIV, virus akan menyerang sel CD4 dan menjadi bagian dari sel tersebut. Sel CD4 merupakan sel inang dari virus HIV, virus ini bereplikasi di dalam sel CD4. Seiring dengan replikasi yang dilakukan oleh sel CD4, virus HIV juga ikut bereplikasi, sehingga jumlah virus HIV dalam tubuh semakin banyak. Setelah terbentuk virus baru, virus ini keluar dari sel CD4 dan sel CD4 yang ditinggalkan akan mengalami lisis. Sel CD4 yang mengalami lisis akan menyebabkan penurunan jumlah CD4, semakin menurunnya sel CD4 berarti sistem kekebalan tubuh kita semakin rusak dan semakin rendahnya jumlah CD4 yang ada dalam tubuh manusia, semakin mungkin terserang penyakit atau mungkin akan mengalami infeksi oportunistik.³² Pada penelitian

di Nigeria, kejadian infeksi oportunistik berhubungan kuat dengan jumlah CD4, terutama pada jumlah CD4 <200 sel/ μ l.^{46 39}

b) Pengetahuan

Pengetahuan ODHA terkait infeksi oportunistik masih sangat rendah, mulai dari definisi, jenis infeksi oportunistik sampai dengan cara pencegahannya. Sebagian besar ODHA masih sangat minim informasi terkait infeksi oportunistik terlebih pada ODHA yang baru didiagnosa, bahkan beberapa dari pasien HIV-AIDS tidak mengenal istilah infeksi oportunistik. Akibat dari minimnya pengetahuan ODHA mengenai infeksi oportunistik berdampak pada ketidaktahuan ODHA dalam hal pencegahan infeksi oportunistik sehingga ketika ODHA mengalami infeksi oportunistik mereka menganggap hal tersebut biasa yang lumrah didapatkan pada semua pasien HIV-AIDS. Minimnya pengetahuan ODHA terkait HIV dan gejalanya juga menyebabkan keterlambatan diketahuinya status ODHA bahkan diantaranya sudah memasuki fase infeksi oportunistik, akibatnya infeksi oportunistik lambat untuk mendapatkan penanganan yang berdampak pada memburuknya kondisi kesehatan ODHA.

c) Kepatuhan terapi antiretroviral

Kepatuhan atau *adherence* pada terapi adalah suatu keadaan dimana pasien mematuhi pengobatannya atas dasar kesadaran sendiri, bukan hanya karena mematuhi perintah dokter. Kepatuhan

harus selalu dipantau dan dievaluasi secara teratur pada setiap kunjungan. Kegagalan terapi ARV sering diakibatkan oleh ketidakpatuhan pasien mengkonsumsi ARV. Pada penelitian di Nigeria, didapatkan hasil bahwa kepatuhan minum obat ARV yang rendah meningkatkan kejadian infeksi oportunistik.

d) Stadium klinis

Berdasarkan stadium HIV-AIDS pada ODHA yang diklasifikasikan menurut penyakit yang secara klinis berhubungan dengan HIV, masing-masing stadium memiliki infeksi tertentu yang mengindikasikan seorang pasien HIV-AIDS berada pada stadium tersebut. Infeksi yang timbul biasanya merupakan suatu infeksi oportunistik. Infeksi oportunistik merupakan salah satu indikasi terinfeksi HIV, sebab gejala dan manifestasi klinis pada pasien HIV sering tidak khas, sehingga sering menyebabkan tidak terdiagnosis. Infeksi oportunistik yang terjadi pada stadium klinis awal sering tidak menimbulkan gejala dan jenis infeksi masih ringan, sedangkan pada stadium lanjut infeksi oportunistik yang muncul semakin beragam dan semakin berat. Penelitian terbaru di Nigeria menyebutkan bahwa kasus infeksi oportunistik meningkat pada stadium III-IV berdasarkan klasifikasi WHO.

e) Nutrisi

Infeksi HIV akan mempengaruhi status nutrisi baik makronutrien maupun mikronutrien serta sistem imun pasien HIV-AIDS.

Perubahan status nutrisi tersebut disebabkan oleh berbagai faktor, antara lain yaitu anoreksia, hipermetabolik, hiperkatabolik, infeksi kronis, depresi, efek samping obat, radiasi dan kemoterapi. Tanpa dukungan nutrisi yang adekuat, stress metabolik akibat infeksi akan menimbulkan kehilangan berat badan dan rusaknya sel bagian tubuh organ vital. Penurunan berat badan 10 – 20% dari semula akan sangat mengurangi kemampuan daya tahan tubuh dan meningkatkan morbiditas dan mortalitas, bahkan kehilangan 40% berat badan dapat menyebabkan kematian. Pada infeksi HIV terjadi peningkatan kadar Reactive Oxygen Species (ROS) yang dapat menurunkan jumlah limfosit T akibat apoptosis. Nutrisi yang adekuat dapat mempertahankan dan meningkatkan fungsi kekebalan tubuh secara optimal. Dukungan nutrisi dapat meningkatkan respon klinis yang baik pada orang yang terinfeksi HIV dan menghambat perkembangan penyakit HIV. Dengan demikian terjadi peningkatan kualitas hidup serta menurunkan mortalitas terkait penyakit infeksi oportunistik.

4. Hubungan Infeksi Oportunistik dengan Kualitas Hidup

Tingginya tingkat keparahan dan kematian penderita AIDS disebabkan oleh berbagai faktor. Salah satu faktor adalah penatalaksanaan penderita yang kurang tepat, termasuk terlambatnya diagnostik infeksi oportunistik pada penderita AIDS. Infeksi oportunistik mengakibatkan hampir 80% kematian pada pasien

AIDS. Infeksi oportunistik adalah infeksi mikroorganisme akibat adanya kesempatan untuk timbul pada kondisi-kondisi tertentu yang memungkinkan. Pengidap HIV di Indonesia cenderung mudah masuk ke stadium AIDS karena mengalami infeksi oportunistik (Saktina, 2017).

ODHA dalam kesehariannya dituntut untuk mampu menghadapi permasalahan yang cukup kompleks. ODHA tidak hanya dihadapkan pada permasalahan dari sisi fisiologis akibat terinfeksi HIV, tetapi ODHA juga dihadapkan pada adanya stigma dan diskriminasi yang dapat menambah beban psikologis dari ODHA itu sendiri. Kompleksnya masalah yang mesti dihadapi oleh ODHA ini tentunya dapat berimbas pada penurunan kualitas hidup. ODHA memang semakin rentan terserang penyakit penyakit lain akibat terinfeksi oleh HIV yang menyerang sistem kekebalan tubuh. Seperti yang telah dipaparkan dalam beberapa kasus sebelumnya bahwa beberapa ODHA menjadi lebih cepat lelah, mengalami demam yang tidak kunjung hilang, penurunan berat badan secara drastis hingga sering terkapar lemas di tempat tidur akibat dari infeksi HIV. Pada akhirnya mereka akan mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari bahkan mereka tidak mampu untuk bekerja lagi. Ketidakmampuan ODHA untuk melakukan aktivitas sehari-hari dan bahkan ketidakmampuan ODHA untuk bekerja ini telah mengindikasikan bahwa mereka mengalami penurunan kualitas hidup (Diatmi, 2014).

F. Tinjauan Umum Tentang Dukungan Sosial

1. Definisi Dukungan Sosial

Dukungan sosial didefinisikan sebagai pertolongan dan dukungan yang diperoleh seseorang dari interaksinya dengan orang lain. Dukungan sosial juga dapat diartikan sebagai informasi bahwa individu dicintai, dihargai, berarti, dan bagian dari kelompok. Dukungan sosial ini diperoleh dari orang tua, pasangan, anggota keluarga lainnya, teman, dan masyarakat. Individu yang menerima dukungan sosial memiliki keyakinan bahwa mereka dicintai, bernilai, dan menjadi bagian dari kelompok yang dapat menolong mereka saat mereka membutuhkan bantuan (Sarafino, 2011).

Dukungan ini diterima individu dari individu lainnya ataupun dari suatu kelompok dalam bentuk perhatian, rasa nyaman, penghargaan, maupun bantuan dalam bentuk lainnya. Dengan demikian, dukungan sosial yang dimaksud dalam penelitian ini adalah dukungan yang diterima individu dalam wujud cinta, perhatian, empati, adanya bantuan baik secara langsung ataupun tidak langsung, menerima informasi, saran, nasehat, dan adanya kesediaan (Sarafino, 2011).

2. Manfaat Dukungan Sosial

Ada tiga pengaruh dasar dari dukungan sosial yang menonjol dikemukakan oleh Brownell dan Schumaker diantaranya, pengaruh langsung, tidak langsung dan interaktif.

- a. Pengaruh langsung, yaitu terciptanya hubungan interpersonal dan hubungan yang bersifat menolong dan hubungan tersebut dapat memfasilitasi terbentuknya perilaku yang lebih sehat.
- b. Pengaruh tidak langsung, yaitu membantu individu menghadapi dan mengatasi stressor yang datang dengan cara membantu individu mengatasi stress yang datang, dengan mencoba membantu individu mempelajari cara pemecahan masalah dan mengontrol masalah-masalah kecil sebelum menjadi besar.
- c. Pengaruh interaktif, berupa dampak yang diinterpretasikan untuk meredam atau memperbaiki dampak-dampak yang merugikan dengan mempengaruhi rekognisi, kualitas dan kuantitas terhadap sumber-sumber coping.

3. Bentuk-Bentuk Dukungan Sosial

Bentuk-Bentuk Dukungan Sosial Sarafino (2011) membagi dukungan sosial dalam 4 bentuk, antara lain:

- a. Dukungan Emosional (*Emotional / Esteem Support*) Dukungan emosional mencakup ungkapan empati, kepedulian dan perhatian. Dukungan emosional sering diartikan sebagai ekspresi dari afeksi, kepercayaan, perhatian, dan perasaan. Kesiapan untuk mendengar keluhan seseorang akan memberikan dampak positif sebagai sarana pelepasan emosi, mengurangi kecemasan. Selain itu, adanya dukungan emosional akan membuat individu merasa nyaman,

diperhatikan, serta dicintai saat menghadapi berbagai tekanan dalam hidup.

b. Dukungan Instrumental (*Instrumental / Tangible Support*)

Dukungan instrumental mencakup bantuan langsung, dapat berupa jasa, waktu, maupun uang misalnya pinjaman uang bagi individu.

Dukungan ini dapat membantu individu dalam melaksanakan aktivitasnya.

c. Dukungan Informatif (*Informational Support*) Dukungan informatif

mencakup pemberian nasehat, petunjuk-petunjuk, saran-saran, informasi atau umpan balik. Dukungan ini akan memperluas wawasan dan pemahaman individu terhadap masalah yang dihadapi. Dukungan informatif ini juga membantu individu dalam mengambil keputusan.

d. Dukungan Persahabatan (*Companionship Support*) Dukungan

persahabatan mencakup kesediaan dari orang lain untuk menghabiskan waktu atau bersama dengan individu. Hal ini akan menumbuhkan rasa keanggotaan dari suatu kelompok yang saling berbagi minat dan melakukan aktivitas sosial bersama.

4. Hubungan Kualitas Hidup dengan Dukungan Sosial

Kualitas hidup pada ODHA cukup rentan untuk mengalami penurunan akibat adanya masalah secara fisiologis, maupun masalah secara psikologisnya. ODHA sebenarnya tidak hanya mengalami tekanan akibat adanya virus HIV yang menyerang sistem kekebalan

tubuh saja, tetapi ODHA juga dihadapkan pada stigma dan diskriminasi. ODHA sering mendapat stigma akibat dari virus yang menginfeksi. ODHA sering disebut sebagai orang yang mengidap penyimpangan seksual atau gay, wanita nakal, dan salah pergaulan. Melalui stigma tersebut, ODHA kemudian dikucilkan dan tanpa disadari bahwa tindakan tersebut sebenarnya telah mempengaruhi kondisi psikologis ODHA. Hal ini mengantarkan ODHA pada kondisi stres, depresi, putus asa dan menutup diri. ODHA akan memilih untuk merahasiakan status kesehatannya dari keluarga, teman maupun kerabat dekatnya, sehingga ODHA pun tidak mampu mendapatkan dukungan yang seharusnya. (Hartadi *et al.*, 2017).

ODHA sebenarnya membutuhkan dukungan, bukan dikucilkan agar harapan hidup ODHA menjadi lebih panjang, dengan adanya dukungan sosial maka akan tercipta lingkungan kondusif yang mampu memberikan motivasi maupun memberikan wawasan baru bagi ODHA dalam menghadapi kehidupannya. Dukungan sosial ini dapat meminimalkan tekanan psikososial yang dirasakan ODHA, sehingga ODHA dapat memiliki gaya hidup yang lebih baik dan dapat memberikan respon yang lebih positif terhadap lingkungan sosialnya. Selain itu, dengan adanya dukungan sosial ini maka ODHA akan merasa dihargai, dicintai, dan merasa menjadi bagian dari masyarakat, sehingga ODHA tidak merasa didiskriminasi yang nantinya dapat

bedampak pada peningkatan kualitas hidup pada ODHA (Diatmi &Fridari, 2014).

G. Tinjauan Umum Tentang Lama Menderita

1. Definisi Lama Menderita

Lamanya durasi penyakit HIV-AIDS menunjukkan berapa lama pasien tersebut menderita HIV-AIDS sejak ditegakkan diagnosis penyakit tersebut. Durasi lamanya HIV-AIDS yang diderita ini dikaitkan dengan resiko terjadinya beberapa komplikasi yang timbul sesudahnya. Faktor utama pencetus komplikasi pada HIV-AIDS selain durasi atau lama menderita adalah tingkat keparahan HIV-AIDS. Komplikasi yang didapat pada seseorang karena lamanya HIV-AIDS yang diderita menimbulkan sifat akut maupun kronis. Komplikasi tersebut dapat menyebabkan pendeknya rentang hidup seseorang, keterbatasan diri dan meningkatnya beban ekonomi bagi klien dan keluarganya, sehingga sangat mempengaruhi terhadap penurunan kualitas hidup penderita bila tidak mendapatkan perawatan yang tepat (Restada,2016).

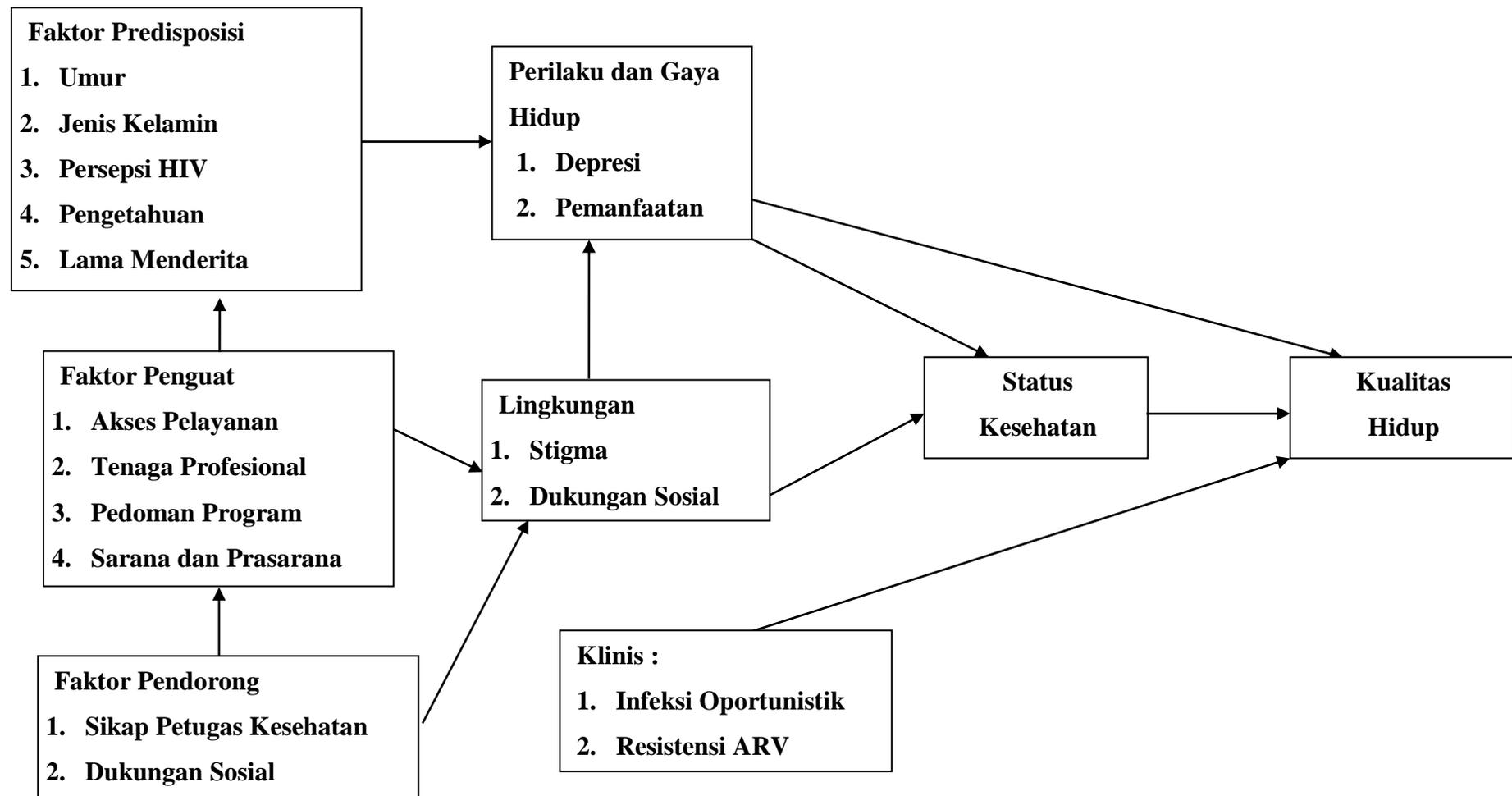
2. Hubungan Kualitas Hidup dengan Lama Menderita

Pengobatan HIV-AIDS memerlukan waktu yang lama karena HIV-AIDS merupakan penyakit menahun yang akan diderita seumur hidup, dan sangat kompleks karena tidak hanya membutuhkan pengobatan tetapi juga perubahan gaya hidup sehingga seringkali pasien cenderung menjadi putus asa dengan program terapi. Terapi ARV

memengaruhi kepatuhan pasien dalam melakukan pengelolaan dan upaya pencegahan terhadap komplikasi HIV-AIDS. Keadaan yang demikian dapat memengaruhi kapasitas fungsional fisik, psikologis dan kesehatan sosial serta kesejahteraan penderita HIV-AIDS yang didefinisikan sebagai kualitas hidup (Diatmi & Fridari, 2014).

Penderita yang terinfeksi HIV rata-rata berkisar ≤ 5 tahun, dimana pada stadium awal terinfeksi menyebabkan ODHA mengalami stres dan depresi. Hal tersebut berhubungan dengan mekanisme coping setiap individu dalam beradaptasi dengan stressor yang dialami. Semakin lama ODHA terinfeksi, maka semakin banyak memiliki pengalaman terkait dengan penyakitnya. Pengalaman tersebut dapat dipergunakan untuk upaya mengantisipasi stressor yang dialami ODHA sehingga ODHA dapat beradaptasi menyebabkan kualitas hidup akan lebih baik dibandingkan dengan ODHA yang baru terinfeksi (Liyanovitasari, 2020).

H. Kerangka Teori



Gambar 1. Sumber : Dimodifikasi dan diadaptasi dari Teori Precede Procced Lawrence Green (1980) dalam Soekidjo (2010)