

Media Medika Muda

Copyright©2016 by Medical Faculty of Diponegoro University

Volume 1, Nomor 2

ISSN 1858-3318

Mei – Agustus 2016

ARTIKEL ASLI



FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KUALITAS HIDUP PASIEN HIV/AIDS YANG MENJALANI PERAWATAN DI RSUPN CIPTO MANGUNKUSUMO JAKARTA

Henni Kusuma¹⁾

FACTORS INFLUENCING QUALITY OF LIFE IN HIV/AIDS PATIENTS
TAKEN CARE IN CIPTO MANGUNKUSUMO HOSPITAL

ABSTRACT

Background: Various factors can affect the quality of life among patients with HIV / AIDS which gender, age, education level, marital status, occupation, economic conditions, long suffering from the disease, stage of disease, psychosocial problems (depression), and family support. The purpose of this study was to identify factors that can affect the quality of life of patients with HIV / AIDS.

Methods: A cross-sectional study design with a sample of 92 respondents using purposive sampling. For collecting data, this research used structured instrument about factors which impact to QOL and QOF for HIV/AIDS patients. Data analyzed with chi-square test and multiple logistic regression.

Results: The results showed the majority of men (70.7%), highly educated (93.5%), work (79.3%), unmarried (52.2%), high income (68.5%), advanced disease stage (80.4%), depression (51.1%), non-supportive family support (55.4%), and poor quality of life (63.0%). From the results of correlation analysis at alpha 5% found any significant relationship between depression, family support, gender, education, marital status, occupation, income, and the clinical stage of disease with quality of life ($p = 0.000$; $p = 0.000$; $p = 0.009$; $p = 0.048$; $p = 0.021$; $p = 0.047$; $p = 0.041$; $p = 0.000$). Furthermore, the results of logistic regression test showed respondents with depression and perceived non-supportive family support at risk to have a poor quality of life after being controlled by sex, marital status, and stage of disease. In addition, it is also known that family support is the most dominant factor related to quality of life with OR = 12.06.

Conclusion: Recommendations from this study is necessary interventions to empower families to continue to provide support to HIV / AIDS patients. In addition, prevention and treatment of depression problem also needs to be done in order to improve the quality of life of patients with HIV / AIDS.

Key words: Quality of live, HIV/AIDS

ABSTRAK

Latar belakang: Berbagai faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien HIV/AIDS diantaranya yaitu jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, status marital, pekerjaan, kondisi ekonomi, lama menderita penyakit, stadium penyakit, masalah psikososial (depresi), dan dukungan keluarga. Tujuan penelitian ini untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien HIV / AIDS.

Metode: Studi potong lintang dengan sampel sebanyak 92 responden dengan teknik *purposive sampling*. Adapun pengumpulan data menggunakan kuesioner terstruktur untuk mengukur faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup dan kualitas hidup pasien HIV / AIDS. Analisis data menggunakan uji *Chi-Square* dan Regresi Logistik Berganda.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan mayoritas pria (70,7%), berpendidikan tinggi (93,5%), bekerja (79,3%), tidak kawin (52,2%), berpenghasilan tinggi (68,5%), stadium penyakit lanjut (80,4%), depresi (51,1%), dukungan keluarganya *non-supportif* (55,4%), dan kualitas hidup kurang baik (63,0%). Dari hasil analisis korelasi pada alpha 5% didapatkan ada hubungan yang bermakna antara depresi, dukungan keluarga, jenis kelamin, pendidikan, status marital, pekerjaan, penghasilan, dan stadium klinis penyakit dengan

¹⁾ Bagian Keperawatan Dewasa, Jurusan Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro

kualitas hidup ($p=0,000$; $p=0,000$; $p=0,009$; $p=0,048$; $p=0,021$; $p=0,047$; $p=0,041$; $p=0,000$). Selanjutnya, hasil uji regresi logistik menunjukkan responden yang mengalami depresi dan mempersepsikan dukungan keluarganya *non-supportif* beresiko untuk memiliki kualitas hidup kurang baik setelah dikontrol oleh jenis kelamin, status marital, dan stadium penyakit. Selain itu, diketahui pula bahwa dukungan keluarga merupakan faktor paling dominan yang berhubungan dengan kualitas hidup dengan nilai OR=12,06.

Simpulan: Rekomendasi dari penelitian ini adalah perlu dilakukan intervensi untuk memberdayakan keluarga agar senantiasa memberikan dukungan pada pasien HIV/AIDS. Selain itu, upaya pencegahan serta penanganan terhadap masalah depresi juga perlu dilakukan agar dapat memperbaiki kualitas hidup pasien HIV/AIDS.

Kata kunci: Kualitas hidup, HIV/AIDS

PENDAHULUAN

Epidemi HIV/AIDS saat ini telah melanda seluruh negara di dunia. Hingga Bulan Desember 2008, tercatat sebanyak 33,4 juta ODHA (orang dengan HIV/AIDS) tersebar di seluruh dunia, dengan termasuk 2,7 juta kasus yang baru tertular HIV.¹ Sejak pertama kali ditemukan, diperkirakan virus ini telah mengakibatkan kematian lebih dari 25 juta orang di seluruh dunia.²

Di Indonesia, jumlah kasus AIDS maupun HIV positif cenderung meningkat setiap tahunnya. Hingga September 2009, data dari Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan (Ditjen PPM-PL) Depkes RI melaporkan bahwa jumlah kasus HIV/AIDS telah mencapai 18.442 kasus yang tersebar di 33 propinsi dengan jumlah kematian sebesar 3.708 jiwa.³

Dari sekian banyak kasus HIV/AIDS di Indonesia, Jakarta merupakan salah satu kota yang menduduki posisi tiga besar tingkat prevalensi tertinggi yakni berkisar 31,67 kasus per 100.000 penduduk. Lebih lanjut, Dinas Kesehatan DKI mengungkapkan bahwa jumlah keseluruhan kasus HIV/AIDS di Jakarta pada Maret 2010 mencapai 2.828 kasus, diantaranya 2.002 orang terinfeksi HIV dari pengguna jarum suntik sedangkan sisanya dari non-jarum suntik. Dari jumlah tersebut, diketahui 426 orang telah meninggal dunia.³

Hingga akhir tahun 2009, tercatat sebanyak 4.002 ODHA (orang dengan HIV/AIDS) telah menjalani perawatan di Unit Layanan Rawat Jalan Pokdisus (Kelompok Studi Khusus) HIV/AIDS RS. Cipto Mangunkusumo. Instalasi rawat jalan ini menangani sekitar lebih dari 600 pasien HIV/AIDS per bulannya.⁴ Hal tersebut menunjukkan perlunya perhatian yang serius dari berbagai pihak khususnya dari pelayanan kesehatan terhadap penanganan pasien ini.

Penyakit HIV/AIDS menimbulkan masalah yang cukup luas pada individu yang terinfeksi yakni meliputi masalah fisik, sosial, dan emosional.⁵ Masalah secara fisik terjadi akibat penurunan daya tahan tubuh progresif yang mengakibatkan ODHA rentan terhadap berbagai penyakit terutama penyakit infeksi dan keganasan.⁶ Bahkan, pada tahap lanjut serangan penyakit yang biasanya tidak berbahaya pun lama-kelamaan akan menyebabkan pasien sakit parah bahkan meninggal.

Selain masalah fisik, pasien HIV/AIDS juga menghadapi masalah sosial yang cukup memprihatinkan sebagai dampak dari adanya stigma. Hal ini disebabkan oleh karena penyakit ini identik dengan akibat dari perilaku-perilaku tidak bermoral seperti seks bebas, penyalahgunaan narkoba, dan seks sesama jenis (homoseksual), sehingga pasien dianggap pantas untuk mendapat hukuman akibat perbuatannya tersebut. Selain itu, stigma juga muncul karena pemahaman masyarakat yang kurang tentang penyakit ini. HIV/AIDS dianggap sebagai penyakit mematikan yang mudah sekali menular melalui kontak sosial biasa. Hal tersebut menyebabkan pasien seringkali dikucilkan dan mendapatkan perilaku diskriminatif dari masyarakat.⁷

Dengan kondisi fisik yang tidak stabil dan cenderung menurun, serta adanya tekanan sosial yang begitu hebat menyebabkan ODHA sangat rentan untuk mengalami masalah gangguan emosional atau psikososial. Salah satu masalah gangguan emosional terbesar yang dihadapi oleh ODHA adalah depresi.⁸

Depresi dapat menyebabkan kondisi kesehatan ODHA semakin menurun. Hal ini disebabkan oleh karena adanya modulasi sistem imun dalam keadaan stres berkepanjangan yang mengakibatkan CD4 semakin berkurang.^{9,10} Selain itu, pasien yang mengalami depresi cenderung tidak aktif dalam mencari informasi ataupun

berpartisipasi dalam manajemen pengobatan dan perawatan yang dijalani untuk menjaga derajat kesehatannya.¹¹

Disamping itu, keadaan depresi sendiri akan membuat pasien pesimis akan masa depan, memandang dirinya tidak berharga, cenderung mengurung diri dan tidak ingin bergaul dengan orang lain, serta menganggap dirinya sebagai orang yang dikutuk oleh Tuhan.¹² Akibatnya, depresi akan berdampak pada keseluruhan aspek-aspek dalam kehidupan pasien sehingga dapat menurunkan kualitas hidupnya.^{8,13}

Hal lain yang juga penting dalam penanganan pasien HIV/AIDS adalah dukungan keluarga. Dalam hal ini, keluarga merupakan unit sosial terkecil yang berhubungan paling dekat dengan pasien. Oleh karena itu, dukungan keluarga sangat dibutuhkan oleh pasien HIV/AIDS sebagai *support system* yang dapat mendukungnya dalam mengembangkan respon atau coping yang efektif untuk beradaptasi dengan *stressor* yang ia hadapi terkait penyakitnya baik fisik, psikologis, maupun sosial.^{14,15}

Dengan adanya dukungan keluarga yang adekuat, maka pasien HIV/AIDS juga dapat lebih menjaga derajat kesehatannya. Sehingga, diketahui lebih lanjut bahwa dukungan keluarga dapat memberikan dampak positif terhadap peningkatan kualitas hidup bagi penderita HIV/AIDS.^{16,17}

Namun, seringkali keluarga yang mengetahui adanya anggota keluarga yang terinfeksi HIV justru memilih coping menghindar atau mengisolasi keluarga karena merasa malu mempunyai anggota keluarga yang terinfeksi HIV.¹⁸ Bahkan, ada juga keluarga yang justru menelantarkan pasien ini karena dianggap telah melanggar norma-norma yang ada di keluarga. Selain itu, dalam merawat pasien HIV/AIDS, keluarga juga tidak jarang menghadapi masalah ekonomi.¹⁹ Akibatnya, keluarga tidak memberikan dukungan yang efektif terhadap anggota keluarga yang menderita HIV/AIDS sehingga kualitas hidupnya akan semakin memburuk.

WHO telah mendefinisikan kondisi sehat bukan hanya berarti bebas dari penyakit dan kelainan fisik namun lebih pada pencapaian keadaan sejahtera (*well being*) dengan hidup yang berkualitas.²⁰ Selain itu, dengan adanya kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi pada *treatment* medis berupa terapi ARV yang dapat menurunkan

angka mortalitas, maka diharapkan pelayanan kesehatan pada pasien HIV/AIDS tidak lagi hanya berfokus pada penanganan masalah fisik, namun lebih ditujukan pada upaya peningkatan kualitas hidup yang lingkungannya lebih luas yakni mencakup masalah psikososial. Bahkan, terkadang masalah psikososial ini dirasakan lebih berat bagi pasien daripada beban fisik, khususnya masalah depresi dan kurangnya dukungan keluarga yang dapat berpengaruh terhadap penurunan kualitas hidup pasien.

Perawat sebagai bagian integral dari tim pelayanan kesehatan sangat berperan dalam mengupayakan terwujudnya kehidupan yang berkualitas bagi pasien HIV/AIDS dengan cara memberikan asuhan keperawatan yang bersifat komprehensif dan holistik yang meliputi bio, psiko, sosio, dan spiritual.²¹ Artinya, dalam memberikan asuhan, perawat tidak hanya berfokus pada penanganan masalah fisik namun juga berperan dalam mencegah dan menangani masalah psikososial pada pasien HIV/AIDS. Selain itu, perawat berada dalam posisi kunci untuk menciptakan suasana penerimaan dan pemahaman terhadap penderita HIV/AIDS bagi keluarga agar dapat memberikan dukungan bagi pasien.⁵

Dari beberapa kajian riset sebelumnya, belum ada penelitian yang mengkaji secara khusus mengenai hubungan antara depresi dan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS khususnya di Indonesia. Maka, belum diketahui secara jelas faktor mana di antara depresi dan dukungan keluarga yang paling mempengaruhi kualitas hidup pasien HIV/AIDS. Sedangkan, hal tersebut sangat diperlukan sebagai acuan untuk mengembangkan intervensi keperawatan yang dapat lebih berkontribusi positif untuk pasien HIV/AIDS di Indonesia.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian dilakukan di RS Cipto Mangunkusumo Jakarta dengan 92 responden yang telah memenuhi kriteria inklusi. Alat pengumpul data berupa kuesioner yang sebelumnya telah dilaksanakan uji validitas dan reliabilitasnya di Unit Pokdisus RS Cipto Mangunkusumo. Data dianalisis secara univariat, bivariat (*Chi Square*), dan multivariat (regresi

logistik berganda).

HASIL

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden mempunyai kualitas hidup kurang baik (63,0%), lebih dari setengah responden mengalami depresi (51,1%), dan sebagian besar responden mempersepsikan dukungan keluarga *non-supportif* (55,4%). Sedangkan, berdasarkan karakteristik responden mayoritas berjenis kelamin laki-laki (70,7%), berpendidikan tinggi (93,5%), bekerja (79,3%), berstatus tidak kawin (52,2%), mempunyai penghasilan tinggi (68,5%), berada pada stadium penyakit lanjut (80,4%).

Dari hasil analisis korelasi pada alpha 5% didapatkan: ada hubungan yang bermakna antara depresi, dukungan keluarga, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status marital, pekerjaan, penghasilan, dan stadium klinis penyakit dengan kualitas hidup ($p=0,000$; $p=0,000$; $p=0,009$; $p=0,048$; $p=0,021$; $p=0,047$; $p=0,041$; $p=0,000$).

Hasil analisis multivariat menunjukkan dukungan keluarga merupakan faktor yang dominan mempengaruhi kualitas hidup dengan nilai OR=12,06 setelah dikontrol faktor konfounding yakni jenis kelamin, status marital, dan stadium klinis penyakit. Artinya, responden yang mempersepsikan dukungan keluarganya *non-supportif* beresiko 12,06 kali untuk memiliki kualitas hidup kurang baik dibanding dengan responden yang mempersepsikan dukungan keluarganya *supportif* setelah dikontrol oleh jenis kelamin, status marital, dan stadium klinis penyakit. Sedangkan, responden yang mengalami depresi beresiko 10,35 kali untuk memiliki kualitas hidup kurang baik dibanding dengan responden yang tidak depresi setelah dikontrol oleh faktor konfounding (jenis kelamin, status marital, dan stadium klinis penyakit).

DISKUSI

Distribusi jenis kelamin responden yang paling banyak dalam penelitian ini adalah pria yaitu berjumlah 65 orang (70,7%). Dari hasil ini dapat dilihat laki-laki lebih rentan terkena infeksi HIV. Berdasarkan cara penularan, laki-laki lebih banyak terpapar dengan kejadian infeksi HIV yakni melalui tiga cara utama meliputi: IDU (*Injecting Drug User*),

homoseksual, dan heteroseksual (seks bebas). Sedangkan, wanita umumnya terpapar hanya dari cara penularan heteroseksual (seks bebas atau tertular dari suami).

Pada analisis lebih lanjut, diperoleh ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dan kualitas hidup responden. Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Nojomi, Anbary, dan Ranjbar²² dan Nirmal, *et al*¹⁶ dimana jenis kelamin merupakan faktor yang signifikan mempengaruhi kualitas hidup.

Hal ini dikarenakan perempuan dalam menghadapi stressor lebih menggunakan perasaan dibanding laki-laki. Sehingga saat pasien wanita didiagnosa HIV, menjalani pengobatan dalam jangka waktu lama, mengalami komplikasi gejala, atau mendapat tekanan sosial dari lingkungannya akan berpengaruh terhadap status psikologisnya. Sedangkan pria lebih menggunakan logika. Selain itu, masalah yang dihadapi perempuan seringkali datang dari dalam keluarga seperti ketakutan dalam penularan virus pada anak, perceraian yang memaksa dirinya untuk bekerja, atau menyebabkan dirinya kehilangan hak asuh anak.²³ Selanjutnya, hal ini akan mempengaruhi kualitas hidupnya secara keseluruhan.

Distribusi responden berdasarkan status marital dalam penelitian ini hampir merata untuk masing-masing kelompok. Namun, dari segi jumlah responden dengan status marital tidak kawin (belum kawin/duda/janda) lebih banyak yaitu berjumlah 48 orang (48,8%) sedangkan untuk status marital kawin sebesar 42,2%. Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian Nojomi, Anbary, dan Ranjbar²² namun jumlahnya lebih signifikan yaitu kawin (27,3%) dan tidak kawin/cerai (62,7%). Begitu halnya juga dengan penelitian Greeff, *et al*²⁴ pada 1.457 penderita HIV didapatkan 28% responden dengan status marital kawin dan sisanya belum kawin/duda/janda. Perbedaan persentase ini kemungkinan besar disebabkan oleh perbedaan jumlah sampel dalam penelitian.

Pada analisis lebih lanjut, menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara status marital dan kualitas hidup responden, dimana responden yang tidak kawin lebih beresiko 2,204 kali untuk memiliki kualitas hidup kurang baik daripada responden yang kawin ($p = 0,021$, $\alpha = 0,05$). Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Nojomi, Anbary, dan Ranjbar,²² dimana status

marital merupakan faktor yang signifikan mempengaruhi kualitas hidup ($p = 0,014$, $\alpha = 0,05$). Selain itu, hasil ini senada pula dengan penelitian Greeff, *et al*²⁴ yang mendapatkan bahwa status marital merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien HIV/AIDS. Pada penelitian lainnya juga mengungkapkan bahwa individu yang belum menikah dan bercerai mempunyai kualitas hidup yang lebih buruk dibandingkan dengan individu yang berstatus menikah.^{25,26}

Menurut peneliti, pasien HIV/AIDS dengan status menikah akan mempunyai harga diri yang lebih tinggi dan mempunyai sumber coping yang adekuat dari pasangannya sehingga dapat lebih mengembangkan coping yang adaptif terhadap stressor. Dengan keberadaan pasangan yang selalu mendampingi dan memberikan dukungan ataupun bantuan saat pasien mengalami masalah-masalah terkait kondisi kesehatannya, maka pasien akan merasa lebih optimis dalam menjalani kehidupannya. Hal itu akan mempengaruhi keseluruhan aspek pada kualitas hidupnya. Oleh karena itu, kualitas hidup pasien dengan status marital kawin lebih baik.

Distribusi stadium klinis penyakit di antara 92 orang responden berbeda. Paling banyak responden berada pada stadium klinis lanjut yaitu 74 orang (80,4%), sedangkan yang berada pada stadium klinis awal 19,6%. Hasil ini tidak jauh berbeda dengan hasil-hasil penelitian sebelumnya diantaranya penelitian Nojomi, Anbary, dan Ranjbar²² yang mendapatkan 70,5% respondennya berada pada stadium lanjut (simptomatik dan AIDS) sedangkan sisanya pada stadium asimptomatik. Selain itu, penelitian Wig, *et al*¹⁷ yang mendapatkan mayoritas dari responden penelitiannya berada pada tahap HIV simptomatik.

Pada analisis lebih lanjut, menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara stadium penyakit dan kualitas hidup responden, dimana responden pada stadium penyakit lanjut beresiko 4,353 kali untuk memiliki kualitas hidup kurang baik dibanding responden yang berada pada stadium penyakit awal ($p = 0,000$, $\alpha = 0,05$). Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Nojomi, Anbary, dan Ranjbar,²² dimana stadium klinis penyakit merupakan faktor yang signifikan mempengaruhi kualitas hidup ($p = 0,000$, $\alpha = 0,05$). Selain itu, hasil ini senada pula dengan penelitian

Wig, *et al*¹⁷ yang mendapatkan bahwa derajat klinis penyakit merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien HIV/AIDS. Pada penelitian lainnya yang dilakukan oleh Lorens, *et al*²⁷ juga mengungkapkan bahwa pada penderita HIV yang mengalami gejala mempunyai kualitas hidup yang lebih buruk dibanding dengan penderita HIV asimptomatik.

Pasien yang berada pada tahap lanjut akan lebih merasakan efek penyakit terhadap penurunan derajat kesehatan dengan menderita berbagai komplikasi penyakit baik infeksi ataupun keganasan yang membatasi aktivitas sekaligus membuatnya menjadi tergantung pada pengobatan untuk dapat menjaga kesehatannya. Selain itu, hal tersebut juga menambah kecemasan atau ketakutan akan kematian. Hal-hal tersebut akan mempengaruhi secara keseluruhan pada aspek-aspek dalam kualitas hidup pasien.

Pada penelitian ini diketahui sebagian besar responden memiliki kualitas hidup kurang baik yaitu sejumlah 58 orang (63,0%) sedangkan yang memiliki kualitas hidup baik hanya 34 orang (37%). Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Nojomi, Anbary, dan Ranjbar,²² dimana mayoritas responden yakni pasien HIV/AIDS dalam penelitiannya mempersepsikan kualitas hidupnya rendah atau kurang baik. Selain itu, dari penelitian Douaihy⁸ juga didapatkan hasil yang tidak jauh berbeda dimana 62,6% pasien HIV memiliki kualitas hidup yang buruk. Sedangkan, dari penelitian lainnya yang dilakukan oleh Agustanti²⁸ di Lampung didapatkan hasil yang tidak jauh berbeda yakni hampir separuh dari responden (ODHA) mempersepsikan tingkat kualitas hidupnya rendah.

Pada penelitian ini diketahui distribusi responden berdasarkan kejadian depresi yaitu lebih dari setengah pasien mengalami depresi yaitu sebesar 47 orang (51,1%), sedangkan yang tidak depresi berjumlah 45 orang (48,9%). Hasil ini lebih tinggi jumlahnya dari penelitian yang dilakukan oleh Schulte²⁹ yang menemukan dalam penelitiannya di US dari 137 pasien HIV/AIDS yang mengalami depresi sebanyak 40%. Hal ini dapat dikarenakan perbedaan tingkat kesejahteraan individu antara yang tinggal di negara berkembang dan negara maju. Hawari³⁰ mengatakan pasien HIV/AIDS di negara berkembang lebih beresiko terkena depresi karena

keadaan ekonomi yang sulit dan dapat menjadi stresor bagi pasien. Hal tersebut didukung pula oleh hasil studi kualitatif yang dilakukan Iskandar³¹ pada penderita HIV yang ada di Jakarta yang menemukan dari 6 pasien HIV/AIDS keseluruhannya mengalami gangguan psikopatologi depresi. Dari hasil ini dapat terlihat bahwa kejadian depresi pada pasien HIV/AIDS khususnya di Indonesia cukup tinggi.

Hasil tersebut sesuai pula dengan hasil penelitian oleh Douaihy,⁸ David & Brian,³² dan Cichocki¹² bahwa pasien HIV/AIDS sangat rentan mengalami depresi, dan depresi menjadi masalah psikososial terbesar yang dihadapi ODHA. Secara konsep, pasien HIV/AIDS menghadapi multi stressor yaitu dengan kondisi fisik yang semakin menurun seiring dengan perjalanan penyakit, tekanan sosial yang dihadapi terkait stigma, ketakutan akan kematian karena penyakit, serta masalah keluarga dan ekonomi. Dengan stressor yang kompleks tersebut seringkali pasien tidak dapat mengembangkan coping yang adaptif sehingga jatuh pada kondisi depresi.

Pada analisis lebih lanjut, dalam penelitian ini menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara depresi dengan kualitas hidup responden, dimana responden yang depresi beresiko 10,35 kali untuk memiliki kualitas hidup kurang baik dibanding dengan responden yang tidak depresi setelah dikontrol oleh jenis kelamin, status marital, dan stadium penyakit. Hasil ini dapat dilihat dari jumlah responden depresi yang sebagian besar memiliki kualitas hidup kurang baik yakni sebanyak 40 orang (86,3%), sedangkan yang memiliki kualitas hidup baik hanya 16 orang (33,3%). Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Douaihy,⁸ dimana depresi merupakan salah satu faktor yang secara signifikan memperburuk kualitas hidup pada pasien HIV/AIDS ($p=0,004$, $\alpha=0,05$). Selain itu, hasil ini senada pula dengan penelitian Abiodun, *et al*¹³ yang mendapatkan adanya hubungan yang signifikan antara depresi dengan kualitas hidup orang yang hidup dengan infeksi HIV setelah dikontrol oleh tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, dan dukungan sosial.

Depresi dapat menyebabkan kondisi kesehatan ODHA semakin menurun. Hal ini disebabkan oleh karena adanya modulasi sistem imun dalam keadaan stres berkepanjangan yang

mengakibatkan CD4 semakin berkurang.^{9,10} Selain itu, pasien yang mengalami depresi cenderung tidak aktif dalam mencari informasi ataupun berpartisipasi dalam manajemen pengobatan dan perawatan yang dijalani untuk menjaga derajat kesehatannya.¹¹

Di samping itu, keadaan depresi sendiri akan membuat pasien pesimis akan masa depan, memandang dirinya tidak berharga, cenderung mengurung diri dan tidak ingin bergaul dengan orang lain, serta menganggap dirinya sebagai orang yang dikutuk oleh Tuhan.¹² Akibatnya, depresi akan berdampak pada keseluruhan aspek-aspek dalam kehidupan pasien sehingga dapat menurunkan kualitas hidupnya.^{8,13}

Pada penelitian ini juga diketahui distribusi responden berdasarkan dukungan keluarga yang menunjukkan paling banyak responden mempersepsikan dukungan keluarganya *non-supportif* yaitu 51 orang (55,4%), sedangkan responden yang mempersepsikan dukungan keluarganya *supportif* berjumlah 41 orang (44,6%). Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian Nirmal, *et al*¹⁶ yang mendapatkan mayoritas respondennya tidak mendapatkan dukungan yang *supportif* dari keluarga. Sementara dari hasil penelitian Wig, *et al*¹⁷ juga mendapatkan hasil yang tidak jauh berbeda dimana 87,7% dari pasien HIV/AIDS yang menjadi responden dalam penelitiannya mengatakan dukungan yang didapatkan keluarga masih rendah.

Hasil ini menunjukkan pasien HIV/AIDS baik yang di Indonesia maupun di negara lainnya masih banyak yang kurang mendapatkan dukungan dari keluarga. Hal ini disebabkan oleh karena tingginya stigma yang terkait dengan penyakit HIV/AIDS sehingga anggota keluarga yang menderita penyakit ini seringkali dianggap telah melanggar norma-norma dalam keluarga dan memalukan keluarga sehingga seringkali dikucilkan atau ditelantarkan bahkan diisolasi dari lingkungan sosial.⁷

Pada analisis lebih lanjut, dalam penelitian ini didapatkan dukungan keluarga merupakan variabel yang memiliki hubungan paling bermakna dengan kualitas hidup responden, dimana responden yang mempersepsikan dukungan keluarganya *non-supportif* beresiko 12,064 kali untuk memiliki kualitas hidup kurang baik dibanding dengan responden yang

mempersiapkan dukungan keluarganya *supportif* setelah dikontrol oleh jenis kelamin, status marital, dan stadium penyakit. Hasil ini dapat dilihat dari perbedaan jumlah responden yang mempersiapkan dukungan keluarga *non-supportif* sebagian besar memiliki kualitas hidup kurang baik yakni sebanyak 47 orang (91,5%) sedangkan yang memiliki kualitas hidup baik hanya 11 orang (26,8%).

Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Nirmal, *et al*¹⁶ dimana dukungan keluarga merupakan salah satu faktor yang secara signifikan berhubungan dengan kualitas hidup pada pasien HIV/AIDS dimana pasien dengan dukungan keluarga yang *supportif* lebih berpeluang untuk memiliki kualitas hidup yang lebih baik ($p=0,001$, $\alpha=0,05$). Selain itu, hasil ini senada pula dengan penelitian Wig, *et al*¹⁷ yang mendapatkan adanya hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup orang yang hidup dengan infeksi HIV setelah dikontrol oleh tingkat pendidikan, penghasilan, pekerjaan, dan kategori klinis penyakit.

Dalam hal ini, keluarga merupakan unit sosial terkecil yang berhubungan paling dekat dengan pasien. Oleh karena itu, dukungan keluarga sangat dibutuhkan oleh pasien HIV/AIDS sebagai *support system* yang dapat mendukungnya dalam mengembangkan respon atau koping yang efektif untuk beradaptasi dengan *stressor* yang ia hadapi terkait penyakitnya baik fisik, psikologis, maupun sosial.^{14,15}

Dengan adanya dukungan keluarga yang adekuat, maka pasien HIV/AIDS juga dapat lebih menjaga derajat kesehatannya. Sehingga, diketahui lebih lanjut bahwa dukungan keluarga dapat memberikan dampak positif terhadap peningkatan kualitas hidup bagi penderita HIV/AIDS.^{16,17}

Namun, seringkali keluarga yang mengetahui adanya anggota keluarga yang terinfeksi HIV justru memilih koping menghindar atau mengisolasi keluarga karena merasa malu mempunyai anggota keluarga yang terinfeksi HIV.¹⁸ Bahkan, ada juga keluarga yang justru menelantarkan pasien ini karena dianggap telah melanggar norma-norma yang ada di keluarga. Selain itu, dalam merawat pasien HIV/AIDS, keluarga juga tidak jarang menghadapi masalah ekonomi.¹⁹ Akibatnya, keluarga tidak memberikan dukungan yang efektif terhadap anggota keluarga yang menderita

HIV/AIDS sehingga kualitas hidupnya akan semakin memburuk.

SIMPULAN

Dari hasil penelitian diketahui dukungan keluarga merupakan faktor yang paling dominan mempengaruhi kualitas hidup pasien HIV/AIDS. Oleh karena itu, sebagai langkah awal perlunya dilakukan pengkajian mengenai dukungan keluarga bagi pasien. Selanjutnya, perawat dapat melakukan konseling pada keluarga yang tidak memberikan dukungan secara efektif. Melalui hal tersebut, dapat dikaji apakah yang menyebabkan keluarga kurang memberi dukungan pada pasien. Selanjutnya, dapat dilakukan intervensi sesuai permasalahan, misalnya disebabkan oleh kurangnya pengetahuan keluarga mengenai penyakit, maka perawat dapat memberikan penjelasan yang lengkap mengenai hal-hal yang harus diketahui keluarga terkait penyakit seperti perjalanan penyakit, cara penularan, perawatan pasien di rumah, prosedur pengobatan yang dijalani pasien, serta dukungan yang dibutuhkan oleh pasien. Dapat disampaikan pada keluarga mengenai dampak yang akan timbul bila dukungan dari keluarga kurang *supportif* dan disampaikan pula manfaatnya. Untuk penanganan secara kontinu, perawat di rumah sakit dapat bekerja sama dengan perawat komunitas untuk dapat dilakukan intervensi lanjut dalam usaha pemberdayaan keluarga.

Selain itu, perlu untuk melibatkan keluarga dalam manajemen pengobatan dan perawatan pasien agar keluarga termotivasi untuk senantiasa memberikan dukungan terhadap perawatan pasien. Dalam hal ini, anggota keluarga yang paling dekat dengan pasien dapat dilibatkan sebagai individu yang membantu pasien untuk menjaga kesehatannya seperti: minum obat teratur, memilih menu makanan yang sesuai untuk kondisi pasien, pendampingan bagi pasien dalam melakukan terapi komplementer untuk pencegahan stres, dan lain sebagainya. Dengan begitu diharapkan kualitas hidup pasien akan meningkat.

Selanjutnya, untuk faktor yang juga berpengaruh dalam penelitian ini terhadap kualitas hidup pasien HIV/AIDS yaitu depresi, diharapkan adanya suatu skrining untuk mendeteksi gangguan psikososial depresi pada pasien HIV/AIDS.

Sehingga, pasien yang mengalami depresi dapat secara dini dilakukan intervensi. Adapun intervensi yang dapat dilakukan perawat dalam menangani pasien ini diantaranya terapi *cognitive-behavior* (untuk meningkatkan harga diri pasien dengan cara memberikan harapan tentang hal-hal yang masih dapat dilakukan pasien, pengarahan tentang koping efektif yang dapat dilakukan pasien, dan *rewards* pada setiap respon positif yang dilakukan pasien dalam mengikuti pengobatan). Selain itu, dapat dibentuk *support group* dimana perawat dapat bertindak sebagai fasilitator dalam kelompok konseling. Pasien yang tergabung dalam *support group* akan merasa dirinya tidak sendiri dan dapat berbagi tentang masalah yang dihadapi serta lebih termotivasi untuk berpartisipasi dalam perawatan.

Sedangkan, untuk upaya pencegahan dapat diberikan pelatihan mengenai cara-cara penanganan stres berupa terapi-terapi relaksasi (terapi musik, terapi *Progressive Muscle Relaxation*, relaksasi pernapasan, dan lain-lain) dan pengembangan koping konstruktif untuk mencegah munculnya gangguan depresi yang diberikan pada seluruh pasien HIV/AIDS. Dalam pelaksanaannya, intervensi keperawatan untuk mencegah atau menangani masalah depresi dapat dilakukan secara mandiri maupun berkolaborasi dengan psikiatri atau perawat jiwa. Sehingga diharapkan hal tersebut selanjutnya akan berdampak pada peningkatan kualitas hidup pasien.

Melalui hasil penelitian ini, diharapkan perawat dapat mengetahui dan menyadari pentingnya memperhatikan aspek psikososial pada penanganan pasien HIV/AIDS. Sehingga secara umum, diharapkan perawat dapat memberikan asuhan keperawatan secara holistik bio-psiko-sosio-spiritual sehingga akan meningkatkan kualitas hidup pasien HIV/AIDS secara menyeluruh.

DAFTAR PUSTAKA

- UNAIDS. (2009). Statistic HIV/AIDS update. Diunduh pada tanggal 3 Agustus 2010 dari <http://data.unaids.org>.
- Uvikacansera, S. (2010). Setiap menit lima orang terinfeksi HIV/AIDS. Diunduh pada tanggal 3 Agustus 2010 dari <http://bataviase.co.id/content/setiap-menit>.
- Komisi Penanggulangan AIDS. (2010). Jakarta peringkat ketiga kasus HIV/AIDS. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari <http://www.aidsindonesia.or.id>.
- Djoerban, Z. (2010). Menanggulangi HIV/AIDS dengan pencegahan biomedik. Diunduh pada tanggal 18 Agustus 2010 dari <http://www.satudunia.net>.
- Bare, B. G., & Smeltzer, S. C. (2005). Textbook of medical surgical nursing. Philadelphia: Lippincott.
- Ignatavicius, D., & Bayne, M. V. (1998). Medical surgical nursing: a nursing process approach. Philadelphia : W. B. Saunders Company.
- Purnama, A., & Haryanti, E. (2006). Stigma dan diskriminasi terhadap ODHA. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari <http://www.rahima.or.id>.
- Douaihy, A. (2001). Factors affecting quality of life in patient with HIV infection. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari http://www.nedscape.com/view_articles.html.
- Gunawan, B., & Sumadiono, J. (2007). Stres & sistem imun tubuh: suatu pendekatan psikoneuroimunologi. Cermin Dunia Kedokteran. No. 154. 13-16. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari <http://www.aidsinfonet.org>.
- Robinson, F. P., Richards, S., Rice, P. A., & Perri, M. G. (2003). Psycho-endocrine-immune response to mindfulness-based stress reduction in individuals infected with the human immunodeficiency virus: a quasy-experimental study. The Journal of Alternative & Complementary Medicine. Volume 9, Number 5, 2003, pp. 683-694.
- Li, L., Lee, S.J., Thammawijaya, P., Jiraphongsa, C., Borus, M.J.R. (2009). Stigma, social support, and depression among people living with HIV in Thailand. AIDS Care. Diunduh pada tanggal 20 Juli 2010 dari <http://www.informaworld.com>.
- Cichocki, M. (2009). Dealing with HIV & depression when sadness takes over. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari <http://aids.about.com>.
- Abiodun, O. A., Bola, A. O., Olorunfemi, A. O., Adeola, O. A., Bamidele F. O., & Ibiyemi, F. (2010). Relationship between depression and quality of life in persons with HIV infection in Nigeria. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari <http://baywood.metapress.com>.
- IYW. (2005). Pengaruh dukungan keluarga terhadap perubahan respon sosial-emosional pasien HIV-AIDS. Diunduh pada tanggal 27 Agustus 2010 dari <http://ners.unair.ac.id>.
- Lasserman, J., & Perkins, D. O. (2001). Coping with the threat of AIDS: the role of social support. Journal Department of Psychiatry, University of North Carolina School of Medicine. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari <http://ajp.psychiatryonline.org>.
- Nirmal, B., Divya, K. R., Dorairaj, V.S., & Venkateswaran, K. (2008). Quality of life in HIV/AIDS patients: a cross-sectional study in South India. Diunduh pada tanggal 27 Agustus 2010 dari <http://www.ijstd.org>.
- Wig, N., Lekshmi, R., Pal, H., Ahuja, V., Mittal, C. M., & Agarwal, S. K. (2006). The impact of HIV/AIDS on the quality of life: a cross sectional study in North India. Diunduh pada tanggal 3 Agustus 2010 dari <http://www.indianjmedsci.org>.
- Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2001). Principles and practice of phychiatry nursing. (7th Ed). St. Louis Missouri: Mosby-Year Book-Inc.
- Oluwagbemiga, A. E. (2007). HIV/AIDS and family support systems: a situation analysis of people living with HIV/AIDS in Lagos State. Journal of Social Aspects of HIV/AIDS. Vol.4 (3). 668-677.
- Ventegodt, A. J. (2003). Quality of life in asthma theory-the idol theory: an integrative theory of the global quality of life

- in asthma concept. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari <http://www.liveskvalitet.org>.
21. Potter, P. A., & Perry, A. G. (1997). *Fundamental of nursing: concepts, process, and practice*. St. Louis: Mosby.
 22. Nojomi, M., Anbary, K., Ranjbar, M. (2008). Health-related quality of life in patients with HIV/AIDS. *Archives of Iranian Medicine*. Vol.11. Number. 6. Diunduh pada tanggal 27 Agustus 2010 dari <http://ams.ac.ir>.
 23. Paminto, S. I. Z. (2007). *Mekanisme koping wanita yang terinfeksi HIV dari suaminya; studi kualitatif di Yayasan Pelita Ilmu, Jakarta*. Tesis. Fakultas Psikologi UI. Tidak diterbitkan.
 24. Greeff, M., Uys, L. R., Wantland, D., Makoae, L., Chirwa, M., Dlamini, P., *et al.* (2009). Perceived HIV stigma and life satisfaction among persons living with HIV infection in five african countries: a longitudinal study. *International Journal Nursing Studies*. Article In Press. Diunduh pada tanggal 27 Agustus 2010 dari <http://www.elsevier.com/ijns/pdf>.
 25. Nazir, K. A. (2006). *Penilaian kualitas hidup pasien pasca bedah pintas koroner yang menjalani rehabilitasi fase III dengan menggunakan SF-36*. Jakarta: UI.
 26. Afiyah, R. K. (2010). *Kualitas hidup perempuan yang mengalami histerektomi serta faktor-faktor yang mempengaruhinya di wilayah DKI Jakarta: study grounded theory*. Tesis. FIK UI. Tidak diterbitkan.
 27. Lorens, K. A., Shapiro, M.F., Asch, S.M., Bozzette, S.A., *et al.* (2001). Association of symptoms and health-related quality of life: finding from a national study of persons with HIV infection. *Ann Intern Med*. 134: 54-60.
 28. Agustanti, D. (2006). *Hubungan dukungan sosial dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Kota Bandar Lampung*. Tesis. FIK UI. Tidak diterbitkan.
 29. Schulte, R. (2000). *Depression among patient with HIV/AIDS in US*. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari <http://web.ebscohost.com>.
 30. Hawari, D. (2006). *Global effect HIV/AIDS : dimensi psikologi*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
 31. Iskandar, T. (2008). *Studi fenomenologi stres dan dukungan sosial yang dipersepsi oleh pasien HIV/AIDS*. Tesis. Fakultas Psikologi UI. Tidak diterbitkan.
 32. David, F. R., & Brian, S. (2000). *HIV & psychiatry*. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari <http://spiritia.or.id>.

