



UNIVERSITAS INDONESIA

HUBUNGAN ANTARA DEPRESI DAN DUKUNGAN KELUARGA  
DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN HIV/AIDS  
YANG MENJALANI PERAWATAN  
DI RSUPN CIPTO MANGUNKUSUMO JAKARTA

TESIS

Diajukan Sebagai Persyaratan untuk Memperoleh Gelar Magister  
Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah

Oleh :

**Henni Kusuma**  
0806483405

PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK, 2011



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN ANTARA DEPRESI DAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN  
KUALITAS HIDUP PASIEN HIV/AIDS YANG MENJALANI PERAWATAN  
DI RSUPN CIPTO MANGUNKUSUMO JAKARTA**

TESIS

Diajukan Sebagai Persyaratan untuk Memperoleh Gelar Magister  
Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah

Oleh :

**Henni Kusuma**  
0806483405

**PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK, 2011**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dari semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan  
dengan benar.**

**Nama : Henni Kusuma**

**NPM : 0806483405**

**Tanda Tangan :**

**Tanggal : 10 Januari 2011**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah disetujui, diperiksa, dan dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Tesis Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Depok, Januari 2011

Pembimbing I

(Prof. Dra. Elly Nurrachmah, S.Kp, M.App.Sc, DN.Sc)

Pembimbing II

(Dewi Gayatri, S.Kp, M.Kes)

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Henni Kusuma

NPM : 0806483405

Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan

Judul Tesis : Hubungan antara Depresi dan Dukungan Keluarga dengan Kualitas  
Hidup Pasien HIV/AIDS yang Menjalani Perawatan di RSUPN Cipto  
Mangunkusumo Jakarta

**Tesis ini berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan pada Program Studi Pasca Sarjana, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.**

Pemimbing I : Prof. Dra. Elly Nurrachmah, S.Kp, M.App.Sc, DN.Sc (.....)

Pembimbing II : Dewi Gayatri, S.Kp, M.Kes (.....)

Penguji : Lestari Sukmarini, S.Kp, MN (.....)

Penguji : Sugih Asih, S.Kp, M.Kep (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 10 Januari 2011

**PROGRAM PASCASARJANA  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA**

Tesis, Januari 2011

Henni Kusuma

Hubungan antara Depresi dan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS yang Menjalani Perawatan di RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta

xv + 134 hal + 5 gambar + 4 skema + 17 tabel + 11 lampiran

**ABSTRAK**

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. Masalah psikososial khususnya depresi dan kurangnya dukungan keluarga terkadang lebih berat dihadapi oleh pasien sehingga dapat menurunkan kualitas hidupnya. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi dan menjelaskan hubungan antara depresi dan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada pasien HIV/AIDS. Penelitian ini menggunakan rancangan studi potong lintang dan merekrut sampel sebanyak 92 responden dengan teknik *purposive sampling*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden mempunyai kualitas hidup kurang baik (63,0%), mengalami depresi (51,1%), dukungan keluarga *non-supportif* (55,4%), 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%), rata-rata usia 30,43 tahun, dan rata-rata lama mengidap penyakit 37,09 bulan. Pada analisis korelasi didapatkan adanya hubungan yang bermakna antara depresi dan dukungan keluarga dengan kualitas hidup ( $p=0,000$  &  $p=0,000$ ,  $\alpha=0,05$ ). Selanjutnya, hasil uji regresi logistik menunjukkan responden yang mengalami depresi dan mempersepsikan dukungannya *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  $OR=12,06$ . Rekomendasi dari penelitian ini adalah perlu dilakukan intervensi untuk memberdayakan keluarga agar dapat senantiasa memberikan dukungan pada pasien HIV/AIDS dan upaya pencegahan serta penanganan terhadap masalah depresi agar dapat memperbaiki kualitas hidup pasien HIV/AIDS.

Kata kunci : depresi, dukungan keluarga, kualitas hidup, HIV/AIDS.

Referensi : 88 (1992 -2010)

**GRADUATE PROGRAM  
NURSING FACULTY  
UNIVERSITY OF INDONESIA**

Thesis, January 2011

Henni Kusuma

Relationship between Depression and Family Support with Quality of Live among HIV/AIDS Patients who Take Health Care at Cipto Mangunkusumo Hospital in Jakarta

xv + 134 p. + 5 picture + 4 scheme + 17 tables + 11 attachments

**ABSTRACT**

Quality of life of patients with HIV / AIDS become a main concern since this chronic and progressive illness may impact in all aspects of patient's life: physical, psychological, social, and spiritual. Psychosocial problems especially depression and lack of family support are frequently faced of this patients which effect in reducing their quality of life. The purpose of this study was to identify and to explain the relationship between depression and family support with quality of life in patients with HIV / AIDS. This study used cross-sectional study design, with a total sample is 92 respondents that recruited by purposive sampling technique. The results showed that the majority of respondents have poor quality of life (63.0%), depression (51.1%), lack of family support (55.4%), male (70.7% ), higher education level (93.5%), work (79.3%), unmarried (52,2%), have higher income (68.5%), in advanced stage of disease (80.4% ), with an average age of 30.43 years, and the average length of illness 37.09 months. Analysis of the correlation showed any significant relationship between depression and family support with quality of life ( $p=0,000$  &  $p=0,000$ ,  $\alpha=0,05$ ). Further analysis with logistic regression test demonstrated that respondents who perceive depressed and family non-supportive are at risk to have poor quality of life after being controlled by gender, marital status, and stage of disease. In addition, this analysis showed that family support is the most influential factors to the quality of life with  $OR=12,06$ . Recommendations from this study is necessary to empower family in order to continously giving support to patients with HIV / AIDS and also needs to prevent and resolve problem of depression in order to improve quality of life of patients with HIV / AIDS.

Key words: depression, family support, quality of live, HIV/AIDS.

Reference: 88 (1992 -2010)

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT atas berkah dan karunia-Nya, akhirnya peneliti dapat menyelesaikan tesis yang berjudul "Hubungan antara Depresi dan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS yang Menjalani Perawatan di RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta".

Pada kesempatan ini, peneliti menyampaikan rasa hormat dan terima kasih kepada:

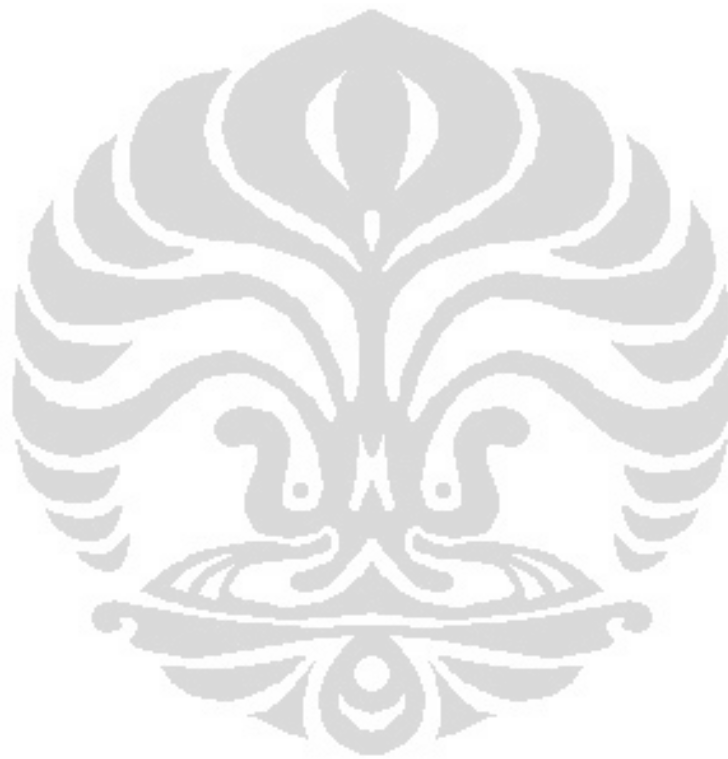
1. Dewi Irawati, M.A, PhD. selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Krisna Yetti, S.Kp, M.App.Sc, selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Prof. Dra. Elly Nurrachmah, SKp, M.App.Sc, DN.Sc, selaku Pembimbing I yang telah meluangkan waktu untuk memberikan masukan dan arahan selama penyusunan tesis.
4. Dewi Gayatri, S.Kp, M.Kes, selaku Pembimbing II yang telah meluangkan waktu untuk memberikan masukan dan arahan selama penyusunan tesis.
5. Seluruh Dosen dan Staf Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
6. Direktur RS. Cipto Mangunkusumo Jakarta yang telah memberikan ijin sehingga penelitian ini dapat terlaksana.
7. Kepala unit, kepala bidang perawatan, dan seluruh staf perawat di Unit Layanan Rawat Jalan Pokdisus (Kelompok Studi Khusus) HIV/AIDS RS. Cipto Mangunkusumo yang telah banyak membantu dalam penelitian.
8. Keluargaku tercinta yang selalu memberikan semangat, doa, dan kasih sayang.
9. Rekan-rekan seangkatan, khususnya Program Magister Keperawatan Medikal Bedah angkatan 2008 yang telah bersama saling membantu dan saling mendukung.
10. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu dan ikut berperan dalam penelitian ini.



Peneliti menyadari bahwa tesis ini tidak lepas dari kekurangan. Oleh karena itu, peneliti sangat mengharapkan masukan dan saran untuk perbaikan selanjutnya. Semoga tulisan ini dapat memberikan manfaat dan menjadi amal jariyah. Amin.

Depok, Januari 2011

Peneliti



## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
ABSTRAK.....	v
ABSTRACT.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR SKEMA.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
BAB I : PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	11
1.3 Tujuan.....	11
1.4 Manfaat Penelitian.....	13
BAB II : TINJAUAN PUSTAKA.....	14
2.1 <i>Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS)</i> .....	14
2.1.1 Pengertian.....	14
2.1.2 Epidemiologi.....	15
2.1.3 Etiologi dan Patogenesis.....	15
2.1.4 Cara Penularan.....	18
2.1.5 Perjalanan Penyakit.....	19
2.1.6 Pemeriksaan Infeksi HIV.....	21
2.1.7 Tanda dan Gejala.....	23
2.1.8 Klasifikasi Penyakit.....	24
2.1.9 Aspek Psikososial.....	28
2.1.10 Penatalaksanaan Penyakit.....	31
2.2 Depresi.....	33
2.2.1 Pengertian.....	33
2.2.2 Penyebab.....	34
2.2.3 Gejala.....	36
2.2.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi.....	36
2.2.5 Depresi pada Penderita HIV/AIDS.....	37
2.2.6 Cara Pengukuran.....	42
2.3 Keluarga.....	43
2.3.1 Pengertian.....	43
2.3.2 Fungsi Keluarga.....	44
2.3.3 Dukungan Keluarga.....	45

2.3.4	Dukungan yang Dipersepsi.....	51
2.3.5	Dukungan Keluarga bagi Pasien HIV/AIDS .....	51
2.4	Kualitas Hidup.....	54
2.4.1	Pengertian .....	54
2.4.2	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi.....	56
2.4.3	Kualitas Hidup Penderita HIV/AIDS .....	58
2.4.4	Cara Pengukuran .....	60
2.4.5	Dimensi dalam Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS .....	63
2.5	Peran Perawat .....	65
 BAB III : KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL ...		68
3.1	Kerangka Konsep .....	68
3.2	Hipotesis .....	69
3.3	Definisi Operasional .....	70
 BAB IV : METODOLOGI PENELITIAN .....		73
4.1	Desain Penelitian .....	73
4.2	Populasi dan Sampel .....	73
4.3	Tempat Penelitian .....	76
4.4	Waktu Penelitian .....	76
4.5	Etika Penelitian .....	76
4.6	Alat Pengumpul Data .....	77
4.6.1	Instrumen Penelitian .....	77
4.6.2	Validitas dan Reliabilitas.....	79
4.7	Prosedur Pengumpulan Data .....	84
4.8	Pengolahan dan Analisis Data .....	86
 BAB V : HASIL PENELITIAN .....		91
5.1	Hasil Analisis Univariat .....	91
5.2	Hasil Analisis Bivariat .....	95
5.3	Hasil Analisis Multivariat .....	101
 BAB VI : PEMBAHASAN .....		109
6.1	Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian .....	109
6.2	Keterbatasan Penelitian .....	127
6.3	Implikasi terhadap Keperawatan .....	127
 BAB VII : SIMPULAN DAN SARAN .....		131
7.1	Simpulan .....	131
7.2	Saran .....	132

DAFTAR PUSTAKA  
LAMPIRAN

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Gejala Penyakit AIDS.....	24
Tabel 2.2	Klasifikasi Penyakit menurut CDC .....	24
Tabel 2.3	Klasifikasi Laboratorium menurut WHO .....	26
Tabel 2.4	Klasifikasi Klinis menurut WHO .....	27
Tabel 3.1	Definisi Operasional Variabel Penelitian .....	70
Tabel 4.1	Uji Statistik Analisis Bivariat .....	88
Tabel 5.1	Distribusi responden berdasarkan usia dan lama menderita penyakit di RS. Cipto Mangunkusumo November – Desember Tahun 2010 (n= 92) .....	91
Tabel 5.2	Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin, tingkat pendidikan, status marital, status pekerjaan, penghasilan keluarga, dan stadium klinis penyakit di RS. Cipto Mangunkusumo November-Desember Tahun 2010 (n= 92) .....	92
Tabel 5.3	Hubungan antara depresi dengan kualitas hidup .....	95
Tabel 5.4	Hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup .....	96
Tabel 5.5	Hubungan antara usia dan lama menderita penyakit dengan kualitas hidup .....	97
Tabel 5.6	Hubungan antara jenis kelamin, tingkat pendidikan, status marital, pekerjaan, penghasilan, stadium penyakit dengan kualitas hidup .....	98
Tabel 5.7	Hasil seleksi bivariat uji regresi logistik variabel bebas dan variabel konfounding dengan kualitas hidup .....	101
Tabel 5.8	Hasil analisis pemodelan multivariat variabel bebas dan variabel konfounding dengan kualitas hidup .....	102
Tabel 5.9	Hasil analisis uji interaksi variabel depresi, dukungan keluarga, jenis kelamin, stadium penyakit, dan status marital dalam hubungan dengan kualitas hidup .....	103

Tabel 5.10 Hasil analisis uji konfounding dalam hubungan antara dukungan keluarga dan depresi dengan kualitas hidup .....	104
Tabel 5.11 Model akhir hasil analisis multivariat hubungan antara depresi dan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS di RS. Cipto Mangokusumo (n=92) .....	105



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Anatomi Virus HIV .....	16
Gambar 2.2	Diagram Perjalanan Infeksi HIV .....	21
Gambar 5.1	Distribusi Responden berdasarkan Kejadian Depresi .....	93
Gambar 5.2	Distribusi Responden berdasarkan Dukungan Keluarga .....	94
Gambar 5.3	Distribusi Responden berdasarkan Kualitas Hidup .....	94



## DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Pengaruh Lingkungan Eksternal terhadap <i>Health Outcomes</i> ..	50
Skema 2.2 Komponen Penting untuk Menghadapi Stres .....	50
Skema 2.3 Kerangka Teori .....	67
Skema 2.4 Kerangka Konsep .....	69



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Jadwal Penelitian
- Lampiran 2 : Surat Lolos Kaji Etik
- Lampiran 3 : Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 4 : Penjelasan Penelitian
- Lampiran 5 : Lembar Persetujuan Responden
- Lampiran 6 : Kuesioner Karakteristik Responden
- Lampiran 7 : Kuesioner Depresi
- Lampiran 8 : Kuesioner Dukungan Keluarga
- Lampiran 9 : Kuesioner Kualitas Hidup
- Lampiran 10 : Lembar Studi Dokumentasi
- Lampiran 11 : Daftar Riwayat Hidup





# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

*Acquired Immuno Deficiency Syndrome* (AIDS) merupakan kumpulan gejala penyakit yang disebabkan oleh virus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) yang dapat menular dan mematikan (Bare & Smeltzer, 2005). Virus tersebut menyerang sistem kekebalan tubuh manusia. Akibatnya, individu yang terinfeksi akan mengalami penurunan daya tahan tubuh yang ekstrim sehingga mudah terjangkit penyakit-penyakit infeksi dan keganasan yang dapat menyebabkan kematian (Price & Wilson, 2006).

Epidemi HIV/AIDS saat ini telah melanda seluruh negara di dunia. Penyakit ini menyebar dengan cepat tanpa mengenal batas negara dan pada semua lapisan penduduk. Hawari (2006) menyebutkan bahwa masalah HIV/AIDS sudah menjadi masalah global dengan kecepatan penyebaran yang sangat pesat. Badan Kesehatan Dunia (WHO) menyatakan penyakit ini sebagai wabah paling mematikan sepanjang sejarah, sehingga untuk mengantisipasinya WHO membentuk organisasi khusus penanggulangan HIV/AIDS (*Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*) dan menetapkan tanggal 1 Desember sebagai hari AIDS sedunia.

Sejak pertama kali kasus infeksi virus yang menyerang kekebalan tubuh ini ditemukan di New York pada tahun 1981, diperkirakan virus ini telah mengakibatkan kematian lebih dari 25 juta orang di seluruh dunia (Uvikacansera, 2010). Di sepanjang tahun 2008 saja dilaporkan terdapat 2 juta kematian terkait AIDS. Hingga bulan Desember 2008, tercatat 33,4 juta ODHA (orang dengan HIV/AIDS) tersebar di seluruh dunia, termasuk 2,7 juta kasus orang yang baru tertular HIV. Jumlah ini terus bertambah dengan kecepatan 15.000 kasus baru per hari, dengan estimasi 5 juta pasien baru terinfeksi HIV setiap tahunnya di seluruh dunia (UNAIDS, 2009). Oleh karena itu, penyakit ini

telah menjadi penyakit mematikan teratas di antara penyakit infeksi lainnya dan menduduki rangking ke-empat penyebab kematian di dunia (Black & Jacob, 2005).

Di Indonesia, sejak pertama kali kasus AIDS ditemukan di Bali pada tahun 1987, perkembangan jumlah kasus AIDS maupun HIV positif cenderung meningkat setiap tahunnya. Pada 10 tahun pertama, penularan HIV masih tergolong rendah. Akhir tahun 1997, jumlah penderita AIDS kumulatif hanya 153 orang dan HIV positif 486 orang. Namun, pada akhir abad ke-20 terlihat kenaikan jumlah kasus HIV/AIDS yang sangat berarti dan di beberapa daerah pada sub populasi tertentu, angka prevalensinya mencapai 5%, sehingga sejak itu Indonesia dimasukkan ke dalam kelompok negara dengan epidemi terkonsentrasi (Komisi Penanggulangan AIDS, 2007). Sampai 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 (Komisi Penanggulangan AIDS, 2010).

Dari sekian banyak kasus HIV/AIDS di Indonesia, Jakarta merupakan salah satu kota yang menduduki posisi tiga besar prevalensi kasus per 100.000 penduduk. Berdasarkan data Departemen Kesehatan RI, sejak posisi DKI Jakarta bergeser ke peringkat tiga setelah Papua dan Bali pada 2009 lalu dan masih bertahan hingga Maret 2010, tingkat prevalensi di ibukota masih cukup tinggi yakni berkisar 31,67 kasus per 100 ribu penduduk. Lebih lanjut, Dinas Kesehatan DKI mengungkapkan bahwa jumlah keseluruhan kasus HIV/AIDS di Jakarta pada tahun 2009 mencapai 5.857 kasus. Itu terdiri dari 2.849 kasus HIV dan 3.008 kasus AIDS. Angka ini menurun pada Maret 2010 hingga mencapai jumlah 2.828 kasus. Diantaranya, 2.002 orang menderita HIV/AIDS dari pengguna jarum suntik, sisanya menderita dari non-jarum suntik. Dari jumlah tersebut, diketahui 426 orang telah meninggal dunia (Komisi Penanggulangan AIDS, 2010).

Banyaknya kasus HIV/AIDS di Jakarta dapat dilihat juga dari jumlah pasien HIV/AIDS yang berobat di rumah sakit pusat rujukan nasional yaitu Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo (RSCM). 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 RSCM. Rata-rata per bulannya, instalasi rawat jalan ini menangani sekitar lebih dari 600 pasien HIV/AIDS (Djoerban, 2010). Hal tersebut menunjukkan perlunya perhatian yang serius dari berbagai pihak khususnya dari pelayanan kesehatan terhadap penanganan pasien ini.

Penyakit HIV/AIDS telah menimbulkan masalah yang cukup luas pada individu yang terinfeksi yakni meliputi masalah fisik, sosial, dan emosional (Bare & Smeltzer, 2005). Masalah secara fisik terjadi akibat penurunan daya tahan tubuh progresif yang mengakibatkan ODHA rentan terhadap berbagai penyakit terutama penyakit infeksi dan keganasan seperti TB paru, pneumonia, herpes simpleks/zoster, diare kronik, hepatitis, sarkoma kaposi, limfoma, dan infeksi/kelainan neurologik (Ignatavicius & Bayne, 1998). Bahkan, serangan penyakit yang biasanya tidak berbahaya pun lama-kelamaan akan menyebabkan pasien sakit parah bahkan meninggal.

Selain masalah fisik tersebut, pasien HIV/AIDS juga menghadapi masalah sosial yang cukup memprihatinkan sebagai dampak dari adanya stigma terhadap penyakit ini. 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 terhadap penyakit ini. HIV/AIDS dianggap sebagai penyakit mematikan yang mudah sekali menular melalui kontak sosial biasa seperti halnya bersalaman dan lain sebagainya. Hal tersebut menyebabkan pasien seringkali dikucilkan dan mendapatkan perilaku diskriminatif dari masyarakat (Purnama & Haryanti, 2006).

Dengan kondisi fisik yang memburuk, ancaman kematian, serta adanya tekanan sosial yang begitu hebat menyebabkan ODHA cenderung untuk mengalami masalah emosional atau psikosial. Salah satu masalah emosional terbesar yang dihadapi ODHA adalah depresi (Douaihy, 2001). Schulte (2000) dalam penelitiannya terhadap pasien HIV/AIDS yang menjalani perawatan di rumah sakit, menemukan bahwa 40% pasien HIV/AIDS mengalami depresi. Kasus depresi pada ODHA ini diperkirakan memiliki frekuensi mencapai 60% dari total kasus depresi yang ada (David & Brian, 2000). Angka ini lebih tinggi dari prevalensi depresi yang ada pada masyarakat umum, yaitu hanya sekitar 5-10% dari total kasus depresi. Senada dengan David & Brian, Cichocki (2009) juga menemukan dalam studinya bahwa pasien HIV/AIDS sangat rentan mengalami tanda dan gejala depresi mulai ringan hingga berat. Gejala depresi ini dapat muncul sejak 1 bulan setelah didiagnosa HIV yang selanjutnya berkembang dan berjalan secara fluktuatif seiring perjalanan penyakit. Sedangkan, di Indonesia dari hasil penelitian kualitatif yang dilakukan oleh Iskandar (2008) pada 6 orang pasien HIV/AIDS di Jakarta didapatkan keseluruhan informan mengalami gangguan psikopatologi depresi.

Berdasarkan pendekatan *Psychoneuroimmunology* dapat dijelaskan bahwa keadaan stres atau depresi yang dialami pasien HIV/AIDS akan memodulasi sistem imun melalui jalur HPA (*Hypothalamic-Pituitary-Adrenocortical*) axis dan sistem limbik (yang mengatur emosi dan *learning process*). Kondisi stres tersebut akan menstimulasi *hypothalamus* untuk melepaskan neuropeptida yang akan mengaktifasi ANS (*Autonomic Nerve System*) dan *hypofise* untuk mengeluarkan kortikosteroid dan katekolamin yang merupakan hormon-hormon yang bereaksi terhadap kondisi stres. Peningkatan kadar glukokortikoid akan mengganggu sistem imunitas, yang menyebabkan pasien akan semakin rentan terhadap infeksi oportunistik (Gunawan & Sumadiono, 2007). Hal tersebut didukung oleh hasil penelitian Robinson (2003) yang melaporkan bahwa ODHA yang mengalami depresi kronis akan mengalami penurunan yang tajam dalam jumlah sel CD4 selama 2 tahun dibanding ODHA yang tidak depresi. Hal tersebut akan semakin memperburuk derajat kesehatan fisik pasien.

Selain itu, kondisi depresi juga mempengaruhi motivasi pasien untuk melakukan *self care* secara adekuat (Rubin & Peyrot, 2001). Depresi dapat berkontribusi pada penurunan kesehatan fisik dan mental yang menyebabkan seseorang malas untuk melakukan aktivitas *self care* harian secara rutin. Pada pasien HIV/AIDS, hal ini berpengaruh pada ketidakpatuhan pasien terhadap regimen terapi ARV dan obat-obatan profilaksis serta hal lainnya yang ia perlukan untuk menjaga kesehatannya. Ditambah lagi nafsu makan yang berkurang, ketidakinginan untuk berolahraga, dan kesulitan tidur. Hal ini dapat menyebabkan kondisi fisik yang semakin menurun sehingga akan memperberat penyakitnya (Holmes, et al. 2007). Li, et al. (2009) juga menemukan pada penelitiannya bahwa perasaan depresi dapat menyebabkan pasien HIV/AIDS sungkan untuk mencari bantuan pengobatan, perawatan, dan informasi tentang penanganan terhadap penyakitnya yang pada akhirnya dapat memperparah kondisi kesehatannya.

Dari penjelasan di atas, dapat diketahui bahwa depresi akan semakin memperburuk kondisi kesehatan pasien. Cichocki (2009) juga mengatakan bahwa keadaan depresi 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. Sehingga, dapat disimpulkan bahwa hal ini akan mempengaruhi secara keseluruhan aspek-aspek dalam kehidupan pasien. Namun, saat ini pelayanan kesehatan yang diberikan pada pasien HIV/AIDS cenderung masih berfokus pada masalah fisik saja. Padahal masalah psikososial yang dialami penderita HIV/AIDS adakalanya lebih berat daripada beban fisiknya (Sarwono, 2008). Oleh karena itu, penanganan pada pasien ini tidak dapat hanya berfokus pada masalah fisik namun juga masalah psikososial khususnya masalah depresi yang mayoritas dialami ODHA dan dapat berdampak pada masalah yang lebih luas yaitu penurunan kualitas hidup (Douaihy, 2001; Abiodun, et al. 2010).

Selain itu, hal yang juga penting untuk diperhatikan dalam penanganan pasien HIV/AIDS adalah dukungan keluarga. Dalam hal ini, keluarga merupakan unit

sosial terkecil yang berhubungan paling dekat dengan pasien. Keluarga menjadi unsur penting dalam kehidupan seseorang karena keluarga merupakan sistem yang di dalamnya terdapat anggota-anggota keluarga yang saling berhubungan dan saling ketergantungan dalam memberikan dukungan, kasih sayang, rasa aman, dan perhatian yang secara harmonis menjalankan perannya masing-masing untuk mencapai tujuan bersama (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Oleh karena itu, dukungan keluarga sangat dibutuhkan oleh pasien HIV/AIDS sebagai *support system* atau sistem pendukung utama sehingga ia dapat mengembangkan respon atau coping yang efektif untuk beradaptasi dengan baik dalam menangani *stressor* yang ia hadapi terkait penyakitnya baik fisik, psikologis, maupun sosial (IYW, 2005; Lasserma & Perkins, 2001).

Pada penelitian Li, et al. (2004) diketahui juga bahwa orang yang hidup dengan HIV/AIDS sangat membutuhkan bantuan dan dukungan dari keluarga karena penyakit ini bersifat kronis dan membutuhkan penanganan yang komprehensif. Dukungan keluarga tersebut meliputi dukungan finansial, dukungan informasi, dukungan dalam melakukan kegiatan rutin sehari-hari, dukungan dalam kegiatan pengobatan dan perawatan, dan dukungan psikologis. Lebih lanjut diketahui bahwa dukungan keluarga dapat memberikan dampak positif terhadap peningkatan kualitas hidup bagi penderita HIV/AIDS (Nirmal, et al. 2008; Wig, et al. 2006).

Namun, adanya salah satu anggota keluarga yang sakit kronis tentu saja akan menyebabkan ketegangan dan keputusasaan dalam keluarga yang berlangsung tidak hanya sementara (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Khusus untuk kasus HIV/AIDS, adanya anggota keluarga yang terinfeksi HIV akan memberikan dampak langsung pada keluarga antara lain dampak psikologis maupun ekonomi. Dampak psikologis pada keluarga berupa *denial*, marah, sedih, dan respon kehilangan keluarga untuk pertama kalinya akan merasa menolak dan tidak percaya bahwa ada anggota keluarga yang terinfeksi virus mematikan tersebut. Beberapa keluarga ada yang berhasil melewati masa-masa krisis ini dan memasuki tahap penerimaan. Beberapa keluarga lainnya justru memilih coping

menghindar dan isolasi keluarga karena merasa malu mempunyai anggota keluarga yang terinfeksi HIV (Stuart & Laraia, 2001).

Keluarga juga akan merasa sedih bila mengetahui bahwa penyakit yang dialami adalah penyakit yang mematikan, sehingga respon keluarga terhadap anggota keluarga yang mengidap penyakit HIV/AIDS ini ada yang bersifat terlalu protektif, yang membuat ODHA akan kehilangan rasa percaya diri. Sebaliknya ada yang justru menelantarkan karena dianggap penyakit yang diderita adalah akibat perilaku individu yang kurang baik atau immoral yang menyalahi aturan dan nilai-nilai dalam keluarga. Respon keluarga ini sangat dipengaruhi oleh mekanisme koping yang biasa digunakan dalam pemecahan masalah keluarga (Stuart & Sundeen, 1999).

Beban ekonomi juga sangat dirasakan oleh keluarga karena dua alasan. Alasan pertama, menurunnya pendapatan keluarga karena sebagian besar penderita HIV/AIDS berada pada kelompok usia produktif dan berperan sebagai pencari nafkah dalam keluarga. Dengan kondisi fisik ODHA yang semakin memburuk seringkali menyebabkan ia tidak dapat bekerja lagi. Selain itu, ODHA juga seringkali mendapat perilaku diskriminatif di tempat kerja akibat adanya stigma terkait penyakit yang dideritanya sehingga ia kehilangan pekerjaannya. Alasan kedua adalah besarnya biaya kesehatan yang harus dikeluarkan oleh keluarga untuk perawatan atau pengobatan HIV/AIDS dalam jangka waktu yang lama (Oluwagbemiga, 2007).

Bagi keluarga yang mempunyai status sosial ekonomi memadai, pengobatan HIV/AIDS yang mahal bukan merupakan masalah serius. Sebaliknya bagi keluarga yang mempunyai penghasilan minimal, pengobatan HIV/AIDS pada anggota keluarga menyebabkan masalah besar yang dapat mempengaruhi fungsi keluarga dalam merawat dan menggunakan fasilitas kesehatan.

Dengan dampak yang begitu besar pada keluarga, maka dapat mengganggu keluarga dalam melaksanakan fungsinya (Oluwagbemiga, 2007). Diantaranya

fungsi afektif yang berperan dalam memberikan dukungan emosional dan penghargaan, fungsi ekonomi yang berperan dalam memenuhi dukungan instrumental/fasilitas dalam pemenuhan kebutuhan, fungsi sosialisasi yang berperan dalam memberikan dukungan jaringan sosial dalam hal ini mendukung anggota keluarga yang sakit agar tetap beraktivitas sosial, dan fungsi perawatan kesehatan yang berfungsi untuk memberikan dukungan baik bantuan langsung dalam perawatan sehari-hari, akses layanan kesehatan, dan informasi tentang hal-hal yang harus dilakukan ODHA untuk tetap menjaga kestabilan derajat kesehatannya. Akibatnya, keluarga tidak memberikan dukungan yang efektif terhadap anggota keluarga yang menderita HIV/AIDS sehingga kualitas hidupnya akan semakin memburuk.

Lebih lanjut, masalah dukungan sosial tidak dapat dilihat hanya dari sisi pemberi dukungan dalam hal ini keluarga namun juga penting untuk menilai dari sisi penerima dukungan. Dukungan yang dipersepsi oleh penerima lebih menggambarkan secara nyata dukungan yang diterima atau yang benar-benar ia rasakan sendiri. Iskandar (2008) menyebutkan bahwa dukungan yang dipersepsi dapat meramalkan keefektifan coping, penyesuaian diri, serta kesejahteraan fisik dan psikologis seseorang. Hal tersebut terjadi oleh karena pada individu yang merasa dukungan yang ia butuhkan tersedia, akan lebih berpotensi untuk tidak mengalami stres yang berlebihan dan lebih termotivasi untuk menjaga derajat kesehatannya. Oleh karena itu, pembahasan mengenai dukungan sosial sebaiknya menempatkan dukungan yang dipersepsi oleh penerima sebagai variabel yang signifikan.

Dari hasil wawancara yang dilakukan peneliti dengan beberapa pasien ODHA yang dirawat di ruang rawat inap penyakit dalam RSCM diketahui bahwa sebagian besar dari mereka sejak ditetapkan menderita HIV seringkali merasakan ketakutan terhadap penyakit, pesimis dengan masa depan, dan merasa apa yang akan dilakukan sia-sia. Hal ini memperlihatkan pasien sudah mengalami gejala depresi mulai dari sebelum ia dirawat inap. Selain itu beberapa dari pasien tersebut juga mengatakan bahwa setelah mereka diketahui terinfeksi



HIV, keluarga justru menunjukkan sikap penolakan dan tidak peduli dengan kondisi mereka. Ini menunjukkan sikap keluarga yang tidak memberikan dukungan *supportif* pada pasien. Akibatnya pasien akan semakin menilai dirinya negatif dan tidak optimal dalam penanganan penyakit sehingga dapat memperburuk derajat kesehatannya. Selanjutnya, hal-hal tersebut dapat berdampak pada penurunan kualitas hidup pasien.

WHO telah mendefinisikan kondisi sehat bukan hanya berarti bebas dari penyakit dan kelainan fisik namun lebih pada pencapaian keadaan sejahtera (*wellbeing*) dengan hidup yang berkualitas (Ventegodt, 2003). Pada pasien HIV/AIDS, sangat penting untuk memperhatikan aspek kualitas hidup karena penyakit infeksi ini bersifat kronis dan progresif sehingga berdampak luas pada segala aspek kehidupan baik fisik, psikologis, sosial, maupun spiritual. Selain itu, dengan adanya kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi khususnya dalam hal *treatment* medis berupa terapi ARV yang dapat menurunkan angka mortalitas maka diharapkan pula pasien mendapatkan kehidupan yang berkualitas.

Kualitas hidup adalah persepsi individu terhadap kemampuan, keterbatasan, gejala, dan kondisi psikososial hidupnya untuk berfungsi dan menjalankan bermacam-macam perannya secara memuaskan (Donner, Karone, & Bertoliti, 1997). Sedangkan, Molken, et al. (1995) mengungkapkan bahwa kualitas hidup merupakan konsep yang meliputi fisik dan psikologis secara keseluruhan dalam menilai persoalan sosial dan kehidupan. Lebih lanjut, Polonsky (2000) mengatakan bahwa untuk mengetahui bagaimana kualitas hidup seseorang maka dapat diukur dengan mempertimbangkan penilaian akan kepuasan seseorang terhadap status fisik, psikologis, sosial, lingkungan, dan spiritual.

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Nojomi, Anbary, dan Ranjbar (2008) didapatkan bahwa mayoritas dari pasien dengan HIV baik yang simptomatik maupun yang non-simptomatik serta pasien AIDS masih memiliki nilai kualitas hidup yang rendah. Hasil yang sama juga diketahui dari penelitian Douaihy

(2001) yang juga mendapatkan 62,6% pasien HIV memiliki kualitas hidup yang buruk. Penelitian lainnya yang dilakukan oleh Agustanti (2006) di Lampung didapatkan hasil yang tidak jauh berbeda yakni hampir separuh dari responden (ODHA) mempersepsikan tingkat kualitas hidupnya rendah. Oleh karena itu, hal ini memerlukan perhatian khusus dari tenaga kesehatan.

Merujuk pada definisi sehat yang dikeluarkan oleh WHO, maka dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi pasien HIV/AIDS, pelayanan kesehatan dituntut untuk dapat memfasilitasi pasien agar mendapatkan kehidupan yang berkualitas atau sejahtera. 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 (Potter & Perry, 1997). Artinya, dalam upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan pasien, perawat tidak hanya berfokus pada penanganan masalah fisik saja 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 (Bare & Smeltzer, 2005). Perawat dapat melakukan intervensi dengan cara memberdayakan orang – orang terdekat pasien dalam hal ini keluarga untuk menjadi *support system* yang efektif agar dapat senantiasa memberikan dukungan dan bantuan yang dibutuhkan oleh pasien sehingga dapat meningkatkan kualitas hidupnya.

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 khususnya yang menjalani perawatan di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo. Oleh karena itu, peneliti merasa tertarik untuk meneliti fenomena masalah ini.

## 1.2 Rumusan Masalah

Aspek kualitas hidup pada pasien HIV/AIDS sangat penting untuk diperhatikan karena penyakit ini bersifat kronis dan progresif sehingga berdampak luas pada masalah fisik, psikologis, sosial, maupun spiritual. Selain itu, dengan adanya kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi khususnya dalam hal *treatment* medis berupa terapi ARV yang dapat menurunkan angka mortalitas diharapkan pula pasien mendapatkan kehidupan yang berkualitas. Masalah psikososial depresi merupakan faktor yang berpengaruh pada penurunan kualitas hidup pasien HIV/AIDS. Selain itu, dukungan keluarga yang *non-supportif* juga dapat menyebabkan kualitas hidup yang rendah bagi pasien HIV/AIDS. Oleh karena itu, perlu untuk mengetahui faktor mana di antara depresi dan dukungan keluarga yang paling mempengaruhi kualitas hidup pasien HIV/AIDS. Hal ini diharapkan dapat memberi acuan untuk mengembangkan intervensi keperawatan yang lebih berkontribusi positif dalam meningkatkan kualitas hidup pasien HIV/AIDS. Berdasarkan fenomena tersebut, maka peneliti merasa tertarik untuk meneliti lebih lanjut tentang bagaimana hubungan antara depresi dan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS yang menjalani perawatan di RSUPN. Cipto Mangunkusumo Jakarta?

## 1.3 Tujuan

### 1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengidentifikasi hubungan antara depresi dan dukungan keluarga dengan kualitas hidup setelah dikontrol faktor konfounding pada pasien HIV/AIDS yang menjalani perawatan di RSUPN. Cipto Mangunkusumo Jakarta.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Untuk mengidentifikasi karakteristik pasien HIV/AIDS yang menjalani perawatan di RSUPN. Cipto Mangunkusumo Jakarta berdasarkan usia, jenis kelamin, pendidikan, status marital, pekerjaan, penghasilan, stadium klinis penyakit, dan lama menderita penyakit.
- b. Untuk mengidentifikasi depresi, dukungan keluarga, dan kualitas hidup pasien HIV/AIDS yang menjalani perawatan di RSUPN. Cipto Mangunkusumo Jakarta.
- c. Untuk mengidentifikasi hubungan antara depresi dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS yang menjalani perawatan di RSUPN. Cipto Mangunkusumo Jakarta.
- d. Untuk mengidentifikasi hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS yang menjalani perawatan di RSUPN. Cipto Mangunkusumo Jakarta.
- e. Untuk menganalisis variabel bebas (depresi dan dukungan keluarga) yang paling dominan mempengaruhi kualitas hidup pasien HIV/AIDS yang menjalani perawatan di RSUPN. Cipto Mangunkusumo Jakarta.
- f. Untuk mengidentifikasi hubungan antara faktor potensial konfonding (usia, jenis kelamin, status marital, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, stadium klinis penyakit, dan lama menderita penyakit) dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS yang menjalani perawatan di RSUPN. Cipto Mangunkusumo Jakarta.
- g. Untuk mengidentifikasi faktor potensial konfonding (usia, jenis kelamin, status marital, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, stadium klinis penyakit, dan lama menderita penyakit) yang mempengaruhi hubungan antara depresi dan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS yang menjalani perawatan di RSUPN. Cipto Mangunkusumo Jakarta.

## 1.4 Manfaat Penelitian

### 1.4.1 Bagi Pelayanan

- a. Menambah pengetahuan dan kesadaran perawat tentang pentingnya memperhatikan aspek psikososial pada penanganan pasien HIV/AIDS sehingga pelayanan yang diberikan semakin berkualitas dan profesional.
- b. Sebagai bahan masukan agar perawat memberikan asuhan keperawatan secara holistik bio-psiko-sosio-spiritual sehingga akan meningkatkan kualitas hidup pasien HIV/AIDS secara menyeluruh.
- c. Sebagai bahan acuan dalam mengembangkan intervensi keperawatan yang dapat lebih berkontribusi positif pada pasien HIV/AIDS khususnya masalah psikososial (depresi dan dukungan keluarga) untuk dapat meningkatkan kualitas hidup secara optimal.

### 1.4.2 Bagi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat menambah khasanah keilmuan keperawatan tentang hubungan antara aspek psikososial (depresi dan dukungan keluarga) dengan kualitas hidup pada pasien HIV/AIDS. Selanjutnya, hal tersebut dapat menjadi informasi dasar dalam penyusunan kurikulum pembelajaran yang tepat mengenai masalah psikososial dan kualitas hidup dalam konteks asuhan keperawatan pasien HIV/AIDS pada jenjang pendidikan keperawatan.

### 1.4.2 Bagi Penelitian

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai data dasar dalam melaksanakan penelitian lebih lanjut yang berkaitan dengan topik permasalahan yang sama.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini menguraikan dasar-dasar teori yang berkaitan dengan *Acquired Immuno Deficiency Syndrome* (AIDS), depresi, dukungan keluarga, kualitas hidup, serta peran perawat dalam asuhan keperawatan psikososial HIV/AIDS.

#### 2.1 *Acquired Immuno Deficiency Syndrome* (AIDS)

##### 2.1.1 Pengertian

AIDS atau *Acquired Immune Deficiency Syndrome* merupakan kumpulan gejala penyakit akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh yang disebabkan oleh masuknya virus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) yang termasuk famili retroviridae ke dalam tubuh seseorang (Sudoyo, dkk, 2007).

Selain itu AIDS juga didefinisikan sebagai kejadian penyakit yang disifatkan oleh: (a) Suatu penyakit yang menunjukkan adanya gangguan immunoseluler, misalnya sarkoma kaposi atau satu atau lebih penyakit oportunistik yang didiagnosis dengan cara yang dapat dipercaya, (b) Tidak adanya sebab-sebab immunodefisiensi seluler lainnya (kecuali infeksi HIV) (Gunawan, 1992).

Price & Wilson (2006) juga menyebutkan bahwa AIDS adalah sekumpulan gejala yang menunjukkan kelemahan atau kerusakan daya tahan tubuh yang diakibatkan oleh faktor luar (bukan dibawa sejak lahir). AIDS diartikan sebagai bentuk paling berat dari keadaan sakit terus-menerus yang berkaitan dengan infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), mulai dari kelainan ringan dalam respon imun tanpa tanda dan gejala yang nyata hingga keadaan immunosupresi dan berkaitan dengan berbagai infeksi yang dapat membawa kematian dan dengan kelainan

malignitas yang jarang terjadi (Bare & Smetzler, 2005; Ignatavicius & Bayne, 1998).

### 2.1.2 Epidemiologi

Epidemi HIV/AIDS saat ini telah melanda seluruh negara di dunia. Hingga bulan Desember 2008, tercatat 33,4 juta ODHA (orang dengan HIV/AIDS) tersebar di seluruh dunia, 48% diantaranya adalah wanita, dengan termasuk 2,7 juta kasus orang yang baru tertular HIV (UNAIDS, 2009). Di Indonesia, sampai September 2009, data dari Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan (Ditjen PPM-PL) Depkes RI melaporkan bahwa tercatat jumlah kasus HIV/AIDS telah mencapai 18.442 kasus yang tersebar di 33 propinsi dengan presentase wanita 25,8%, dan dengan golongan usia terbanyak yaitu usia 20-29 tahun (Komisi Penanggulangan AIDS, 2010).

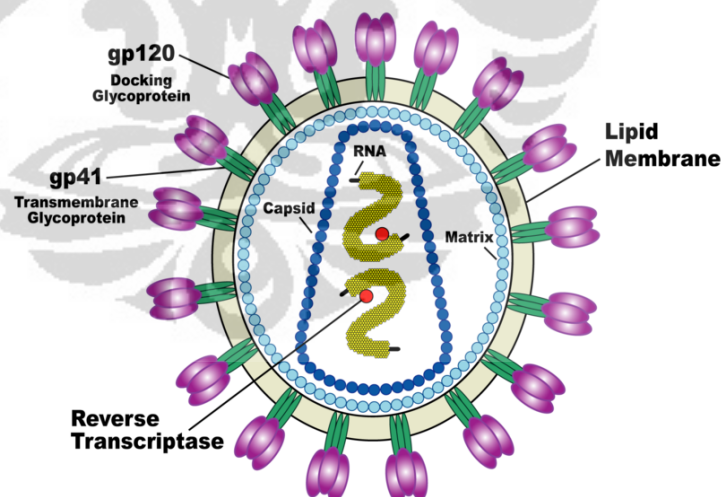
Dari sekian banyak kasus HIV/AIDS di Indonesia, Jakarta merupakan salah satu kota yang menduduki posisi tiga besar prevalensi kasus AIDS per 100.000 penduduk. Berdasarkan data Departemen Kesehatan RI, sejak posisi DKI Jakarta bergeser ke peringkat tiga setelah Papua dan Bali pada 2009 lalu dan masih bertahan hingga Maret 2010, tingkat prevalensi di ibukota masih cukup tinggi berkisar 31,67 kasus per 100 ribu penduduk. Lebih lanjut Dinas Kesehatan DKI, mengungkapkan bahwa jumlah keseluruhan kasus HIV/AIDS di Jakarta pada 2009 mencapai 5.827 kasus. Itu terdiri dari 2.849 kasus HIV dan 3.008 kasus AIDS. Angka ini menurun hingga Maret 2010. Di mana jumlah kasus tersebut mencapai angka 2.828. Dan tercatat 426 orang telah meninggal dunia (Komisi Penanggulangan AIDS, 2010).

### 2.1.3 Etiologi dan Patogenesis

Penyebab penyakit AIDS adalah *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) yakni sejenis virus RNA yang tergolong retrovirus. Virus ini memiliki materi genetik berupa sepasang asam ribonukleat rantai tunggal yang

identik dan suatu enzim yang disebut *reverse transcriptase*. *Virion* HIV terdiri dari tiga bagian utama yaitu *envelope* yang merupakan lapisan terluar, *capsid* yang meliputi isi *virion* dan *core* yang merupakan isi *virion*. *Envelope* adalah lapisan lemak ganda yang terbentuk dari sel penjamu dan mengandung protein penjamu. Pada lapisan ini tertanam glikoprotein virus yang disebut gp41. Pada bagian luar protein ini terikat gp120. Molekul gp120 ini akan berkaitan dengan reseptor CD4 pada saat menginfeksi limfosit T4 atau sel lainnya yang mempunyai reseptor tersebut. Pada elektroforesis, kompleks antara molekul gp41 dan gp120 akan membentuk pita yang disebut gp160. Capsid berbentuk iko sahedral dan merupakan lapisan protein yang dikenal sebagai p17. Pada bagian core terdapat sepasang RNA rantai tunggal, enzim-enzim seperti *reverse transcriptase*, *endonuclease* dan *protease*, serta protein-protein struktural terutama p24 (Hoffmann, Rockstroh, & Kamps, 2006).

**Gambar 2.1**  
**Anatomi Virus HIV**



Sumber: <http://id.wikipedia.org/wiki/HIV>.

Dasar utama penyakit infeksi HIV ialah berkurangnya jenis sel darah putih (Limfosit T *helper*) yang mengandung marker CD4 (Sel T4). Limfosit T4 mempunyai pusat dan sel utama yang terlibat secara langsung maupun tidak langsung dalam menginduksi kebanyakan fungsi-fungsi kekebalan,



sehingga kelainan-kelainan fungsional pada sel T4 akan menimbulkan tanda-tanda gangguan respon kekebalan tubuh. Setelah HIV memasuki tubuh seseorang, HIV dapat diperoleh dari limfosit terutama limfosit T4, monosit, sel glia, makrofag, dan cairan otak penderita AIDS (Price & Wilson, 2006).

CD4 adalah sebuah marker atau penanda yang berada di permukaan sel-sel darah putih manusia, terutama sel-sel limfosit. CD4 pada orang dengan sistem kekebalan yang menurun menjadi sangat penting, karena berkurangnya nilai CD4 dalam tubuh manusia menunjukkan berkurangnya sel-sel darah putih atau limfosit yang seharusnya berperan dalam memerangi infeksi yang masuk ke tubuh manusia. Pada orang dengan sistem kekebalan yang baik, nilai CD4 berkisar antara 1400-1500 sel per ml darah. Sedangkan pada orang dengan sistem kekebalan yang terganggu (misal pada orang yang terinfeksi HIV) nilai CD4 semakin lama akan semakin menurun (bahkan pada beberapa kasus bisa sampai nol) (Nursalam & Kurniawati, 2009).

Sel yang mempunyai marker CD4 di permukaannya berfungsi untuk melawan berbagai macam sumber infeksi. Di sekitar kita banyak sekali sumber infeksi yang beredar, baik yang berada di udara, makanan ataupun minuman. Namun kita tidak setiap saat menjadi sakit, karena CD4 masih bisa berfungsi dengan baik untuk melawan infeksi ini. Jika CD4 berkurang, mikroorganisme yang patogen di sekitar kita tadi akan dengan mudah masuk ke tubuh kita dan menimbulkan penyakit pada tubuh manusia (Nursalam & Kurniawati, 2009).

Sel T4 dan makrofag serta sel dendritik / langerhans (sel imun) adalah sel-sel yang terinfeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dan terkonsentrasi di kelenjar limfe, limpa, dan sumsum tulang. *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) menginfeksi sel melalui pengikatan dengan protein perifer CD4, dengan bagian virus yang bersesuaian yaitu antigen

grup 120. Pada saat sel T4 terinfeksi dan ikut dalam respon imun, maka *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) menginfeksi sel lain dengan meningkatkan reproduksi dan banyaknya kematian sel T4 yang juga dipengaruhi respon imun sel *killer* penjamu, dalam usaha mengeliminasi virus dan sel yang terinfeksi (Hoffmann, Rockstroh, & Kamps, 2006).

Virus HIV dengan suatu enzim, *reverse transkriptase*, yang akan melakukan pemrograman ulang materi genetik dari sel T4 yang terinfeksi untuk membuat *double-stranded* DNA. DNA ini akan disatukan ke dalam nukleus sel T4 sebagai sebuah provirus dan kemudian terjadi infeksi yang permanen. Enzim inilah yang membuat sel T4 *helper* tidak dapat mengenali virus HIV sebagai antigen. Sehingga keberadaan virus HIV di dalam tubuh tidak dihancurkan oleh sel T4 *helper*. Kebalikannya, virus HIV yang menghancurkan sel T4 *helper*. Fungsi dari sel T4 *helper* adalah mengenali antigen yang asing, mengaktifkan limfosit B yang memproduksi antibodi, menstimulasi limfosit T sitotoksik, memproduksi limfokin, dan mempertahankan tubuh terhadap infeksi parasit. Kalau fungsi sel T4 *helper* terganggu, mikroorganisme yang biasanya tidak menimbulkan penyakit akan memiliki kesempatan untuk menginvasi dan menyebabkan penyakit yang serius (Price & Wilson, 2006).

#### 2.1.4 Cara Penularan

Penularan HIV sendiri hanya akan terjadi bila: (a) Virus HIV berhasil hidup di dalam tubuh manusia, (b) Virus harus dalam jumlah besar, (c) HIV harus masuk ke tubuh orang melalui cara penularan tertentu (Aggleton, 1994).

HIV ditularkan melalui tiga jalur, yaitu: (a) melalui hubungan seksual yang tidak aman (heteroseksual atau homoseksual), (b) melalui penerimaan darah atau produk darah melalui transfusi darah (saat ini sudah jarang karena darah donor sebelumnya telah melalui *skrining*), penggunaan narkoba suntik atau *Injecting Drug User* (IDU), alat medis, dan alat tusuk lain (tato, tindik, akupuntur, pisau cukur, dan lain-lain) yang

sudah tercemar HIV, penerimaan organ, jaringan atau air mani, dan (c) melalui ibu yang hidup dengan HIV kepada janin di kandungannya atau bayi yang disusunya (Bare & Smeltzer, 2005).

HIV berada terutama dalam cairan tubuh manusia. Cairan yang berpotensi mengandung virus HIV adalah darah, cairan sperma, cairan vagina, dan air susu ibu. Sehingga, penularan dapat terjadi melalui media cairan tubuh seorang pengidap HIV tersebut dalam jumlah yang cukup untuk menginfeksi orang lain. Sedangkan, melalui cairan-cairan tubuh yang lain (seperti air mata, keringat, air liur, air seni, dan lain-lain) tidak pernah dilaporkan adanya kasus penularan HIV. Sampai saat ini juga belum terbukti penularan melalui gigitan serangga, minuman, makanan, batuk/bersin, merawat pasien, atau kontak biasa (seperti bersalaman, bersentuhan, berpelukan) dalam keluarga, sekolah, kolam renang, WC umum, atau tempat kerja dengan penderita AIDS (Sudoyo, dkk, 2007).

### **2.1.5 Perjalanan Penyakit**

Dalam tubuh penderita HIV/AIDS, partikel virus bergabung dengan DNA sel penderita, sehingga satu kali penderita terinfeksi HIV, seumur hidup ia akan tetap terinfeksi. Dari semua orang yang terinfeksi HIV, mula-mula sedikit saja yang menjadi penderita AIDS pada 3 tahun pertama, 50% berkembang menjadi penderita AIDS sesudah 10 tahun, dan sesudah 13 tahun hampir semua orang yang terinfeksi HIV menunjukkan gejala AIDS dan kemudian meninggal (Sudoyo, dkk, 2007).

Sel tubuh manusia yang terutama diserang oleh HIV adalah CD4 yaitu limfosit dalam tubuh manusia yang berfungsi sebagai pertahanan tubuh terhadap kuman penyakit. Bila jumlah dan fungsi CD4 berkurang, maka sistem kekebalan orang yang bersangkutan akan rusak, sehingga mudah dimasuki dan diserang oleh berbagai kuman penyakit. Segera sesudah terinfeksi HIV, jumlah limfosit CD4 akan berkurang sedikit demi sedikit (Djoerban, 2001).

Dengan menurunnya jumlah CD4, maka sistem imun seluler makin lemah secara progresif. Diikuti berkurangnya fungsi sel B dan makrofag dan menurunnya fungsi sel T penolong. Seseorang yang terinfeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dapat tetap tidak memperlihatkan gejala (asimtomatik) selama bertahun-tahun. Selama waktu ini, jumlah CD4 dapat berkurang dari sekitar 1000 sel per ml darah sebelum infeksi sampai mencapai sekitar 200-300 per ml darah. Sewaktu sel T4 mencapai kadar ini, gejala-gejala infeksi (herpes zoster dan jamur oportunistik) muncul, jumlah T4 kemudian menurun akibat timbulnya penyakit baru akan menyebabkan virus berproliferasi (Zein, 2006).

Hitungan CD4 dalam waktu beberapa tahun akan semakin menurun dengan laju penurunan yang lebih cepat pada 1,5 – 2,5 tahun sebelum pasien jatuh dalam keadaan AIDS. Dengan berlanjutnya infeksi pada fase akhir penyakit akan ditemukan hitung sel  $CD4 < 200/mm^3$  yang biasanya terjadi infeksi oportunistik yang parah, kanker seperti sarkoma kaposi, limfoma, dan karsinoma serviks, dan dimensia AIDS (Zein, 2006).

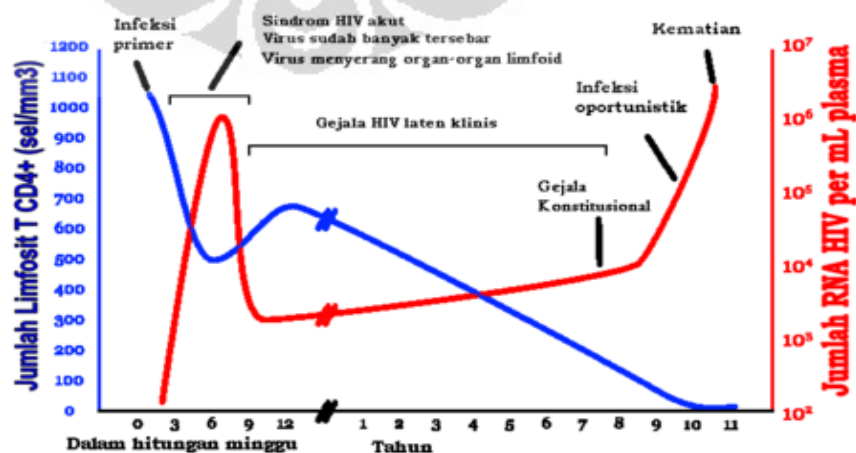
Ada beberapa tahapan ketika mulai terinfeksi virus HIV sampai timbul gejala AIDS (Sudoyo, dkk, 2007):

- 1) Tahap 1: Periode Jendela
  - HIV masuk ke dalam tubuh, sampai terbentuknya antibodi terhadap HIV dalam darah (4-8 minggu setelah infeksi primer)
  - Pada fase akut sering timbul gejala seperti flu (demam, sakit kepala, nyeri otot, mual, keringat di malam hari) yang terjadi pada 2-4 minggu setelah infeksi primer kemudian hilang atau menurun setelah beberapa hari
  - Tes HIV belum bisa mendeteksi keberadaan virus ini
- 2) Tahap 2: HIV Positif (tanpa gejala) rata-rata selama 5-10 tahun
  - HIV berkembang biak dalam tubuh
  - Tidak ada tanda-tanda khusus, penderita HIV tampak sehat dan merasa sehat, serta dapat menularkan virus ke orang lain

- Tes HIV sudah dapat mendeteksi status HIV seseorang, karena telah terbentuk antibodi terhadap HIV
  - Umumnya tetap tampak sehat selama 5-10 tahun, tergantung daya tahan tubuhnya (rata-rata 8 tahun; di negara berkembang lebih pendek)
- 3) Tahap 3: HIV Positif (muncul gejala)
- Sistem kekebalan tubuh semakin turun
  - Mulai muncul gejala konstitusi, misalnya: pembengkakan kelenjar limfa lebih dari satu tempat pada area tubuh, diare terus menerus, demam, dan gejala-gejala minor
  - Umumnya berlangsung selama lebih dari 1 bulan, tergantung daya tahan tubuhnya
- 4) Tahap 4: AIDS
- Kondisi sistem kekebalan tubuh sangat lemah
  - Keadaan ini disertai berbagai penyakit, antara lain: penyakit konstitusional, infeksi oportunistik, penyakit saraf, dan keganasan.

Lebih jelasnya perjalanan infeksi HIV dapat dilihat pada gambar di bawah ini :

**Gambar 2.2**  
**Diagram Perjalanan Infeksi HIV**



Diambil dari <http://id.wikipedia.org/wiki/AIDS>.

### 2.1.6 Pemeriksaan Infeksi HIV

Pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui secara pasti apakah seseorang terinfeksi HIV sangatlah penting, karena pada infeksi HIV gejala klinisnya dapat baru terlihat setelah bertahun-tahun lamanya.

Terdapat beberapa jenis pemeriksaan laboratorium untuk memastikan diagnosis infeksi HIV. Secara garis besar dapat dibagi menjadi pemeriksaan serologik untuk mendeteksi adanya antibodi terhadap HIV dan pemeriksaan untuk mendeteksi keberadaan virus HIV. Deteksi adanya virus HIV dalam tubuh dapat dilakukan dengan isolasi dan biakan virus, deteksi antigen, dan deteksi materi genetik dalam darah pasien (Sudoyo, dkk, 2007).

Pemeriksaan yang lebih mudah dilaksanakan adalah pemeriksaan terhadap antibodi HIV. Sebagai penyaring biasanya digunakan teknik ELISA, aglutinasi, atau *dot-blot immunobinding assay*. Metode yang biasanya digunakan di Indonesia adalah dengan ELISA.

Jika pemeriksaan penyaring menyatakan hasil yang reaktif, pemeriksaan dapat dilanjutkan dengan pemeriksaan konfirmasi untuk memastikan adanya infeksi HIV, yang paling sering dipakai saat ini adalah *Western Blot* (WB).

Hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan tes terhadap antibodi HIV ini yaitu adanya masa jendela. Masa jendela adalah waktu sejak tubuh terinfeksi HIV sampai mulai timbulnya antibodi yang dapat dideteksi dengan pemeriksaan. Antibodi mulai terbentuk pada 4-8 minggu setelah infeksi. Jadi jika pada masa ini hasil tes HIV pada seseorang yang sebenarnya sudah terinfeksi HIV dapat memberikan hasil yang negatif. Untuk itu jika kecurigaan akan adanya resiko terinfeksi cukup tinggi, perlu dilakukan pemeriksaan ulangan 3 bulan kemudian.

Seseorang yang ingin menjalani tes HIV untuk keperluan diagnosis harus mendapatkan konseling pra tes. Hal ini harus dilakukan agar ia dapat mendapat informasi yang sejelas-jelasnya mengenai infeksi HIV/AIDS sehingga dapat mengambil keputusan yang terbaik untuk dirinya serta lebih siap menerima apapun hasil tesnya nanti. Untuk keperluan survei tidak diperlukan konseling pra tes karena orang yang dites tidak akan diberitahu hasilnya.

Untuk memberitahu hasil tes juga diperlukan konseling pasca tes, baik hasil tes positif maupun negatif. Jika hasilnya positif akan diberikan informasi mengenai pengobatan untuk memperpanjang masa tanpa gejala serta cara pencegahan penularan. Jika hasilnya negatif, konseling tetap perlu dilakukan untuk memberikan informasi bagaimana mempertahankan perilaku yang tidak beresiko.

#### **2.1.7 Tanda dan Gejala**

Pasien AIDS secara khas punya riwayat gejala dan tanda penyakit. Pada infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) primer akut yang lamanya 1 – 2 minggu pasien akan merasakan sakit seperti flu. Dan, di saat fase supresi imun simptomatik (3 tahun) pasien akan mengalami demam, keringat di malam hari, penurunan berat badan, diare, neuropati, keletihan, ruam kulit, limpanodenopati, penurunan kognitif, dan lesi oral (Price & Wilson, 2006).

Dan, di saat fase infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) menjadi AIDS (bevariasi 1-5 tahun dari pertama penentuan kondisi AIDS) akan terdapat gejala infeksi oportunistik, yang paling umum adalah *Pneumocystis Carinii* (PCC), pneumonia interstisial yang disebabkan suatu protozoa, infeksi lain termasuk meningitis, kandidiasis, cytomegalovirus, mikrobakterial, dan atipikal (Price & Wilson, 2006).

Secara umum, gejala AIDS dibagi menjadi 2 kelompok yaitu gejala Mayor (umum terjadi) dan gejala Minor (tidak umum terjadi). WHO menetapkan

diagnosis AIDS dapat ditegakkan bila ditemui 2 gejala mayor dan 1 gejala minor (Merati, 1999). Lebih lengkapnya gejala penyakit AIDS dapat dilihat dari tabel di bawah ini:

**Tabel. 2.1**  
**Gejala Penyakit AIDS**

Gejala Mayor	Gejala Minor
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berat badan menurun lebih dari 10% dalam 1 bulan</li> <li>• Diare kronis yang berlangsung lebih dari 1 bulan</li> <li>• Demam berkepanjangan lebih dari 1 bulan</li> <li>• Penurunan kesadaran dan gangguan neurologis</li> <li>• Tuberkulosis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Batuk menetap lebih dari 1 bulan</li> <li>○ Dermatitis generalisata</li> <li>○ Adanya herpes zoster multisegmental dan herpes zoster berulang</li> <li>○ Kandidiasis orofaringeal</li> <li>○ Herpes simpleks kronis progresif</li> <li>○ Limfadenopati generalisata</li> <li>○ Infeksi jamur berulang pada alat kelamin wanita</li> <li>○ Retinitis virus sitomegalo</li> </ul>

Sumber: Merati (1999)

### 2.1.8 Klasifikasi Penyakit

Terdapat beberapa klasifikasi HIV/AIDS. Adapun sistem klasifikasi yang biasa digunakan untuk dewasa adalah menurut WHO (*World Health Organization*) dan CDC (*Center for Disease Control and Prevention*) (Nursalam & Kurniawati, 2009).

#### 1) Klasifikasi menurut CDC

CDC mengklasifikasikan HIV/AIDS pada dewasa berdasarkan dua sistem, yaitu dengan melihat jumlah supresi kekebalan tubuh yang ditampilkan oleh limfosit CD4 dan kategori klinis. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel berikut ini:

**Tabel. 2.2**  
**Klasifikasi Penyakit menurut CDC**

CD4		Kategori Klinis		
Total	%	A (Asimtomatik, Infeksi Akut)	B (Simptomatik)	C (AIDS)
≥ 500/ml	≥ 29%	A1	B1	C1
200-499/ml	14-28%	A2	B2	C2
< 200/ml	< 14%	A3	B3	C3

Sumber : Depkes, 2003 (dalam Nursalam & Kurniawati, 2009)



Klasifikasi CDC yang biasa digunakan untuk surveilans penyakit adalah menurut kategori klinis yang dikategorikan sebagai AIDS adalah kelompok A3, B3, dan C1-3.

**Kategori Klinis A** meliputi infeksi HIV tanpa gejala (asimptomatik), limfadenopati generalisata yang menetap, dan infeksi akut primer dengan penyakit penyerta atau adanya riwayat infeksi akut.

**Kategori Klinis B** terdiri atas kondisi dengan gejala (simptomatik) yang tidak termasuk dalam kondisi C dan memenuhi paling sedikit satu dari beberapa kriteria tersebut:

- a) Keadaan yang dihubungkan dengan infeksi HIV atau adanya kerusakan kekebalan dengan perantara sel; atau
- b) Kondisi yang dianggap oleh dokter telah memerlukan penanganan klinis atau membutuhkan penatalaksanaan akibat komplikasi infeksi HIV. Contoh berikut ini termasuk dalam kategori tersebut, tetapi tidak terbatas pada contoh ini saja:
  - Angiomatosis basilari
  - Kandidiasis orofaringeal
  - Kandidiasis vulvovaginal
  - Displasia leher rahim
  - Demam 38,5°C atau diare lebih dari satu bulan
  - *Oral hairy leukoplakia*
  - *Herpes zoster*
  - Purpura idiopatik trombositopeni
  - Listeriosis
  - Penyakit radang panggul
  - Neuropati perifer

**Kategori Klinis C** meliputi gejala yang ditemukan pada pasien AIDS. Pada tahap ini, individu yang terinfeksi HIV menunjukkan

perkembangan infeksi dan keganasan yang mengancam kehidupan, misalnya:

- Kandidiasis bronki, trakea, dan paru
- Kandidiasis esophagus
- Kanker leher rahim invasif
- Coccidiomycosis menyebar atau di paru
- Herpes simpleks
- Ensefalopati HIV
- Limfoma
- Sarkoma kaposi
- Kriptokokosis ekstrapulmonal
- Retinitis virus sitomegalo
- Mikobakterium yang menyebar atau di luar paru
- Pneumonia pneumocytis carinii
- Leukoensefalopathy multiofokal progresif
- Toksoplasmosis otak
- Septikemia *Salmonella* yang berulang

## 2) Klasifikasi menurut WHO

WHO mengklasifikasikan HIV/AIDS menjadi klasifikasi laboratorium dan klinis.

### a. Klasifikasi Laboratorium

**Tabel. 2.3**  
**Klasifikasi Laboratorium menurut WHO**

Limfosit	CD4/mm <sup>3</sup>	Stadium Klinis 1:Asimptomatik	Stadium Klinis 2: Awal	Stadium Klinis 3: Intermedit	Stadium Klinis 4: Lanjut
> 2000	> 500	1A	2A	3A	4A
1000-2000	200-500	1B	2B	3B	4B
< 1000	< 200	1C	2C	3C	4C

Sumber : Depkes, 2003 (dalam Nursalam & Kurniawati, 2009)

### b. Klasifikasi Klinis

Bila pemeriksaan CD4 tidak tersedia maka dalam hal ini pasien dapat dikategorikan berdasarkan gambaran klinis dan skala aktivitas. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel berikut:

**Tabel 2.4**  
**Klasifikasi Klinis menurut WHO**

Stadium	Gambaran Klinis	Skala Aktivitas
I	1. Asimptomatik 2. Limfadenopati generalisata	Asimptomatik aktivitas normal
II	1. BB menurun < 10% 2. Kelainan kulit dan mukosa yang ringan seperti dermatitis seroboik, prurigo, onikomikosis, ulkus oral yang rekuren, kheilitis angularis. 3. Herpes zoster dalam 5 tahun terakhir 4. ISPA	Simptomatik aktivitas normal
III	1. BB menurun > 10% 2. Diare kronis > 1 bulan 3. Demam berkepanjangan 4. Kandidiasis orofaringeal 5. Oral lairy leukopenia 6. TB paru dalam 5 tahun terakhir 7. Infeksi bakterial yang berat seperti pneumoni, piomiositis	Pada umumnya lemah, aktivitas di tempat tidur < 50%
IV	1. HIV <i>wasting syndrome</i> * 2. Pneumonia pneumocytis carinii 3. Toksoplasmosis otak 4. Kriptokokosis ekstrapulmonal 5. Diare kriptosporidiosis > 1 bulan 6. Retinitis virus sitomegalo 7. Herpes simpleks mukokutan > 1 bulan 8. Leukoensefalopathy multiofokal progresif 9. Mikosis diseminata 10. Kandidiasis di esofagus 11. Mikobakteriosis tipikal diseminata 12. Septisemia salmonellosus non tifoid 13. Tuberkulosis di luar paru 14. Limfoma 15. Sarkoma kaposii 16. Ensefalopati HIV*	Pada umumnya sangat lemah, aktivitas di tempat tidur > 50%

S  
u  
m  
b  
e  
r  
:  
D  
e  
p  
k  
e  
s  
R

Sumber : Depkes, 2003 (dalam Nursalam & Kurniawati, 2009)

Keterangan:

- a. HIV *wasting syndrome* : berat badan lebih dari 10% ditambah diare kronis lebih dari 1 bulan atau demam lebih dari satu bulan yang tidak disebabkan oleh penyakit lain.
- b. Ensefalopati HIV : gangguan kognitif dan atau disfungsi motorik yang mengganggu aktivitas hidup sehari-hari dan bertambah buruk dalam beberapa minggu atau bulan yang tidak disertai penyakit penyerta lain selain HIV.
- c. Diagnosa klinis ditegakkan dengan mempertimbangkan riwayat klinis, faktor resiko, hasil pemeriksaan laboratorium, dan gambaran klinik melalui tanda dan gejala.

### 2.1.9 Aspek Psikososial

Selain masalah fisik tersebut, pasien HIV/AIDS juga menghadapi masalah sosial yang cukup memprihatinkan sebagai dampak dari adanya stigma terhadap penyakit ini. 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 terhadap penyakit ini dimana penyakit ini dianggap sebagai penyakit mematikan yang mudah sekali menular. Hal tersebut menyebabkan pasien seringkali dikucilkan oleh keluarga dan lingkungannya dan mendapatkan perilaku diskriminatif dari masyarakat seperti halnya diberhentikan dari pekerjaannya (Purnama & Haryanti, 2006).

Dengan banyaknya *stressor* yang dihadapi dan sumber coping yang tidak adekuat, menyebabkan ODHA cenderung untuk mengalami masalah emosional atau psikososial. Pada ODHA dengan tahap infeksi HIV positif, kondisi fisik yang tidak stabil diikuti dengan munculnya gejala-gejala fisik, serta tekanan sosial yang didapatkan dari lingkungan, menyebabkan

ODHA sangat rentan mengalami gangguan emosional. Selanjutnya bagi ODHA yang telah memasuki tahap AIDS, gangguan emosional juga diperberat oleh kondisi kesehatan yang semakin memburuk dan mengancam kehidupan yang seringkali mengharuskan ia menjalani perawatan khusus di rumah sakit yang menyebabkan mereka kehilangan kontak sosial yang biasa ditemui sehari-hari di rumah.

Lebih lanjut, bila dilihat secara umum setiap ODHA melalui berbagai tahapan emosional Kubler-Ross sebagai reaksi terhadap penyakitnya ataupun bayangan kematian setelah menerima diagnosis secara berbeda-beda dan sering bersifat fluktuatif dalam melalui tahapannya yang dipengaruhi pula oleh stadium penyakit/kondisi kesehatan, kepribadian individu, dan kemampuan coping stres yang dimiliki terkait dengan masalah emosional yang mungkin timbul pada ODHA (Paminto, 2007). Adapun tahapan tersebut sebagai berikut:

1. *Denial*. Ini merupakan reaksi awal mereka ketika pertama kali mendengar diagnosis telah terinfeksi HIV, juga saat pertama mengalami adanya infeksi oportunistik atau perubahan situasi yang lain. Mereka berharap diagnosis tersebut tidak terjadi pada mereka. Salah satu manifestasi dari sikap pengingkaran tersebut adalah berusaha mencari dokter lain yang diharapkan memberikan diagnosis yang berbeda atau minimal tidak segawat diagnosis HIV/AIDS. Hal ini secara psikis berguna untuk menunda kepanikan.
2. Reaksi berikutnya adalah *anger*, karena diagnosis tidak berubah. Munculah perasaan kesal, iritabel, menuntut, mengkritik, marah pada diri sendiri, pada teman, keluarga, juga Tuhan. Mereka bertanya mengapa hal tersebut terjadi. Mulai muncul perasaan takut kehilangan; baik kehilangan pekerjaan, keluarga, ataupun dikucilkan dari lingkungan.

3. *Bargaining* (tawar menawar). Akhirnya mereka merasa dapat menerima diagnosis tersebut, tetapi dengan syarat tertentu. Di satu pihak tampaknya siap menerima penyakitnya, tetapi tidak siap untuk meninggal. Ingin sembuh, tetapi tidak ingin minum obat seumur hidup. Yang lainnya, berusaha menuruti nasehat dokter/perawat, meskipun tahu bahwa pada akhirnya akan meninggal juga karena penyakitnya. Secara psikis tawar-menawar dengan perasaannya sendiri memberi kesempatan/tenggat waktu untuk dapat mengambil sikap.
4. Depresi. Terjadi ketika mereka menyadari sepenuhnya, apa yang terjadi pada dirinya, serta mengapa terjadi pada dirinya. Hilang segala harapan untuk mengubah diagnosis atau perjalanan penyakit.
5. *Acceptance*/penerimaan. Akhirnya penderita dapat menerima kenyataan dengan kesiapan. Siap memulai minum obat seumur hidup dan siap hadapi hari barunya yang mungkin tidak sesuai dengan rencana sebelumnya.

Masalah emosional dapat muncul bila ODHA tidak dapat melalui tahapan tersebut sampai pada tahap penerimaan dikarenakan oleh kegagalan/ketidakmampuan dalam mengembangkan coping yang adaptif terhadap stressor terkait penyakitnya. Adapun berbagai masalah emosional yang dapat dialami ODHA diantaranya gangguan ansietas/kecemasan, paranoid, mania, depresi, bahkan psikotik (Stuart & Laraia, 2001). Dan, dari berbagai masalah psikologis/emosional tersebut, Douaihy (2001) menyatakan bahwa masalah depresi merupakan masalah yang paling dominan terjadi pada ODHA dan harus mendapatkan penanganan yang serius. Oleh karena itu, pembahasan lebih lanjut untuk masalah psikologis depresi pada ODHA akan dibahas tersendiri pada bab berikutnya.

### 2.1.10 Penatalaksanaan Penyakit

AIDS adalah penyakit menahun yang ditandai dengan serangan-serangan infeksi oportunistik. Berdasarkan beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa HIV ternyata terus-menerus berkembang biak di dalam tubuh ODHA dan replikasi HIV tersebut mempunyai dampak buruk terhadap sistem kekebalan dan kesehatan yang mempengaruhi keseluruhan dimensi kehidupan ODHA. Oleh karena itu, tujuan penatalaksanaannya tidak hanya berfokus pada penurunan angka mortalitas dan morbiditas namun juga peningkatan kualitas hidup (Frediksson & Kanabus, 2005).

Menurut Aggleton (1994, dalam Khairurrahmi, 2009) ada empat strategi yang memungkinkan bagi perawatan penyakit HIV, yakni:

1. Melawan virus HIV untuk memperlambat replikasi virus sehingga dapat menekan peningkatan jumlah virus semaksimal mungkin.
2. Perawatan atau pencegahan infeksi oportunistik yang dapat menyebabkan kerusakan pada sistem-sistem kekebalan tubuh.
3. Memperkuat sistem kekebalan tubuh.
4. Menangani atau mencegah masalah psikososial dan penguatan sumber pendukung.

Apabila terinfeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), maka penatalaksanaan yang dilakukan pada ODHA (*Family Health International*, 2007), yaitu:

1. Pengendalian infeksi oportunistik.

Bertujuan menghilangkan, mengendalikan, dan pemulihan infeksi oportunistik, nosokomial, atau sepsis. Tindakan pengendalian infeksi yang aman untuk mencegah kontaminasi bakteri dan komplikasi penyebab sepsis harus dipertahankan bagi pasien di lingkungan perawatan kritis. Pengobatan segera dibutuhkan untuk masalah kesehatan yang umum seperti demam, batuk, dan diare. Sedangkan, perawatan infeksi oportunistik lanjut misalnya TB paru.

2. Pemberian obat-obatan anti viral HIV dan meningkatkan kepatuhan.  
Pemberian ARV telah menyebabkan kondisi kesehatan ODHA menjadi jauh lebih baik. Infeksi kriptosporidiasis yang sebelumnya sukar diobati, menjadi lebih mudah ditangani. Infeksi penyakit oportunistik lain yang berat, seperti infeksi virus sitomegalo dan infeksi mikobakterium atipikal, dapat disembuhkan. *Pneumonia Pneumocystic Carinii* pada ODHA yang hilang timbul, biasanya mengharuskan ODHA minum obat infeksi agar tidak kambuh. Namun sekarang dengan minum obat ARV teratur, banyak ODHA yang tidak memerlukan minum obat profilaksis terhadap pneumonia. Selain itu, terdapat pula penurunan kasus kanker yang terkait dengan HIV seperti sarkoma kaposi dan limfoma dikarenakan pemberian obat-obat antiretroviral tersebut (Sudoyo, dkk, 2007).

Waktu memulai terapi ARV harus dipertimbangkan dengan seksama karena obat ARV akan diberikan dalam jangka panjang. Obat ARV direkomendasikan pada semua pasien yang telah menunjukkan gejala yang termasuk dalam kriteria diagnosis AIDS atau menunjukkan gejala yang sangat berat, tanpa melihat jumlah limfosit CD4. Obat ini juga direkomendasikan pada pasien asimtomatik dengan limfosit CD4 kurang dari 200 sel/mm<sup>3</sup>. Pasien asimtomatik dengan limfosit CD4 kurang dari 200-350 sel/mm<sup>3</sup> dapat ditawarkan untuk memulai terapi. Pada pasien asimtomatik dengan limfosit CD4 lebih dari 350 sel/mm<sup>3</sup> dan viral load lebih dari 100.000 kopi/ml terapi ARV dapat dimulai, namun dapat pula ditunda. Terapi ARV tidak dianjurkan dimulai pada pasien dengan limfosit CD4 lebih dari 350 sel/mm<sup>3</sup> dan viral load kurang dari 100.000 kopi/ml (Sudoyo, dkk, 2007).

3. Perawatan palliatif dan terminal.  
Diberikan kepada pasien yang berada pada tahap akhir stadium penyakit dengan komplikasi yang berat atau menggunakan alat bantu kesehatan untuk mempertahankan kehidupannya. Pada tahap ini,



keluarga juga disiapkan untuk dapat menerima kematian pasien dengan kondisi yang baik.

4. Pendidikan kesehatan untuk istirahat adekuat, menghindari rokok, alkohol, dan obat terlarang, olahraga, makan-makanan sehat (gizi yang kurang yang akan mengganggu fungsi imun), dan menghindari stres.
5. Menghindari infeksi lain, karena infeksi itu dapat mengaktifkan sel T dan mempercepat replikasi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV).
6. Mencegah penularan virus HIV ke orang lain.
7. Mencegah dan menangani masalah psikososial yang dapat memperburuk kondisi kesehatan.
8. Menyiapkan keluarga dan masyarakat untuk dapat terlibat dalam pemberian dukungan dan bantuan perawatan bagi ODHA di rumah.

## 2.2 Depresi

### 2.2.1 Pengertian

Depresi adalah gangguan mood (perasaan dasar), kondisi emosional berkepanjangan yang mewarnai seluruh proses mental (berpikir, berperasaan, dan berperilaku) seseorang (Rice, 2001). McDowell & Nowell (2001) menjelaskan bahwa pola depresi dapat disebut sebagai *dysfunctional beliefs*, yaitu faktor kerentanan seseorang dimana ketika seseorang mengalami suatu peristiwa yang negatif (*stress*), seseorang cenderung menjadi depresi dan menginterpretasikan kejadian atau pengalaman tersebut sebagai suatu yang negatif.

Seseorang yang depresi akhirnya memiliki pandangan yang negatif, baik pada dirinya dan lingkungan juga tentang masa depannya. McDowell & Nowell (2001) menyatakan keyakinan ini sebagai *negative cognitive tread*,

keyakinan ini dipandang sebagai gejala dasar dari depresi, dimana di dalamnya juga termasuk gangguan somatik (seperti gangguan tidur), gangguan motivasi (seperti pasif dan tidak melakukan aktivitas), dan gangguan afektif (seperti kesedihan mendalam).

Menurut Doenges, Townsend, & Moorhouse (2007), 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.

Orang yang menderita depresi seringkali tidak dapat menjelaskan alasannya menjadi depresi meskipun mereka dapat mengatakan sebagai perasaan yang menyakitkan dan menyedihkan. Depresi perlu dideteksi karena depresi membuat orang tersebut tidak dapat berfungsi seutuhnya, tidak dapat menggunakan segenap kemampuan yang dimilikinya dan mengurangi kemungkinan seseorang untuk berfungsi efektif (Lubis, 2009).

### **2.2.2 Penyebab**

Terdapat banyak faktor yang mungkin mempengaruhi perkembangan depresi, misalnya dilihat dari faktor genetik yang mengatakan bahwa orang tua yang depresi kemungkinannya akan mempunyai anak yang depresi pula. Faktor lain yang juga mempengaruhi perkembangan depresi adalah faktor psikososial dan faktor sosio kultural (Taylor 2006).

#### **1. Faktor biologis**

Berdasarkan faktor biologis, faktor genetik menjadi penyebab timbulnya depresi. Depresi lebih sering terjadi pada orang yang mempunyai riwayat trauma, kekerasan seksual, kekerasan fisik, cacat fisik, dan penyakit kronis (Lubis, 2009).

## 2. Faktor psikososial

Berdasarkan faktor psikososial, terdapat empat kategori yang berpotensi menyebabkan depresi, yaitu: stres, perasaan tidak berdaya dan kehilangan harapan, pertahanan yang ekstrim melawan stres, dan pengaruh hubungan interpersonal dari gangguan afektif. Stres sebagai faktor pencetus. Beck (1999, dalam McDowell & Nowell, 2001) mengungkapkan depresi biasanya terjadi karena adanya *stressor*.

Perasaan tidak berdaya dan kehilangan harapan. Hiroto, Seligman, & Weiss (2003, dalam Sarafino 2004) mengemukakan bahwa perasaan tidak berdaya (*learned helplessness*) merupakan dasar reaksi depresi dimana seseorang merasa tidak mampu menemukan jalan keluar atau penyelesaian masalah yang dihadapi terutama saat menghadapi stres. Seseorang akan berhenti berusaha dan kemudian menyerah.

Pertahanan yang ekstrim melawan stres. Pelarian dari masalah karena menyerah atau mengaku kalah adalah pilihan cara yang dilakukan seseorang untuk menghadapi situasi tertekan, tetapi cara itu hanya akan memberikan kelegaan atau kebahagiaan sesaat karena tidak menghilangkan stres itu sendiri.

Pengaruh hubungan interpersonal dari gangguan afektif. Depresi terjadi karena seseorang mengharapkan perhatian orang lain tetapi perhatian tersebut dirasa kurang. Maka timbul perasaan negatif dan berakhir dengan penolakan terhadap orang lain yang biasanya memberikan perhatian.

## 3. Faktor sosio kultural

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Coleman, Butcher, & Carson (2003, dalam Taylor 2006) menyebutkan bahwa depresi sering terjadi

pada kelompok masyarakat non-industrialis karena kehidupan mereka yang cenderung lebih miskin.

### 2.2.3 Gejala

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 (Stuart & Sundeen, 1999; Doenges, Townsend, & Moorhouse, 2007).

### 2.2.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi depresi diantaranya:

- 1) Penyakit kronik; Anderson (2001) mengatakan bahwa depresi lebih banyak terjadi pada orang yang menderita penyakit kronik, dimana orang dengan penyakit kronik mempunyai resiko 4 kali daripada orang sehat untuk mengalami depresi,
- 2) Jenis kelamin; depresi lebih banyak terjadi pada wanita, wanita mempunyai masalah depresi dan cemas yang lebih tinggi (Siegel & Schrimshaw, 2000; Paminto, 2007),
- 3) Status marital,
- 4) Tingkat pendidikan; Depresi lebih banyak terjadi pada orang yang tidak menikah atau bercerai, dan mempunyai tingkat pendidikan yang rendah (Rubin & Peyrot, 2001),
- 5) Strategi koping; Chatib (1998) mengatakan depresi secara signifikan berhubungan dengan strategi koping yang digunakannya untuk menghadapi stres, depresi terjadi karena strategi koping yang digunakan adalah strategi koping yang destruktif bukanlah strategi koping konstruktif,
- 6) Status ekonomi; Li, et al. (2009) dalam penelitiannya menemukan bahwa status ekonomi secara signifikan

berhubungan dengan depresi, dimana orang yang memiliki pendapatan yang dapat mencukupi kebutuhannya akan lebih terhindar dari depresi, 7) Komplikasi penyakit; Anderson (2001) yang melakukan penelitian pada penderita DM tipe 2 tentang hubungan antara komplikasi dengan depresi, menemukan bahwa komplikasi penyakit secara signifikan berhubungan dengan tingkat depresi, semakin banyak komplikasi yang dirasakan maka semakin tinggi tingkat depresi, 8) Dukungan sosial dan keluarga; Lasserma & Perkins (2001) yang melakukan penelitian tentang hubungan antara HIV dengan unsur psikososial terhadap 96 pria dengan HIV (+) yang dilakukan selama 9 tahun, menemukan bahwa dukungan sosial dapat menurunkan kadar kortisol dalam darah dan menurunkan tingkat depresi sehingga memperlambat laju perkembangan ke arah AIDS; Griffin, et al. (2001) yang melakukan studi longitudinal untuk menyelidiki pemberian dukungan keluarga pada adaptasi psikologikal pada pasien dewasa dengan rheumatoid arthritis, menemukan bahwa terdapat korelasi yang kuat antara afek negatif (depresi) dengan minimnya dukungan yang diberikan oleh keluarga; Reinhardt (2001) juga melaporkan bahwa dukungan negatif yang diberikan oleh anggota keluarga adalah prediktor kuat pada kejadian gejala depresi.

### **2.2.5 Depresi pada Penderita HIV/AIDS**

Kondisi fisik yang lemah dan ancaman kematian serta tekanan sosial yang begitu hebat menyebabkan ODHA cenderung untuk mengalami masalah emosional atau psikososial. Salah satu masalah emosional terbesar yang dihadapi ODHA adalah depresi (Douaihy, 2001). Schulte (2000) dalam penelitiannya terhadap pasien HIV/AIDS yang menjalani perawatan di rumah sakit, menemukan bahwa 40% pasien HIV/AIDS mengalami depresi. Sedangkan, kasus depresi pada ODHA ini diperkirakan memiliki frekuensi mencapai 60% dari total kasus depresi yang ada (David & Brian, 2000). Angka ini lebih tinggi dari prevalensi depresi yang ada pada masyarakat umum, yaitu hanya sekitar 5-10 % dari total kasus depresi. Senada dengan David & Brian, Cichocki (2009) juga menemukan dalam

studinya bahwa pasien HIV/AIDS sangat rentan mengalami tanda dan gejala depresi mulai ringan hingga berat dimulai dari sejak 1 bulan setelah didiagnosa HIV yang selanjutnya fluktuatif dan berkembang seiring perjalanan penyakit. Sedangkan di Indonesia dari hasil penelitian kualitatif yang dilakukan oleh Iskandar (2008) pada 6 pasien HIV/AIDS menunjukkan keseluruhan informan mengalami gangguan psikopatologi depresi.

Pada ODHA dengan tahap infeksi HIV positif, kondisi fisik yang tidak stabil dan cenderung menurun diikuti dengan munculnya gejala-gejala fisik seiring dengan perjalanan penyakit serta tekanan sosial yang begitu hebat yang didapatkan dari lingkungan dapat menjadi sumber stres yang dapat menyebabkan ODHA mengalami depresi. Selanjutnya bagi ODHA yang telah memasuki tahap AIDS, semakin rentan untuk mengalami depresi dikarenakan kondisi kesehatan yang semakin memburuk dan mengancam kehidupan yang mengganggu aktivitas sehari-hari dan menyebabkan ia tergantung dengan orang lain sehingga seringkali mengharuskan ia menjalani perawatan khusus di rumah sakit yang menyebabkan mereka kehilangan kontak sosial yang biasa ditemui sehari-hari di rumah. Selain itu, pasien juga sering merasa bahwa hidupnya tinggal sebentar lagi sehingga apapun yang dilakukan akan sia-sia. Masalah depresi pada ODHA memerlukan penanganan yang serius karena dapat berdampak luas pada kesehatan dan kehidupannya.

Berdasarkan pendekatan *Psychoneuroimmunology* dapat dijelaskan bahwa keadaan stres atau depresi yang dialami pasien HIV/AIDS akan memodulasi sistem imun melalui jalur HPA (*Hypothalamic-Pituitary-Adrenocortical*) axis dan sistem limbik (yang mengatur emosi dan *learning process*). Kondisi stres tersebut akan menstimulasi *hypothalamus* untuk melepaskan neuropeptida yang akan mengaktifasi ANS (*Autonomic Nerve System*) dan *hypofise* untuk mengeluarkan kortikosteroid dan katekolamin yang merupakan hormon-hormon yang bereaksi terhadap

kondisi stres. Peningkatan kadar glukokortikoid akan mengganggu sistem imunitas, yang menyebabkan pasien akan semakin rentan terhadap infeksi oportunistik (Gunawan & Sumadiono, 2007). Hal tersebut didukung oleh hasil penelitian Robinson (2003) yang melaporkan bahwa ODHA yang mengalami depresi kronis akan mengalami penurunan yang tajam dalam jumlah sel CD4 selama 2 tahun dibanding ODHA yang tidak depresi. Hal tersebut akan semakin memperburuk derajat kesehatan fisik pasien.

David & Brian (2000) menyebutkan bahwa stres dapat membawa pengaruh negatif dan dapat mempengaruhi sistem imun seseorang. Seseorang yang terinfeksi HIV/AIDS tanpa stres saja sudah mengalami penurunan daya tahan tubuh karena gangguan sistem imun apalagi ditambah dengan adanya stres.

Stres adalah respon alami dan peringatan pada tubuh manusia yang memerlukan proses adaptasi. Respon alami ini dapat menjadi gangguan patologis berlebihan dan tak terkendali. Menurut Robinson (2003), keadaan stres yang berlebihan pada pasien depresi berperan penting terhadap perkembangan penyakit pada klien HIV (+) yaitu dapat mempercepat terjadinya replikasi virus dan menekan respon klien sehingga dapat memperpendek periode HIV (+) tanpa gejala dan mempercepat perjalanan penyakit menuju AIDS.

Pada klien yang adaptif, maka tubuh akan dapat memodulasi respon imun. Pada sistem kekebalan seluler, sel T (CD4) yang masih belum terinfeksi HIV dipicu untuk menghasilkan interleukin (IL)-2 untuk mengaktivasi *Natural Killer Cell* (sel NK). Sel NK merupakan sel limfoid yang dapat menghancurkan sel yang mengandung virus. Pada sistem kekebalan humoral, IL-2 yang terbentuk mengaktivasi sel NK, Ig-A, dan menghasilkan sel B membentuk sel plasma (anti virus), sehingga terjadi apoptosis, kerusakan sel yang terinfeksi HIV. Sebaliknya, jika klien menjadi maladaptif maka tubuh akan meningkatkan kadar kortisol dalam

darah, sehingga akan menghambat respon imun seluler dan humoral. Apoptosis tidak terjadi, sehingga virus mengalami proliferasi dan terjadi penyebaran yang cepat. Di samping itu, klien juga mudah mengalami infeksi oportunistik seperti diare, ensefalitis, karena sel epitel usus dan sel otak terinfeksi (Gunawan & Sumadiono, 2007).

Martin (1938, dalam Gunawan & Sumadiono, 2007) mengemukakan ide dasar konsep psikoneuroimunologi yaitu status emosi menentukan fungsi sistem kekebalan tubuh dan dapat meningkatkan kerentanan tubuh terhadap infeksi. Sistem saraf, endokrin, dan sistem imun saling berhubungan dalam memanfaatkan berbagai substansi penghantar sinyal stres dan reseptor sinyal, yang berakibat pada terjadinya pengaturan perilaku sel pada imun. Stres dapat menyebabkan peningkatan kadar kortisol dan katekolamin. Sehingga akan menekan aktivasi sel imuno kompeten yang berakibat pada penurunan daya tahan tubuh.

Dikatakan lebih lanjut bahwa karakter, perilaku, pola coping, dan status emosi berperan pada modulasi sistem imun. Beberapa penelitian menyatakan gangguan fungsi imun seseorang yang disebabkan karena gangguan emosi dapat dibuktikan dengan menurunnya jumlah leukosit, gangguan respon imun, dan menurunnya sel NK (Anderson, et al., 1998; Constantino, Secula, Rabin, & Stone, 2000; Glaser & Kiecolt, 1997; Pike, et al., 1997; Robinson, Mathews, Witek, & Janusek, 2000 dalam Gunawan & Sumadiono, 2007).

Selain itu, depresi juga mempengaruhi kemampuan *self care* pasien. Depresi dapat berkontribusi pada penurunan kesehatan fisik dan mental yang menyebabkan seseorang malas untuk melakukan *self care* harian secara rutin, dalam hal ini regimen terapi ARV, dan ditambah dengan nafsu makan yang kurang, keengganan berolahraga, dan kesulitan tidur sehingga dapat menyebabkan komplikasi yang dapat memperberat gangguan fisiknya (Holmes et. al, 2007). Li, et al (2009) juga menemukan



pada penelitiannya bahwa perasaan depresi dapat menyebabkan pasien sungkan untuk mencari bantuan berupa pengobatan, perawatan, dan informasi tentang penanganan terhadap penyakitnya yang pada akhirnya dapat memperburuk derajat kesehatannya. Rubin & Peyrot (2001) mengatakan bahwa orang dengan depresi seringkali mempunyai tingkah laku *self care* yang tidak adekuat dan menurunkan efek intervensi. Hubungan antara depresi dan *self care* saling terjalin pada pasien HIV/AIDS yang ditunjukkan melalui gejala seperti energi yang rendah, perasaan tidak berdaya, perasaan tidak berharga, tidak bisa berkonsentrasi, dan tanpa adanya pengharapan yang berdampak pada perilaku *self care* yang buruk dan berdampak pada kondisi kesehatannya.

Li, et al. (2009) mengemukakan bahwa penderita HIV/AIDS menghadapi situasi hidup dimana mereka sering menghadapi sendiri kondisinya tanpa dukungan dari teman dan keluarga yang memberi dampak kecemasan, depresi, rasa bersalah, dan pemikiran atau perilaku bunuh diri. Dalam penemuannya, dilaporkan bahwa secara signifikan stigma terkait HIV berdampak negatif terhadap kesejahteraan psikologi, dan dukungan sosial terbukti dapat menurunkan tingkat depresi pada penderita HIV/AIDS setelah dikontrol jenis kelamin, usia, pendapatan, dan tingkat pendidikan.

Dalam penelitian Douaihy (2001) dan Abiodun, et al. (2010), diketahui bahwa depresi secara signifikan berhubungan dengan penurunan kualitas hidup pada pasien HIV/AIDS. Hal ini disebabkan oleh karena depresi memberikan dampak buruk pada kepuasan hidup baik dalam domain fisik (rentan terhadap infeksi akibat semakin turunnya CD4, nyeri yang selalu dirasakan berlebihan, kelemahan fisik, & tidur yang terganggu), emosional (harga diri rendah, penilaian yang buruk terhadap diri, ketidakmampuan dalam berkonsentrasi, dan perasaan negatif), sosial (pasien cenderung mengisolasi diri, tidak mau melakukan aktivitas sosial, dan terus berlarut-larut pada kesedihan tanpa memikirkan masa depan), dan spiritual (pasien cenderung menyalahkan diri sendiri dan merasa dihukum oleh Tuhan).

### 2.2.6 Cara Pengukuran

Terdapat banyak sekali jenis atau macam instrumen yang dikembangkan untuk menilai status emosional terkait dengan masalah depresi. Diantaranya meliputi *The Beck Department Inventory*, *The Zung Self-Rating Depression Scale*, dan *The Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)*.

- 1) *The Beck Department Inventory (BDI)*, dibuat oleh Aron T. Beck meliputi 21 pertanyaan *multiple choice self-reported inventory*. Instrumen ini bertujuan untuk mengukur derajat depresi yang meliputi depresi minor, mayor, sampai yang ekstrim cenderung psikosis dan percobaan bunuh diri (*suicide*). Instrumen ini pertama kali berkembang pada tahun 1961, mengalami revisi pada tahun 1978 dan berganti nama menjadi BDI-1A, dan mengalami revisi kembali pada tahun 1996 dan terstandar untuk digunakan dalam tes psikologi klinik untuk mendeteksi derajat gangguan depresi dan berganti nama menjadi BDI-II hingga sekarang. Setiap pertanyaan bernilai skor 0-3. Penentuan tingkat depresi dibagi menjadi empat tingkatan yaitu: 0–13: *minimal depression*; 14–19: *mild depression*; 20–28: *moderate depression*; and 29–63: *severe depression*. Reliabilitas  $r = 0,91$  dengan teknik koefisien *alpha cronbach* (Wikipedia, 2010; Sharp & Lipsky, 2002).
- 2) *The Zung Self-Rating Depression Scale*, yaitu instrumen singkat yang meliputi 20 pertanyaan untuk mendeteksi derajat depresi. Kuesioner ini telah berkembang sejak tahun 1965. Dalam pengkajian gejala depresi, instrumen ini mengkaji keluhan diri yang mencerminkan afektif, psikis, dan karakteristik somatik depresi. Perhitungan dari instrumen ini menggunakan skala Likert (1-4). Skor total dari tes ini berentang dari 20 hingga 80 dan penentuan tingkat depresi dibedakan menjadi empat tingkatan yaitu 20-49 (normal), 50-59 berarti

mengindikasikan depresi ringan, 60-69 mengindikasikan adanya depresi sedang, namun  $\geq 70$  mengindikasikan adanya gejala depresi berat. Reliabilitas  $r = 0,92$  dengan teknik koefisien *alpha cronbach* (Konstantinos, 2001; Sharp & Lipsky, 2002).

- 3) *The Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)*, kuesioner CES-D dinilai paling sesuai digunakan untuk mengukur tingkat depresi yang dihubungkan dengan penyakit kronik. Sharp & Lipsky (2002) mengatakan bahwa instrumen ini lebih mencakup gejala-gejala dasar depresi yang sering diderita pasien dengan penyakit kronik diantaranya meliputi: perasaan sedih, masalah tidur, tidak bertenaga, nafsu makan berkurang, merasa hidup tidak berharga, pesimis akan masa depan, tidak ada minat terhadap aktivitas, tidak dapat berkonsentrasi yang dialami hampir setiap hari selama 1 minggu atau lebih. Instrumen CES-D merupakan kuesioner yang terdiri dari 20 pertanyaan yang dikembangkan oleh Radloff (1997). Semakin tinggi nilai yang diperoleh maka mengindikasikan adanya gejala depresi ( $\geq 16$ ). Dari setiap pertanyaan terdapat 4 pilihan jawaban yakni tidak pernah (<1 hari), jarang (1-2 hari), kadang-kadang (3-4 hari), dan sering (5-7 hari). Nilai skor yang digunakan untuk tiap jawaban menggunakan skala Likert 0-3. Koefisien reliabilitas internal konsistensi 0,91 (Sharp & Lipsky, 2002).

## 2.3 Keluarga

### 2.3.1 Pengertian

Keluarga merupakan kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional, dimana masing-masing mempunyai peran di dalamnya (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Pernyataan ini juga didukung oleh Duvall dan Logan (1986, dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2003), yang menyatakan bahwa keluarga adalah sekumpulan orang yang hidup dalam satu rumah karena ikatan

perkawinan, kelahiran, adopsi, yang mana bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya, dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, serta sosial dari tiap anggota keluarga. Dari pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa keluarga merupakan suatu sistem. Sebagai suatu sistem karena keluarga mempunyai anggota yaitu ayah, ibu, anak, nenek, atau semua individu yang tinggal di dalam satu rumah yang saling berinteraksi, interelasi, dan interdependensi untuk mencapai tujuan bersama.

Keluarga sangat berperan penting dalam meningkatkan kesehatan anggota keluarganya. Keluarga juga berperan sebagai *care giver* terhadap pasien dengan penyakit kronik, yang harus memahami kondisi baik fisik, psikologi, sosial, dan spiritualnya sebelum memberikan bantuan pada pasien tersebut, karena keluarga mempunyai fungsi dan tanggung jawab yang sangat penting bagi anggota keluarganya.

### 2.3.2 Fungsi Keluarga

Friedman, Bowden, & Jones (2003) mengatakan bahwa ada lima fungsi keluarga, yaitu:

- 1) Fungsi afektif, yaitu fungsi internal keluarga untuk memenuhi kebutuhan psikososial anggota keluarga, seperti saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan, saling mendukung antar anggota keluarga.
- 2) Fungsi sosialisasi, yaitu fungsi mengembangkan dan tempat melatih anggota keluarga untuk berkehidupan sosial.
- 3) Fungsi reproduksi, fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
- 4) Fungsi ekonomi, yaitu fungsi dalam memenuhi kebutuhan hidup keluarga.
- 5) Fungsi perawatan kesehatan, yaitu fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga.

Dengan demikian, fungsi dan peran keluarga sangat dibutuhkan oleh semua anggota keluarga khususnya pasien yang menderita penyakit kronis guna mendukung peningkatan status kesehatannya.

### 2.3.3 Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga merupakan suatu sistem pendukung yang diberikan oleh keluarga terhadap anggota keluarga yang meliputi memberikan dukungan emosional, bantuan materil, memberikan informasi dan pelayanan, serta memfasilitasi anggota keluarga dalam membuat kontak sosial dengan masyarakat (Oxford, 1992).

Sedangkan menurut House (2000, dalam Smet, 2004) ada lima jenis dukungan dalam keluarga yaitu dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informasi, dukungan instrumental, dan dukungan jaringan sosial. Lebih jelasnya akan dijabarkan sebagai berikut:

#### 1) Dukungan emosional (*Emotional Support*)

Dukungan emosional merupakan bentuk atau jenis dukungan yang diberikan keluarga dalam memberikan perhatian, kasih sayang, dan empati. Leavy (1990, dalam Oxford 1992) mengemukakan bahwa dukungan emosional ini melibatkan empati, perhatian, dan dorongan ataupun keprihatinan terhadap seseorang. Dukungan emosi adalah dukungan yang dapat membuat seseorang merasa nyaman, tenang, rasa memiliki dan dicintai saat stres (Sarafino, 2004). Wortman, Loftus, & Weaver (1999) menyebutkan bahwa berusaha menghibur anggota keluarga yang sedang berduka atau mengalami kesusahan juga merupakan salah satu bentuk dukungan emosional.

Friedman, Bowden, & Jones (2003) mengatakan bahwa dukungan emosional merupakan fungsi afektif keluarga yang harus diterapkan kepada seluruh anggota keluarga dalam memenuhi kebutuhan psikososial anggota keluarga dengan saling mengasihi, cinta kasih, kehangatan, dan saling mendukung dan menghargai antar anggota

keluarga. Pendapat lain yaitu Koentjoro (2002), dukungan emosional merupakan bentuk dukungan yang dapat memberikan rasa aman, cinta kasih, membangkitkan semangat, mengurangi putus asa, rasa rendah diri, rasa keterbatasan sebagai akibat dari ketidakmampuan fisik dan kelainan yang dialaminya.

## 2) Dukungan penghargaan (*Support Appraisal*)

Dukungan ini merupakan dukungan keluarga dalam memberikan umpan balik dan penghargaan kepada anggota keluarga dengan menunjukkan respon positif, yaitu dorongan terhadap gagasan atau perasaan. Dukungan penghargaan keluarga merupakan bentuk fungsi afektif keluarga terhadap pasien dengan penyakit kronik untuk dapat meningkatkan status psikososialnya.

Cohan & Wills (1977, dalam Oxford, 1992) mengemukakan bahwa dukungan penghargaan ini merupakan informasi yang diberikan pada seseorang bahwa dia dihargai dan diakui keberadaannya serta rasa dimiliki dan dicintai oleh orang di sekitarnya. Harga diri seseorang dapat ditingkatkan dengan cara mengkomunikasikan kepada seseorang bahwa dia bernilai dan diterima meskipun tidak luput dari kesalahan.

## 3) Dukungan informasi (*Informational Support*)

Dukungan informasi merupakan suatu dukungan dan bantuan yang diberikan oleh keluarga dalam bentuk memberikan saran, nasehat, dan memberikan informasi penting yang dibutuhkan pasien dalam upaya meningkatkan status kesehatannya. House (2000, dalam Smet, 2004) mengatakan bahwa dukungan informasi ini berarti memberi informasi atau mengajarkan suatu keahlian yang dapat memberi solusi terhadap suatu masalah. Sedangkan, Sarafino (2004) menyebutkan bahwa dukungan informasi ini berarti pemberian nasehat, saran, dan *feedback* ataupun umpan balik tentang apa yang sedang dan telah

dilakukan seseorang misalnya: pemberian informasi tentang penyakit oleh dokter pada pasien yang membutuhkan informasi tersebut.

Menurut Friedman, Bowden, & Jones (2003), dukungan informasi yang diberikan keluarga terhadap pasien dengan penyakit kronik merupakan salah satu bentuk fungsi perawatan kesehatan yang diterapkan keluarga terhadap pasien. Fungsi perawatan kesehatan keluarga merupakan fungsi keluarga dalam mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi, diantaranya memperkenalkan kepada pasien tentang kondisi penyakit yang dialaminya dan menjelaskan cara perawatan yang tepat agar pasien termotivasi untuk menjaga dan mengontrol kesehatannya.

#### 4) Dukungan instrumental (*Instrumental Support*)

Dukungan ini merupakan suatu dukungan penuh keluarga dalam bentuk memberikan tenaga, dana, maupun meluangkan waktu untuk membantu dalam perawatan anggota keluarga (Koentjoro, 2002). Oxford (1992) menyebutkan bahwa dukungan ini berupa bantuan nyata (*tangible aid*) atau dukungan alat (*instrumental aid*). Menurut Jacobson (1980, dalam Oxford, 1992) dukungan ini mengacu pada penyediaan sarana dan layanan untuk memecahkan masalah praktis. Wortman, Loftus, & Weaver (1999) berpendapat bahwa *tangible assistance* dapat berupa bentuk pemberian uang atau makanan kepada seseorang di masa sulit atau kesusahan.

Menurut Friedman, Bowden, & Jones (2003), dukungan ini merupakan fungsi ekonomi dan perawatan kesehatan yang diterapkan keluarga terhadap anggota keluarga. Fungsi ekonomi keluarga merupakan pemenuhan semua kebutuhan anggota keluarga dan anggotanya, sedangkan fungsi perawatan kesehatan keluarga adalah mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga, diantaranya merawat pasien yang sakit, menciptakan lingkungan yang mendukung

kesehatan keluarga, dan membawa anggota keluarga ke pelayanan kesehatan untuk memeriksakan kesehatannya.

5) Dukungan jaringan sosial (*Network Support*)

Bentuk dukungan ini tampil dalam kondisi dimana seseorang menjadi bagian dari suatu kelompok yang dipercaya memiliki kesamaan dalam bentuk minat, perhatian, kepentingan, dan kegiatan yang disukai. Cohen & Wills (1977, dalam Oxford, 1992) berpendapat bahwa dukungan ini dapat berupa menghabiskan waktu bersama dengan orang lain dalam aktivitas rekreasional dan waktu senggang. Dukungan ini dapat mengurangi stres dengan memenuhi kebutuhan afiliasi dan kontak dengan orang lain, dengan membantu mengalihkan perhatian seseorang dari kecemasan terhadap masalah atau dengan memfasilitasi suatu suasana hati yang positif. Menurut Barrera dan Ainley (1960, dalam Oxford, 1992) menggambarkan dukungan ini termasuk di dalamnya membuat lelucon, membicarakan minat, berorganisasi, dan melakukan aktivitas yang menciptakan perasaan senang.

Dukungan ini merupakan bentuk fungsi sosialisasi dalam keluarga yang bertujuan untuk mengembangkan dan tempat melatih anggota keluarga untuk berkehidupan sosial (Friedman, Bowden, & Jones, 2003).

Dukungan keluarga sangat berperan dalam menjaga atau mempertahankan integritas seseorang baik fisik maupun psikologis. Deaux & Wrightman (1988, dalam Taylor, 2006) mengatakan bahwa orang yang berada dalam keadaan stres akan mencari dukungan sosial dari orang lain sehingga dengan adanya dukungan tersebut maka diharapkan dapat mengurangi tingkat stres. Selain berperan dalam melindungi seseorang terhadap sumber stres, dukungan keluarga juga memberikan pengaruh positif terhadap kondisi kesehatan seseorang.

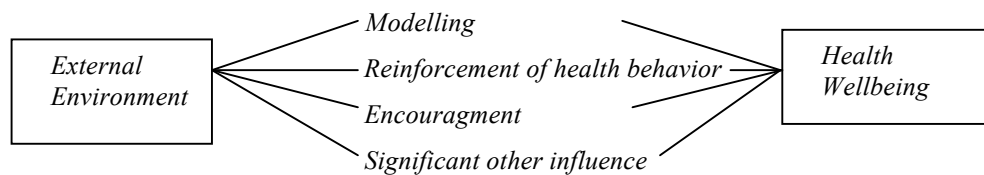


Seseorang dengan dukungan keluarga yang tinggi akan dapat mengatasi stresnya dengan lebih baik (Taylor, 2006).

Dukungan keluarga mempunyai pengaruh positif terhadap kesehatan psikososial secara keseluruhan. Reinhardt (2001) mengatakan bahwa apabila dukungan keluarga yang diterima besar maka adaptasi psikososial pasien terhadap suatu penyakit akan semakin baik. Penelitian lainnya yang dilakukan oleh Heinrich, et al. (2003) yang meneliti hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas tidur menemukan bahwa pemberian dukungan keluarga yang adekuat berpengaruh secara positif dengan penurunan kadar katekolamin dan kortisol saliva. Dengan penemuan tersebut, berarti pemberian dukungan keluarga dapat mengurangi hormon yang meningkat saat situasi *stressfull*.

Ada dua model utama yang dapat menjelaskan peranan dari dukungan keluarga dalam menghadapi suatu peristiwa dan dampak dari stres yang sedang dihadapi seseorang (Taylor, 2006), yaitu *the direct effect model* dan *the buffering model*. Berdasarkan dimensi *the direct effect model*, dukungan keluarga melibatkan jaringan yang cukup luas yang mempunyai dampak positif yang secara langsung bermanfaat bagi kesehatan dan kesejahteraan seseorang serta dapat mereduksi kecemasan, ketidakberdayaan, dan keputusasaan. Seseorang yang sedang mengalami stres akan mendapatkan perasaan dan pengalaman positif bahwa kehidupan dapat berjalan dengan stabil bila mendapatkan dukungan dari lingkungan sekitarnya. Adanya model yang memberikan contoh gaya atau cara hidup sehat, penguatan tingkah laku sehat, serta dorongan semangat, dan pengaruh orang yang berarti merupakan faktor-faktor dari dukungan eksternal yang dapat mempengaruhi kesehatan.

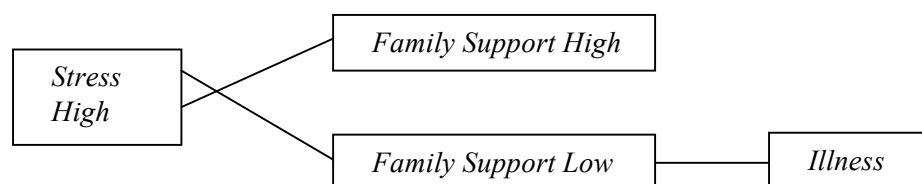
**Skema 2.1**  
**Pengaruh Lingkungan Eksternal terhadap *Health Outcomes***



(Sumber: Taylor, 2006)

Sedangkan menurut *the buffering model*, dukungan keluarga berpengaruh terhadap kesehatan dengan melindungi anggota keluarga yang lain dari dampak negatif yang ditimbulkan stres. Cohen (1990, dalam Sarafino, 2004) menggambarkan dua cara bekerja model ini, yaitu pertama, ketika ada anggota keluarga yang mengalami stres kuat dan menilai dukungan keluarga yang tinggi maka orang tersebut dapat menilai rendah *stressor* yang muncul dibandingkan dengan orang yang mendapatkan sedikit dukungan dari lingkungan keluarganya. Kedua, dukungan keluarga dapat memodifikasi reaksi seseorang terhadap *stressor* setelah melakukan penilaian sebelumnya. Orang yang tidak mendapatkan atau sedikit mendapatkan dukungan dari keluarga mempunyai kecenderungan tinggi untuk mengalami dampak negatif dari stres.

**Skema 2.2**  
**Komponen Penting untuk Menghadapi stres**



Sumber: Cohen (1990, dalam Sarafino, 2004)

Menurut Baron & Byrne (1991, dalam Taylor, 2006), dukungan keluarga berperan meningkatkan kesehatan tubuh dan menciptakan efek positif. Dukungan keluarga diartikan sebagai bantuan yang diberikan oleh anggota keluarga yang lain sehingga akan memberikan kenyamanan fisik dan psikologis pada orang yang dihadapkan pada situasi stres.

#### **2.3.4 Dukungan yang Dipersepsi**

Lebih lanjut, masalah dukungan sosial tidak dapat dilihat hanya dari sisi pemberi dukungan dalam hal ini keluarga namun juga penting untuk menilai dari sisi penerima dukungan. Dukungan yang dipersepsi oleh penerima lebih menggambarkan secara nyata dukungan yang diterima atau yang benar-benar ia rasakan sendiri. Selain itu, Iskandar (2008) menyebutkan bahwa dukungan yang dipersepsi dapat meramalkan keefektifan coping, penyesuaian diri, serta kesejahteraan fisik dan psikologis seseorang. Hal tersebut terjadi oleh karena pada individu yang merasa dukungan yang ia butuhkan tersedia, akan lebih berpotensi untuk tidak mengalami stres yang berlebihan dan lebih termotivasi untuk menjaga derajat kesehatannya. Oleh karena itu, pembahasan mengenai dukungan sosial sebaiknya menempatkan dukungan yang dipersepsi oleh penerima sebagai variabel yang signifikan.

#### **2.3.5 Dukungan Keluarga bagi Pasien HIV/AIDS**

Dalam literatur disebutkan bahwa interaksi sosial berperan dalam adaptasi pasien dengan penyakit kronis. Salah satu dukungan sosial yang dapat diperoleh pasien adalah dukungan keluarga. Sebuah studi melaporkan bahwa 77% pasien dengan penyakit kronis merasa membutuhkan dukungan dari keluarganya (Rubin & Peyrot, 2001).

Dalam hal ini, keluarga merupakan unit sosial terkecil yang berhubungan paling dekat dengan pasien. Keluarga menjadi unsur penting dalam kehidupan seseorang karena keluarga merupakan sistem yang di

dalamnya terdapat anggota-anggota keluarga yang saling berhubungan dan saling ketergantungan dalam memberikan dukungan, kasih sayang, rasa aman, dan perhatian yang secara harmonis menjalankan perannya masing-masing untuk mencapai tujuan bersama (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Dukungan keluarga sangat dibutuhkan oleh pasien HIV/AIDS sebagai *support system* atau sistem pendukung utama sehingga ia dapat mengembangkan respon atau coping yang efektif untuk beradaptasi dengan baik dalam menangani *stressor* yang ia hadapi terkait penyakitnya baik fisik, psikologis, maupun sosial (IYW, 2005; Lasserma & Perkins, 2001).

Hasil studi lainnya menunjukkan dukungan keluarga berpengaruh pada pemanfaatan fasilitas kesehatan pada pasien HIV/AIDS (Khairurahmi, 2009). Pada penelitian Li, et al. (2004) diketahui juga bahwa orang yang hidup dengan HIV/AIDS sangat membutuhkan bantuan dan dukungan dari keluarga karena penyakit ini bersifat kronis dan membutuhkan penanganan yang komprehensif. Dukungan keluarga tersebut meliputi dukungan finansial, dukungan informasi, dukungan dalam melakukan kegiatan rutin sehari-hari, dukungan dalam kegiatan pengobatan dan perawatan, dan dukungan psikologis. Lebih lanjut diketahui bahwa dukungan keluarga dapat memberikan dampak positif terhadap peningkatan kualitas hidup bagi penderita HIV/AIDS (Nirmal, et al. 2008; Wig, et al. 2006).

Adanya salah satu anggota keluarga yang sakit kronis tentu saja akan menyebabkan ketegangan dan keputusasaan yang berlangsung tidak hanya sementara. Hal tersebut sangat berpengaruh pada keadaan anggota keluarga yang menderita sakit (Friedman, Bowden, & Jones, 2003).

Khusus untuk kasus HIV/AIDS, adanya anggota keluarga yang terinfeksi HIV/AIDS akan memberikan dampak langsung pada keluarga antara lain beban psikologis, sosial, maupun ekonomi. Dampak psikologis pada keluarga berupa denial, marah, sedih, dan respon kehilangan keluarga untuk pertama kalinya akan merasa menolak dan tidak percaya bahwa

ada anggota keluarga yang terinfeksi virus mematikan tersebut. Beberapa keluarga ada yang berhasil melewati masa-masa krisis ini dan memasuki tahap penerimaan. Beberapa keluarga lainnya justru memilih koping menghindar dan isolasi keluarga karena merasa malu mempunyai anggota keluarga yang terinfeksi HIV (Stuart & Laraia, 2001).

Keluarga juga akan merasa sedih bila mengetahui bahwa penyakit yang dialami adalah penyakit yang mematikan, sehingga respon keluarga terhadap anggota keluarga yang mengidap penyakit HIV/AIDS ini ada yang bersifat terlalu protektif, yang membuat ODHA akan kehilangan rasa percaya diri. Sebaliknya ada yang justru menelantarkan karena dianggap penyakit yang diderita adalah akibat perilaku individu yang kurang baik atau immoral yang menyalahi aturan dan nilai-nilai dalam keluarga. Respon keluarga ini sangat dipengaruhi oleh mekanisme koping yang biasa digunakan dalam pemecahan masalah keluarga (Stuart & Sundeen, 1999).

Dampak ekonomi juga sangat dirasakan oleh keluarga karena dua alasan. Alasan pertama, menurunnya pendapatan keluarga karena sebagian besar penderita HIV/AIDS adalah kelompok usia produktif dan sebagai sumber pencari nafkah dalam keluarga. Selain karena akibat kelemahan fisik yang diderita ODHA sehingga ia tidak dapat bekerja lagi, ODHA juga seringkali mendapat perilaku diskriminatif di tempat kerja karena pengaruh adanya stigma sehingga ia kehilangan pekerjaannya. Alasan kedua adalah besarnya biaya kesehatan yang harus dikeluarkan oleh keluarga untuk perawatan atau pengobatan HIV/AIDS dalam jangka waktu yang lama (Oluwagbemiga, 2007).

Bagi keluarga yang mempunyai status sosial ekonomi memadai, pengobatan HIV/AIDS yang mahal bukan merupakan masalah serius. Sebaliknya bagi keluarga yang mempunyai penghasilan minimal, pengobatan HIV/AIDS pada anggota keluarga menyebabkan masalah besar yang dapat mempengaruhi fungsi keluarga dalam merawat dan menggunakan fasilitas kesehatan.

Dengan dampak yang begitu besar pada keluarga, maka ini dapat berdampak pula pada keluarga dalam melaksanakan fungsinya. Diantaranya fungsi afektif yang berperan dalam memberikan dukungan emosional dan dukungan penghargaan (karena adanya stigma maka orang-orang di sekitar pasien cenderung bersikap diskriminatif, padahal dukungan ini sangat dibutuhkan, akibatnya ODHA akan semakin stres dan akan membawa dampak yang lebih buruk dimana perjalanan penyakit akan semakin cepat dan memperburuk kondisinya), fungsi ekonomi yang berperan dalam memenuhi dukungan instrumental/fasilitas dalam pemenuhan kebutuhan (karena mahalnya pengobatan dan kepala keluarga kehilangan pekerjaan), fungsi sosialisasi yang berperan dalam memberikan dukungan jaringan sosial dalam hal ini mendukung anggota keluarga yang sakit agar tetap beraktivitas sosial (karena rasa malu akibat stigma buruk yang ada di masyarakat akibatnya keluarga lebih cenderung untuk mengisolasi pasien), dan fungsi perawatan kesehatan yang berfungsi untuk memberikan dukungan baik bantuan langsung dalam perawatan sehari-hari, akses layanan kesehatan, dan informasi tentang hal-hal yang harus dilakukan ODHA untuk tetap menjaga kestabilan derajat kesehatannya.

Akibatnya, keluarga tidak memberikan dukungan yang efektif terhadap anggota keluarga yang menderita HIV/AIDS. Selanjutnya, pada individu tersebut dapat berkembang penilaian negatif terhadap diri dan kurang termotivasi untuk menjaga kesehatannya sehingga kualitas hidupnya akan semakin memburuk.

## **2.4 Kualitas Hidup**

### **2.4.1 Pengertian**

Pengertian kualitas hidup masih menjadi suatu permasalahan, sampai saat ini belum ada suatu pengertian yang dapat diterima secara universal untuk menilai kualitas hidup seseorang. Kualitas hidup merupakan suatu

ide yang abstrak yang tidak terkait oleh tempat atau waktu, bersifat situasional dan meliputi berbagai konsep yang saling tumpah tindih (Kinghorn & Gamlin, 2004).

Sedangkan, Farquahar (1995) menjelaskan bahwa kualitas hidup merupakan suatu model konseptual, yang bertujuan untuk menggambarkan perspektif seseorang dengan berbagai macam istilah terhadap dimensi kehidupan. Dengan demikian pengertian kualitas hidup ini akan berbeda bagi orang sakit dan orang sehat.

Cella (1998) menyebutkan bahwa kualitas hidup seseorang tidak dapat didefinisikan dengan pasti, hanya orang tersebut yang dapat mendefinisikannya, karena kualitas hidup merupakan suatu yang bersifat subjektif. Terdapat dua komponen dasar dari kualitas hidup yaitu subjektivitas dan multidimensi. Subjektivitas mengandung arti bahwa kualitas hidup hanya dapat ditentukan dari sudut pandang orang itu sendiri. Sedangkan, multidimensi bermakna bahwa kualitas hidup dipandang dari seluruh aspek kehidupan seseorang secara holistik meliputi aspek biologis/fisik, psikologis, sosial, spiritual, dan lingkungan. Sedangkan, Polonsky (2000) mengatakan bahwa untuk mengetahui bagaimana kualitas hidup seseorang maka dapat diukur dengan mempertimbangkan penilaian akan kepuasan seseorang terhadap status fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan.

Kualitas hidup dapat berarti kehidupan yang baik dan kehidupan yang baik berarti mempunyai hidup dengan kualitas yang tinggi (Ventegodt, 2003). Kualitas hidup merupakan konsep yang meliputi fisik dan psikologis secara keseluruhan dalam menilai persoalan sosial dan kehidupan (Molken, et al., 1995). Sedangkan menurut Donner, Karone, & Bertoliti (1997), kualitas hidup secara umum adalah keadaan individu dalam lingkup kemampuan, keterbatasan, gejala dan sifat psikososial untuk berfungsi dan menjalankan bermacam-macam perannya secara memuaskan.

Aspek yang paling banyak berkaitan dengan kualitas hidup adalah *wellbeing, satisfaction with life, & happiness*. *Wellbeing* berarti hidup yang sejahtera, tidak hanya arti hidup yang superfisial, termasuk pemenuhan kebutuhan dan realisasi diri. *Satisfaction with life* berarti perasaan bahwa hidup adalah sesuatu yang memang sudah seharusnya. Ketika harapan, kebutuhan, dan keinginan seseorang terpenuhi maka orang tersebut akan puas. Kepuasan adalah pernyataan mental *happiness* yang berarti bahagia, merupakan sesuatu yang terdapat dalam diri seseorang yang melibatkan keseimbangan khusus di dalam dirinya. Aspek yang berkaitan dengan kualitas hidup tersebut berkaitan dengan hal yang fundamental dengan kehidupan yang dikarakteristikan dengan keadaan biologi, psikologis, dan sosial yang memberikan pemahaman tentang apa yang kita percayai terkait hidup dan realita (Ventegodt, 2003).

#### **2.4.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi**

Berdasarkan surveilans kualitas hidup terkait kesehatan di Amerika Serikat dari tahun 1993-2002, didapatkan beberapa faktor yang menentukan kualitas hidup adalah sebagai berikut (Nazir, 2006): jenis kelamin, umur, etnis/ras, status pernikahan, pendidikan, penghasilan, status pekerjaan, asuransi kesehatan, serta faktor kesehatan.

Faktor tersebut di atas dapat dibedakan menjadi faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal yang berpengaruh terhadap kualitas hidup sebagai berikut: 1) jenis kelamin, wanita mempunyai kualitas hidup yang lebih rendah dibanding laki-laki, 2) umur, penduduk dengan usia > 75 tahun (33,2%) mempunyai kualitas hidup yang buruk dibandingkan usia muda 18-24 tahun hanya 7,5%, 3) etnis ras, 4) faktor kesehatan, yaitu adanya penyakit kronik yang dialami seseorang akan menurunkan kualitas hidup (Nazir, 2006).

Faktor eksternal yang berhubungan dengan kualitas hidup sebagai berikut: 1) status pernikahan, yakni individu yang belum menikah dan



bercerai mempunyai kualitas hidup lebih buruk dibandingkan individu yang berstatus menikah, 2) pendidikan, individu dengan pendidikan sekolah menengah ke bawah mempunyai kualitas hidup yang lebih buruk dibandingkan dengan individu yang berpendidikan tinggi, 3) penghasilan, penduduk dengan penghasilan yang tidak bisa mencukupi kebutuhan hidup sehari-hari mempunyai kualitas hidup yang buruk, 4) status pekerjaan, seseorang yang sudah pensiun dan orang yang tidak bekerja mempunyai kualitas hidup yang buruk dibanding orang yang bekerja, 5) asuransi kesehatan, seseorang yang tidak mempunyai asuransi kesehatan mempunyai kualitas hidup yang buruk, 6) nilai dan kepercayaan keluarga. Faktor lain yang mempengaruhi kualitas hidup sangat banyak seperti keuangan, kesehatan, keamanan, keadaan lingkungan, dukungan keluarga, dan lingkungan sekitarnya (Nazir, 2006).

Penelitian oleh Lucas, et al. (2006, dalam Afiyah, 2010) di Spanyol mengidentifikasi faktor yang menentukan kualitas hidup adalah jenis kelamin, laki-laki mempunyai kualitas hidup lebih baik dibanding wanita, seseorang yang menikah, berpendidikan tinggi, dan mempunyai aktivitas tertentu seperti pekerja sukarela mempunyai kualitas hidup lebih baik.

Brazier pada tahun 1996 (dalam Afiyah, 2010) melakukan studi di Inggris tentang beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup dan didapatkan hasil sebagai berikut: 1) seseorang dengan penyakit kronik akan mempunyai kualitas hidup yang lebih buruk, 2) seseorang dengan usia 65-67 tahun mempunyai kualitas hidup yang lebih buruk, 3) wanita mempunyai masalah depresi dan cemas yang lebih tinggi dan berpengaruh terhadap kualitas hidup yang lebih buruk, 4) pelajar mempunyai kualitas hidup yang lebih baik.

### 2.4.3 Kualitas Hidup Penderita HIV/AIDS

Alexander, et al. (1998, dalam Loren, et al., 2001) membandingkan kualitas hidup penderita HIV/AIDS dengan populasi umum pada 154 pasien HIV/AIDS di salah satu rumah sakit yang ada di London menyimpulkan bahwa kualitas hidup penderita HIV/AIDS lebih rendah dibandingkan dengan populasi umum. Sedangkan, dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Douaihy (2001) mendapatkan 62,6% pasien HIV memiliki kualitas hidup yang buruk. Hasil yang sama juga diketahui dari penelitian Nojomi, Anbary, Ranjbar (2008) yang mendapatkan mayoritas dari pasien dengan HIV baik yang asimtomatik maupun yang simtomatik serta pasien AIDS memiliki nilai kualitas hidup yang rendah.

Dalam penelitian Nojomi, Anbary, Ranjbar (2008) diketahui juga bahwa dari beberapa karakteristik demografi yang diteliti secara signifikan berhubungan dengan kualitas hidup yaitu jenis kelamin; perempuan dengan HIV/AIDS memiliki kualitas hidup lebih buruk dibandingkan dengan pria, status marital, tingkat pendidikan, pekerjaan; pada ODHA yang berstatus menikah, berpendidikan tinggi, dan bekerja mempunyai kualitas hidup yang lebih baik, lama menderita penyakit; semakin lama menderita sakit kualitas hidupnya semakin buruk, jumlah CD4 dan *viral load*, serta yang nilai korelasinya paling tinggi adalah derajat klinis penyakit.

Loren, et al. (2001) melakukan penelitian mengenai gejala penyakit dengan kualitas hidup pada 2267 penderita HIV menyimpulkan bahwa gejala fisik seperti *oral thrust*, mual, selera makan yang menurun, batuk lama, sesak nafas, penurunan berat badan, nyeri di mulut, diare, nyeri di mata memperburuk kualitas hidup. Sehingga diketahui pula pada penderita HIV dengan gejala memiliki kualitas hidup yang lebih buruk dibanding dengan penderita HIV tanpa gejala.

Dari studi lainnya, dikatakan juga kualitas hidup berhubungan linier dengan status sosio-ekonomi pasien (Worthington & Krentz, 2005). Sedangkan, dari studi yang dilakukan Ichikawa dan Napartan (2006) didapatkan bahwa penerimaan sosial adalah faktor yang paling berhubungan 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.

Pada penelitian Li, et al. (2004) diketahui juga bahwa orang yang hidup dengan HIV/AIDS sangat membutuhkan bantuan dan dukungan dari keluarga karena penyakit ini bersifat kronis dan membutuhkan penanganan yang komprehensif. Dukungan keluarga tersebut meliputi dukungan finansial, dukungan informasi, dukungan dalam melakukan kegiatan rutin sehari-hari, dukungan dalam kegiatan pengobatan dan perawatan, dan dukungan psikologis. Hasil studi menggambarkan bahwa dukungan keluarga dapat memberikan dampak positif terhadap kualitas hidup pada orang yang hidup dengan HIV/AIDS (Nirmal, et al., 2008; Wig, et al., 2006).

Selain itu, kualitas hidup ODHA, juga dipengaruhi oleh masalah psikososial. Khususnya masalah depresi yang merupakan masalah psikososial terbesar yang dialami ODHA, memerlukan penanganan yang serius karena dapat berdampak pada penurunan kualitas hidup (Douaihy, 2001; Abiodun, et al., 2010). Pada ODHA dengan tahap infeksi HIV positif, kondisi fisik yang tidak stabil dan cenderung menurun diikuti dengan munculnya gejala-gejala fisik serta tekanan sosial yang begitu hebat yang didapatkan dari lingkungan dapat menjadi sumber stres yang dapat menyebabkan ODHA mengalami depresi. Selanjutnya bagi ODHA yang telah memasuki tahap AIDS, semakin rentan untuk mengalami depresi dikarenakan kondisi kesehatan yang semakin memburuk dan mengancam kehidupan yang mengganggu aktivitas sehari-hari dan menyebabkan ia tergantung dengan orang lain sehingga seringkali

mengharuskan ia menjalani perawatan khusus di rumah sakit yang menyebabkan mereka kehilangan kontak sosial yang biasa ditemui sehari-hari di rumah. Selain itu, pasien juga sering merasa bahwa hidupnya tinggal sebentar lagi sehingga apapun yang dilakukan akan sia-sia. Hal ini akan berdampak pada kualitas hidupnya.

Penelitian lainnya dari Greeff, dkk (2009) yang melakukan studi kohort pada 1.457 orang dengan HIV (+) yang diobservasi selama 1 tahun menemukan bahwa faktor-faktor yang secara signifikan mempengaruhi kualitas hidup pada pasien dengan HIV (+) sebagai berikut: 1) stigma; semakin tinggi stigma akan semakin menurunkan kualitas hidup, 2) kampanye atau iklan layanan masyarakat melalui media akan meningkatkan kualitas hidup, 3) penggunaan terapi ARV; pasien yang mengkonsumsi ARV sesuai anjuran medis menunjukkan kondisi fisik yang lebih stabil dan perjalanan penyakit lebih lambat sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup, 4) gejala penyakit juga secara signifikan berhubungan dengan kualitas hidup.

#### 2.4.4 Cara Pengukuran

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:

##### 1) WHO QoL-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).

## 2) 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 (Ware, 2000).

### 3) WHOQOL-HIV BREF

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), dan 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).

#### **2.4.5 Dimensi dalam Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS**

Menurut WHO (2002), terdapat enam dimensi yang dapat dijadikan landasan untuk menilai kualitas hidup orang yang hidup dengan HIV/AIDS diantaranya sebagai berikut:

1. Kesehatan atau kesejahteraan fisik, yaitu kemampuan organ tubuh untuk berfungsi secara optimal sehingga dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Adanya infeksi virus HIV yang menyerang organ tubuh yang vital yaitu sistem imun seseorang akan berdampak cukup fatal bagi kesehatan fisik seseorang. Dimana pada kondisi ini seseorang harus berusaha mencegah dirinya terinfeksi kuman atau virus lain yang dapat memperburuk keadaannya. Pada kondisi ini, seseorang masih dapat bertahan hidup melakukan kegiatan sehari-hari seperti biasa sampai ia dinyatakan positif menderita AIDS, yang mana perjalanan HIV menjadi AIDS secara umum bervariasi dari 3 – 13 tahun, tetapi ada juga sebagian orang yang mengalami waktu terpendek antara 3 bulan – 3 tahun (Sudoyo, dkk, 2007). Selain itu, Greeff, et al. (2009) juga mengatakan kesejahteraan fisik didapatkan dari kepuasan pasien terhadap adaptasi atau terbebas dari keluhan fisik yang dirasakan terkait penyakit seperti nyeri, kelemahan, kualitas tidur, dan gejala lain terkait infeksi oportunistik yang diderita.
2. Kesejahteraan psikologis / emosional, yaitu kemampuan untuk menciptakan perasaan senang dan puas terhadap suatu peristiwa atau kejadian yang dialami dalam kehidupan seseorang sehingga terhindar dari timbulnya masalah-masalah psikologis. Kondisi emosional ODHA yang tidak stabil karena adanya berbagai keterbatasan membuat ODHA merasa frustrasi atau kecewa dan akhirnya menimbulkan masalah depresi, yang merupakan masalah psikologis

terbesar pada ODHA (Doaihy, 2001). Masalah psikologis lainnya yang juga sering dialami ODHA adalah kecemasan, paranoid, mania, irritable, harga diri rendah, *body image* yang buruk, ketidakmampuan berkonsentrasi, dan psikosis. Berbagai masalah psikologis ini akan mempengaruhi kemampuan ODHA untuk berpartisipasi secara penuh dalam pengobatan dan perawatan dirinya sehingga akan berdampak terhadap kualitas hidup ODHA (Stuart & Laraia, 2001).

3. Kesejahteraan sosial, yaitu kemampuan seseorang untuk membina hubungan interpersonal dengan orang lain, dimana hubungan yang terbina adalah hubungan yang mempunyai kerekatan dan keharmonisan. Bagi ODHA, salah satu masalah sosial terbesar yang dialaminya adalah isolasi sosial dari keluarga maupun masyarakat. Stigma yang berkembang di masyarakat terhadap ODHA membuat masyarakat cenderung bersikap mengucilkan ODHA. Kondisi ini akan membuat ODHA semakin menutup dirinya dari kehidupan sosialnya sehingga semakin memperburuk kondisi ODHA, terutama ODHA yang sebelum terinfeksi virus HIV adalah seorang pekerja. ODHA yang dikeluarkan dari pekerjaannya setelah diketahui terinfeksi HIV, akan mengalami masalah sosial yang cukup serius dan dapat mempengaruhi kualitas hidupnya (Wig, et al., 2006).
4. Kesejahteraan fungsional, yaitu kemampuan seseorang untuk berfungsi secara optimal dan mandiri dalam kehidupannya sehari-hari meliputi bekerja, melakukan transaksi di bank, belanja, belajar, membersihkan rumah, merawat diri, berpakaian, menyiapkan makan dan *toiletting* (Nies & Mc Ewen, 2007). Orang dengan HIV/AIDS mempunyai berbagai keterbatasan fungsi, sehingga membutuhkan dukungan sosial dari berbagai pihak, khususnya orang-orang yang berada di sekitarnya seperti pasangan, anak, keluarga, atau teman dekat.



5. Kepuasan terhadap lingkungan, yaitu kepuasan terhadap keamanan fisik, lingkungan rumah, sumber finansial, pelayanan kesehatan, akses informasi, kesempatan untuk ikut dalam aktivitas rekreasi, lingkungan fisik (polusi, bising, cuaca, dan lain-lain), serta sarana transportasi.
6. Kesejahteraan spiritual, meliputi kemampuan dalam menemukan arti kehidupan dan menjalankan ibadah sesuai dengan agama yang dianutnya secara bebas. ODHA yang menyadari penyakit yang dideritanya adalah merupakan cobaan dari Tuhan untuk menguji umatnya, maka akan lebih meningkatkan keimanannya sehingga ia memperbaiki dirinya dengan lebih mendekatkan diri pada Tuhannya. Hal ini akan berdampak pada kualitas hidup ODHA.

## 2.5 Peran Perawat

Merujuk pada definisi sehat yang dikeluarkan oleh WHO, maka dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi pasien HIV/AIDS, pelayanan kesehatan dituntut untuk dapat memfasilitasi pasien agar mendapatkan kehidupan yang berkualitas atau sejahtera. 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 (Potter & Perry, 1997). Artinya, dalam upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan pasien, perawat tidak hanya berfokus pada penanganan masalah fisik saja namun juga berperan dalam mencegah dan menangani masalah psikososial khususnya depresi yang menjadi masalah psikososial terbesar pada pasien HIV/AIDS yang dapat menurunkan kualitas hidup.

Peran seorang perawat dalam mengurangi beban psikis seorang penderita HIV/AIDS sangatlah besar. Diantaranya dengan mengkaji adanya tanda dan gejala depresi, mengkaji dan mengaktifkan sumber-sumber pendukung, melakukan pendampingan dan mempertahankan hubungan yang sering dengan

pasien sehingga pasien tidak merasa sendiri dan ditelantarkan, menunjukkan rasa menghargai dan menerima pasien tersebut, memberikan pujian pada setiap hal positif yang dilakukan pasien dalam menjalani perawatan, melatih pasien agar dapat menangani stres dengan terapi relaksasi (seperti terapi musik, terapi *Progressive Muscle Relaxation*, relaksasi pernafasan, dan lain sebagainya), dan memfasilitasi pasien untuk mengembangkan mekanisme coping konstruktif. Perawat juga dapat melakukan tindakan kolaborasi dengan memberi rujukan untuk konseling psikiatri (Doenges, Townsend, & Moorhouse, 2006).

Selain itu, perawat berada dalam posisi kunci untuk menciptakan suasana penerimaan dan pemahaman keluarga terhadap penderita HIV/AIDS (Bare & Smeltzer, 2005). Perawat dapat melakukan intervensi dengan cara memberdayakan orang – orang terdekat pasien dalam hal ini keluarga untuk menjadi *support system* yang efektif agar dapat senantiasa memberikan dukungan dan bantuan yang dibutuhkan oleh pasien sehingga dapat meningkatkan kualitas hidupnya. Ketika pasien masih di tatanan rumah sakit dapat dilakukan dengan konseling kesehatan mengenai dukungan keluarga yang dibutuhkan pasien serta hal-hal yang perlu diketahui keluarga terkait penyakit yang diderita pasien seperti cara penularan, perjalanan penyakit, dan perawatan/pengobatan atau hal-hal yang perlu dilakukan untuk meningkatkan derajat kesehatan pasien. Selain itu, perlu juga untuk melibatkan keluarga dalam manajemen pengobatan dan perawatan pasien sehingga keluarga dapat memberikan dukungan secara efektif pada pasien. Selanjutnya, perawat di rumah sakit dapat bekerja sama dengan perawat komunitas untuk dapat dilakukan intervensi lanjut dalam usaha pemberdayaan keluarga.



### **BAB III**

## **KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS PENELITIAN, DAN DEFINISI OPERASIONAL**

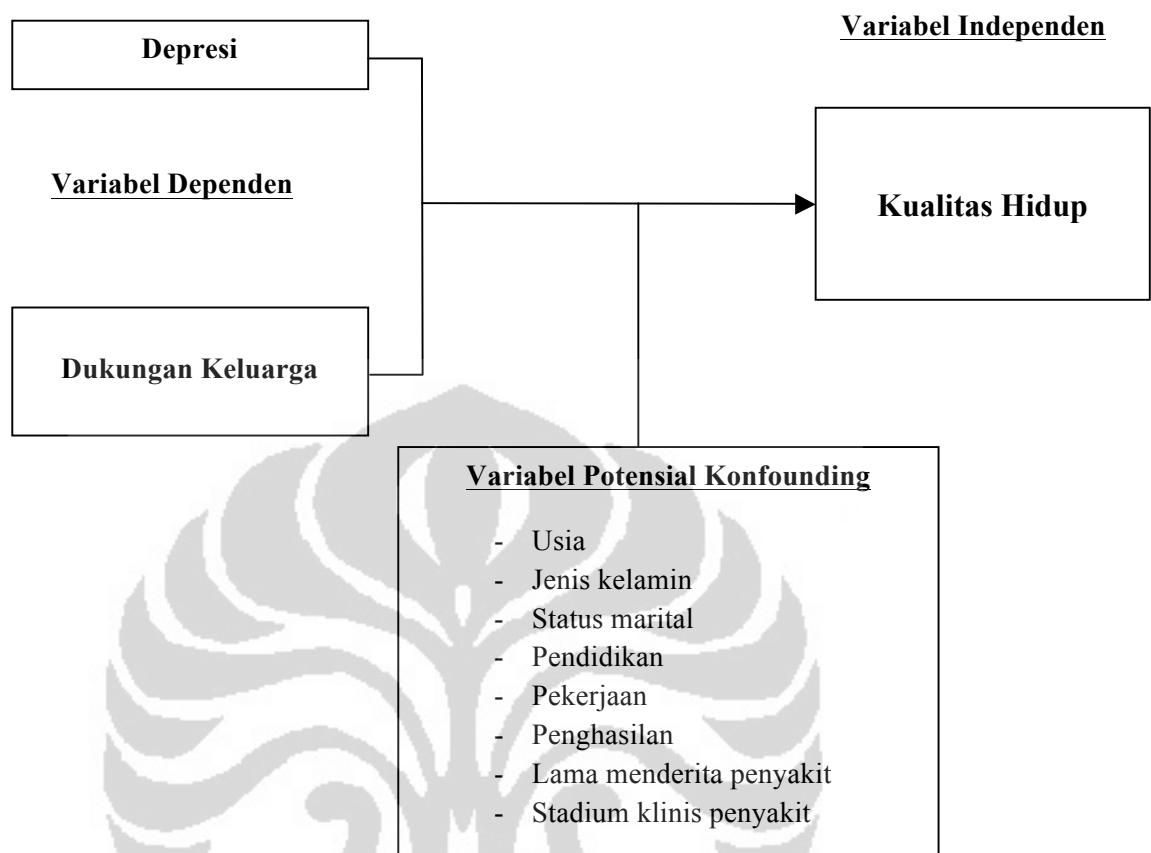
Pada bab ini diuraikan mengenai kerangka konsep penelitian yang dilakukan, hipotesis, dan definisi operasional. Kerangka konsep merupakan justifikasi ilmiah terhadap penelitian yang dilakukan dan memberi landasan kuat terhadap topik yang dipilih sesuai identifikasi masalah. Kerangka konsep didukung landasan teori yang telah dibahas. Sedangkan hipotesis merupakan perkiraan sementara mengenai hubungan antara variabel-variabel yang diteliti. Dan terakhir, definisi operasional adalah definisi variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati (Arikunto, 2002).

### **3.1 Kerangka Konsep**

Pada skema 3.1 digambarkan kerangka konsep penelitian yang dilakukan. Kerangka konsep dibuat berdasarkan studi kepustakaan yang dilakukan oleh peneliti. Kerangka konsep menggambarkan keterkaitan antar variabel dalam penelitian. Variabel dalam penelitian ini adalah :

1. Variabel Terikat (Independen) : Kualitas hidup
2. Variabel Bebas (Dependen) :
  - Depresi
  - Dukungan keluarga
3. Variabel Potensial Konfounding :
  - Usia
  - Jenis kelamin
  - Status marital
  - Pendidikan
  - Pekerjaan
  - Penghasilan
  - Lama menderita penyakit
  - Stadium klinis penyakit

**Skema 3.1**  
**Kerangka Konsep**



### 3.2 Hipotesis Penelitian

Berdasarkan kerangka konsep penelitian maka hipotesis alternatif ( $H_a$ ) dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Ada hubungan antara depresi dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS yang menjalani perawatan di RSUPN. Cipto Mangunkusumo Jakarta.
2. Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS yang menjalani perawatan di RSUPN. Cipto Mangunkusumo Jakarta.
3. Ada hubungan antara usia, jenis kelamin, status marital, tingkat pendidikan, status pekerjaan, penghasilan, lama menderita penyakit, dan stadium klinis penyakit dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS yang menjalani perawatan di RSUPN. Cipto Mangunkusumo Jakarta.

### 3.3 Definisi Operasional

**Tabel 3.1**  
**Definisi Operasional Variabel Penelitian**

Variabel	Definisi operasional	Cara dan alat ukur	Hasil ukur	Skala
Variabel independen				
Depresi	Persepsi responden terhadap gejala-gejala dasar gangguan mood depresi yang dialami sepanjang hari selama 1 minggu, meliputi: perasaan sedih, tidak bertenaga, masalah tidur, merasa hidup tidak berharga, pesimis terhadap masa depan, tidak nafsu makan, tidak ada minat terhadap aktivitas, berbicara lebih sedikit, dan tidak dapat berkonsentrasi.	Dengan cara mengisi kuesioner depresi yang dimodifikasi dari kuesioner CES-D yang terdiri dari 20 pertanyaan. Masing-masing item memiliki 4 pilihan jawaban, yakni: Tidak Pernah (< 1 hari), Jarang (1-2 hari), Kadang-Kadang (3-4 hari), dan Sering (5-7 hari). Setiap jawaban akan diberi skor dengan menggunakan Skala likert 0-3 untuk item yang menggambarkan gejala depresi dan sebaliknya.	Skor total berentang 0-60, dengan kategori: 0= < 16 : Tidak depresi 1= ≥ 16 : Depresi (Merujuk pada penggunaan <i>scoring</i> kuesioner CES-D)	Nominal
Dukungan keluarga	Persepsi responden terhadap dukungan yang diberikan oleh keluarga meliputi: dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan instrumental, dukungan penghargaan, dan dukungan jaringan sosial.	Dengan cara mengisi kuesioner yang dibuat oleh peneliti berdasarkan teori dukungan keluarga dari House (2000, dalam Smet, 2004) yang terdiri dari 18 pertanyaan. Setiap pertanyaan disediakan 4 pilihan jawaban, yaitu: Tidak Pernah, Kadang-Kadang, Sering, dan Selalu. Setiap jawaban akan diberi skor dengan menggunakan skala likert 0-3.	Skor total berentang 0-54. Pengkategorian menggunakan rumus <i>cut of point</i> 75% dari total skor (54): 0= ≥ 40,5: <i>Supportif</i> 1= < 40,5: <i>Non-supportif</i> (Berdasarkan rumus pengkategorian data dikotom yang mengukur variabel sikap dari Arikunto, 2002)	Nominal

Variabel	Definisi operasional	Cara dan alat ukur	Hasil ukur	Skala
Variabel dependen				
Kualitas hidup	Persepsi responden terhadap 6 domain yang menggambarkan kualitas hidup yaitu: kesejahteraan fisik, kesejahteraan psikologi, hubungan sosial, lingkungan, tingkat kemandirian, dan kesejahteraan spiritual.	Dengan cara mengisi kuesioner kualitas hidup yang dimodifikasi dari <i>WHOQOL-HIV BREF</i> yang terdiri dari 20 pertanyaan. Dari setiap pertanyaan terdapat 5 pilihan jawaban, yaitu: Tidak Pernah (0x/minggu), Jarang (1-2x/minggu), Kadang-Kadang (3-4x/minggu), Sering (5-6x/minggu), dan Selalu (>6x/minggu). Setiap jawaban akan diberi skor dengan menggunakan skala likert 1-5 untuk item yang menggambarkan kualitas hidup baik dan sebaliknya.	Skor total berentang 20-100. Pengkategorian menggunakan rumus <i>cut of point</i> 75% dari total skor (100): 0 = $\geq 75$ : Baik 1 = $< 75$ : Kurang baik  (Berdasarkan rumus pengkategorian data dikotom yang mengukur variabel sikap dari Arikunto, 2002)	Nominal
Variabel potensial konfounding				
Usia	Usia yang dilalui pasien sejak lahir sampai dengan ulang tahun terakhir saat mengisi data.	Dengan cara mengisi kuesioner karakteristik responden.	Umur dalam tahun	Interval
Jenis Kelamin	Karakteristik seks antara pria dan wanita berdasarkan ciri-ciri fisik biologi .	Dengan cara mengisi kuesioner karakteristik responden.	0 = Pria 1 = Wanita	Nominal
Status marital	Status yang didapatkan dari ada atau tidaknya ikatan perkawinan.	Dengan cara mengisi kuesioner karakteristik responden.	0 = Kawin 1 = Tidak kawin	Nominal
Tingkat pendidikan	Pendidikan formal terakhir yang berhasil ditempuh hingga tamat.	Dengan cara mengisi kuesioner karakteristik responden.	0 = Tinggi (SLTA & PT) 1 = Rendah (SD & SLTP)	Ordinal

Pekerjaan	Status responden bekerja/tidak bekerja yang bertujuan untuk mendapatkan upah/gaji.	Dengan cara mengisi kuesioner karakteristik responden.	0 = Bekerja 1 = Tidak bekerja	Nominal
Penghasilan	Tingkat penghasilan/pendapatan keluarga per bulan berdasarkan garis kemiskinan dengan pendekatan standar minimal pendapatan keluarga (senilai dengan UMR).	Dengan cara mengisi kuesioner karakteristik responden.	0 = Tinggi : pendapatan $\geq$ Rp.1.100.000  1 = Rendah : pendapatan < Rp. 1.100.000	Ordinal
Lama menderita penyakit	Rentang waktu sejak didiagnosa terinfeksi HIV hingga saat mengisi data.	Dengan cara mengisi kuesioner karakteristik responden.	Periode waktu dalam bulan	Rasio
Stadium klinis penyakit	Stadium klinis penyakit yang diklasifikasi menjadi 2 kategori berdasarkan gejala penyakit.	Dengan cara melihat catatan medik pasien.	0 = Stadium klinis awal (HIV positif asimptomatik)  1 = Stadium klinis lanjut (HIV positif simptomatik dan AIDS)	Ordinal



## BAB IV

### METODE PENELITIAN

#### 4.1 Rancangan Penelitian

Sesuai dengan tujuan penelitian maka jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif korelasional, yaitu rancangan penelitian yang bertujuan untuk mengkaji, menjelaskan, memperkirakan, dan menguji suatu hubungan antara variabel berdasarkan teori yang ada tanpa adanya suatu intervensi dari peneliti (Nursalam, 2008). Dengan studi ini, akan diperoleh prevalensi suatu fenomena (variabel dependen) dihubungkan dengan penyebab (variabel independen). Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan pendekatan *cross sectional* yang menekankan pada proses pengambilan data variabel independen dan dependen yang hanya satu kali pada waktu yang sama (Alimul, 2003).

Oleh karena itu, peneliti menggunakan pendekatan ini dengan maksud menjelaskan hubungan antara depresi dan dukungan keluarga (variabel independen/bebas) dengan kualitas hidup (variabel dependen/terikat) pasien HIV/AIDS yang menjalani perawatan di RS. Cipto Mangunkusumo Jakarta.

#### 4.2 Populasi dan Sampel

##### 4.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian dengan karakteristik tertentu yang akan diteliti (Alimul, 2003). Dalam penelitian ini yang menjadi populasi adalah seluruh pasien HIV/AIDS yang menjalani rawat jalan di Unit Layanan Rawat Jalan Pokdisus (Kelompok Studi Khusus) HIV/AIDS RS. Cipto Mangunkusumo Jakarta. Rata-rata per bulannya, unit ini menangani sekitar lebih dari 600 pasien (atau rata-rata per harinya menangani kurang lebih 50 pasien).

#### 4.2.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari jumlah populasi yang akan diteliti yang dapat ditentukan melalui metode *sampling*. Sedangkan, metode *sampling* adalah cara menyeleksi porsi dari populasi penelitian untuk menentukan sampel penelitian yang dapat mewakili populasi yang ada (Nursalam, 2008).

Pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan metode *non probability sampling* melalui *purposive sampling*, yaitu dengan cara memilih sampel diantara populasi berdasarkan kriteria yang dikehendaki peneliti sesuai dengan tujuan dan masalah penelitian, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah diketahui sebelumnya (Sugiyono, 2004).

Adapun kriteria yang dimaksud untuk penelitian ini adalah sebagai berikut:

##### 1. Kriteria inklusi

- Didiagnosa HIV positif sejak minimal 1 bulan yang lalu (berdasarkan pertimbangan periode interaksi lingkungan dan proses berkabung Kubler-Ross serta mulai munculnya gejala depresi berdasarkan penelitian Cichocki, 2009)
- Berusia > 18 tahun (kelompok usia dewasa)
- Dapat membaca dan menulis
- Kesadaran *compos mentis*
- Bersedia berpartisipasi dalam penelitian dan kooperatif.

##### 2. Kriteria eksklusi

- Mengalami ketidaknyamanan fisik yang memberat (seperti nyeri, pusing, atau lainnya) sehingga tidak memungkinkan untuk responden melanjutkan penelitian.
- Memutuskan untuk tidak melanjutkan pengisian ataupun tidak mengisi secara lengkap kuesioner.

Sedangkan, untuk besar sampel karena pada penelitian ini jumlah populasi tidak diketahui secara pasti maka ditentukan dengan rumus estimasi proporsi dengan presisi mutlak yaitu sebagai berikut:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 P(1 - P)}{d^2}$$

Keterangan:

n = jumlah sampel

$Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2$  = jarak sekian standar *error* dari rata-rata sesuai dengan derajat kepercayaan yang diinginkan

P = proporsi kualitas hidup buruk pada pasien HIV/AIDS berdasarkan penelitian Douaihy, 2001 sebesar 62,6% (0,6)

d = presisi mutlak 10% (0,1)

(Ariawan, 1998)

Selanjutnya, oleh karena pada penelitian kesehatan derajat kepercayaan yang umum digunakan adalah 95%, maka nilai  $Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2$  ditentukan 1,96.

Maka, nilai-nilai tersebut dapat dimasukkan ke dalam rumus sebagai berikut:

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,6(1-0,6)}{(0,1)^2} = 92,19 \approx 92$$

Untuk mengantisipasi kejadian *drop out* sampel karena tidak sesuai kriteria yang diinginkan maka jumlah sampel ditambah 10% dari nilai n yang didapatkan sehingga jumlah sampel keseluruhan yang dibutuhkan menjadi 101 orang. Sampel yang didapatkan dalam penelitian berjumlah 92 orang responden. Jumlah ini tidak sesuai dengan yang ditetapkan pada besar sampel namun masih mencukupi batas minimal sampel dari perhitungan rumus estimasi karena tidak ada responden yang *drop out*.

### 4.3 Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di Unit Layanan Rawat Jalan Pokdisus HIV/AIDS RS.Cipto Mangunkusumo Jakarta.

### 4.4 Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan pada bulan Agustus-Desember 2010. Adapun jadwal kegiatan penelitian dipaparkan dalam lampiran 1.

### 4.5 Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian sebaiknya peneliti melindungi responden dengan memperhatikan aspek etika dan berpegang teguh pada prinsip-prinsip penelitian (Polit & Beck, 2006). Penelitian ini dilakukan setelah dinyatakan lolos uji etik oleh Komite Etik FIK UI, mendapatkan izin penelitian dari pembimbing, dan mendapatkan izin penelitian dari Direktur RS. Cipto Mangunkusumo Jakarta. Adapun prinsip-prinsip etika yang diterapkan dalam penelitian ini adalah :

a. *Self determination*

Setelah diberi penjelasan tentang penelitian yang akan dilakukan, pasien diberi kebebasan untuk menentukan turut serta atau tidak dalam penelitian tanpa diberi sanksi apapun. Selain itu, peneliti menjamin bahwa keputusan yang diambil tidak berdampak pada kualitas pelayanan kesehatan yang akan diterima. Kesediaan pasien menjadi responden dibuktikan dengan penandatanganan lembar persetujuan responden (lampiran 5).

b. *Anonymity and confidentiality*

Prinsip *anonymity* dilakukan peneliti dengan tidak mencantumkan nama lengkap responden namun hanya nama inisial dalam kuesioner yang dijadikan kode, dan prinsip *confidentiality* dilakukan peneliti dengan tidak mempublikasikan keterikatan informasi yang diberikan dengan identitas responden, sehingga dalam analisis dan penyajian data hanya mendeskripsikan karakteristik responden. Selain itu, berkas penelitian yang sudah tidak terpakai akan dihanguskan sehingga informasi tetap terjaga kerahasiaannya.

c. *Privacy*

Peneliti menjamin *privacy* responden dan menjunjung tinggi harga diri responden. Peneliti dalam berkomunikasi dengan responden tidak menanyakan hal-hal yang dianggap sebagai *privacy* bagi responden, kecuali yang berkaitan dengan penelitian, namun tetap mengedepankan rasa penghormatan dan melalui persetujuan responden.

d. *Protection from discomfort and harm*

Penelitian yang dilakukan sebaiknya tidak mengakibatkan penderitaan kepada responden, baik fisik maupun psikis. Peneliti memberikan kesempatan kepada responden untuk menyampaikan ketidaknyamanan dan tidak melanjutkan pengisian kuesioner bila mengalami ketidaknyamanan atau penurunan kesehatan. Untuk pasien yang terdeteksi mengalami depresi akan dilaporkan pada perawat untuk dapat ditindaklanjuti.

e. *Informed Consent (IC)*

Sebelum penelitian dilakukan peneliti memberikan informasi secara lengkap tentang penelitian yang akan dilakukan dan memberikan kebebasan untuk berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Jika responden bersedia maka responden diminta untuk menandatangani lembar persetujuan responden (lampiran 4 dan 5).

## 4.6 Alat Pengumpul Data

### 4.6.1 Instrumen Penelitian

Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan angket atau kuesioner untuk data primer dan lembar studi dokumentasi untuk data sekunder yang diperoleh dari catatan medik pasien yaitu stadium klinis penyakit (lampiran 10). Angket atau kuesioner yaitu sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden tentang hal-hal yang ingin diketahui (Arikunto, 2002).

Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari 4 bagian yaitu kuesioner karakteristik responden (bagian A), kuesioner depresi (bagian B), kuesioner dukungan keluarga (bagian C), dan kuesioner kualitas hidup (bagian D). Kuesioner bagian A (lampiran 6) untuk mengetahui karakteristik responden meliputi usia, jenis kelamin, status marital, tingkat pendidikan, pekerjaan, penghasilan, dan lama menderita penyakit.

Kuesioner bagian B (lampiran 7) adalah kuesioner yang digunakan untuk mengukur depresi. Kuesioner ini dimodifikasi dari kuesioner *Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (CES-D) yang terdiri dari 20 item pertanyaan meliputi gejala-gejala gangguan depresi yang sesuai untuk deteksi awal pada populasi pasien dengan penyakit kronik. Dari setiap pertanyaan terdapat 4 pilihan jawaban, yakni: tidak pernah (< 1 hari), jarang (1-2 hari), kadang-kadang (3-4 hari), dan sering (5-7 hari). Setiap jawaban akan diberi skor 0, 1, 2, 3 untuk item yang menggambarkan gejala depresi dan 3, 2, 1, 0 untuk item yang menggambarkan tidak depresi (item 4, 8, 12, dan 16). Skor total berentang 0-60, pengkategorian skor merujuk pada ketentuan kuesioner CES-D yaitu kategori < 16 (tidak depresi) dan  $\geq 16$  (depresi).

Sedangkan, kuesioner bagian C (lampiran 8) yang digunakan untuk mengkaji dukungan keluarga, disusun berdasarkan Teori Dukungan Keluarga dari House (2000, dalam Smet, 2004). Kuesioner ini terdiri dari 18 item pertanyaan yang mewakili 5 subvariabel dukungan keluarga meliputi: 5 item dukungan emosional (item 1-5), 5 item dukungan instrumental (item 6-10), 3 item dukungan informasi (item 11-13), 3 item dukungan penghargaan (item 14-16), dan 2 item dukungan jaringan sosial (item 17 & 18). Dari setiap pertanyaan terdapat 4 pilihan jawaban, yaitu tidak pernah, kadang-kadang, sering, dan selalu. Setiap jawaban akan diberi skor 0, 1, 2, 3 untuk tiap item pertanyaan. Skor total berentang antara 0-54, yang dikategorikan berdasarkan rumus dari

Arikunto (2002) yakni *cut of point* 75% dari total skor (54), dengan hasil:  $< 40,5$  : *non-supportif* dan  $\geq 40,5$  : *supportif*.

Dan terakhir, kuesioner bagian D (lampiran 9) yang digunakan untuk mengkaji kualitas hidup pasien HIV/AIDS menggunakan kuesioner yang dimodifikasi dari *WHOQOL-HIV BREF*. Kuesioner ini terdiri dari 20 item pertanyaan yang mencakup 6 domain dalam penilaian kualitas hidup, yaitu: 1) domain fisik, terdiri dari 3 pertanyaan (item 1, 2, dan 3), 2) domain psikologis, mencakup 6 pertanyaan (item 4, 5, 6, 7, 8, dan 9), 3) tingkat kemandirian, meliputi 2 pertanyaan (item 13 dan 14), 4) hubungan sosial, terdiri dari 3 pertanyaan (item 10, 11, dan 12), 5) lingkungan, mencakup 3 pertanyaan (item 15, 16, dan 17), dan 6) spiritual / religi / keyakinan personal, meliputi 3 pertanyaan (item 18, 19, dan 20). Dari setiap pertanyaan terdapat 5 pilihan jawaban yaitu tidak pernah (0x/minggu), jarang (1-2x/minggu), kadang-kadang (3-4x/minggu), sering (5-6x/minggu), dan selalu ( $>6x/minggu$ ). Setiap jawaban akan diberi skor 1, 2, 3, 4, dan 5 untuk item yang menggambarkan kualitas hidup baik dan 5, 4, 3, 2, 1 untuk item yang menggambarkan kualitas hidup kurang baik (item 1 dan 12). Skor total berentang antara 20-100, yang dikategorikan berdasarkan rumus dari Arikunto (2002) yakni *cut of point* 75% dari total skor (100) menjadi:  $< 75$  : rendah dan  $\geq 75$  : tinggi.

#### 4.6.2 Validitas dan Reliabilitas

Hasil suatu penelitian sangat tergantung pada alat ukur yang digunakan dalam penelitian. Agar data penelitian memiliki kualitas yang baik, maka alat pengumpul datanya harus memenuhi syarat-syarat sebagai alat ukur yang baik, yaitu meliputi validitas (kesahihan) dan reliabilitas (keandalan) (Suryabrata, 2005).

##### a. Validitas

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur (Nursalam, 2008).

Uji validitas yang dapat dilakukan ada beberapa cara, diantaranya sebagai berikut:

1) Validitas isi (*content validity*)

Suatu alat ukur memenuhi validitas isi jika cukup atau adekuat mengukur area yang diteliti. Validitas isi dapat dicapai jika pernyataan/pertanyaan dalam alat ukur dapat mengukur apa yang ingin diukur atau diteliti. Validitas isi dapat ditentukan dengan meminta pendapat dari para ahli yang sesuai dengan area yang diteliti (Polit & Beck, 2006).

2) Validitas konstruksi (*construct validity*)

Validitas konstruksi menekankan pada sejauh mana metode pengukuran berkorelasi dengan teori yang berlaku. Peneliti perlu mengumpulkan berbagai bukti empiris untuk mendukung pengukuran yang bermakna. Semakin kuat korelasi dengan teori yang berlaku maka semakin tinggi validitas konstruksinya (Hamid, 2008). Melalui analisis faktor diperiksa ulang atau dikonfirmasi apakah pada data yang diambil memang mengandung faktor-faktor atau dimensi-dimensi yang diteorikan (analisis faktor konfirmatori), yang dapat dilakukan dengan menggunakan bantuan program pada perangkat lunak komputer.

3) Validitas kriteria (*criterion-related validity*)

Secara teori validitas kriteria merupakan validitas paling kuat. Validitas kriteria menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur berkorelasi dengan alat ukur yang dianggap sebagai standar emas (*gold standar*) yang baku (Suryabrata, 2005). Jika korelasi antara hasil tes dengan standar baku tersebut positif dan tinggi maka dapat dikatakan alat ukur tersebut memiliki validitas yang tinggi. Metode ini disebut *concurrent criterion-related validity*. Jenis validitas kriteria lainnya yaitu *predictive criterion-related validity*. Validitas ini menunjukkan sejauh mana alat ukur dapat digunakan sebagai prediktor yang valid di masa yang akan



datang, yang ditentukan berdasarkan koefisien determinasi yaitu koefisien korelasi kuadrat (Suryabrata, 2005).

4) Validitas korelasi item total (*corrected item-total correlation validity*)

Metode uji validitas ini bertujuan untuk mengukur kemampuan setiap item pertanyaan kuesioner dalam mengukur variabel yang akan diukur. Untuk melihat apakah kuesioner yang disusun mampu mengukur apa yang hendak diukur maka perlu diukur dengan uji korelasi antara skor (nilai) tiap-tiap item pertanyaan dengan nilai total kuesioner tersebut. Teknik korelasi yang digunakan dalam uji validitas ini adalah teknik korelasi item total *Person Product Moment* yang rumusnya sebagai berikut:

$$r = \frac{N (\sum XY) - (\sum X \sum Y)}{\sqrt{[N \sum X^2 - (\sum X)^2] [N \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Keterangan :

r = koefisien korelasi

N = jumlah item

X = skor suatu item

Y = skor total

(Notoatmodjo, 2002)

Skor tiap item diujikorelasikan dengan skor total item. Jika koefisien korelasi setiap item dengan skor total bernilai  $\geq 0,3$  maka item tersebut dinyatakan valid (Sugiyono, 2004). Perhitungan dilakukan dengan menggunakan bantuan program dalam perangkat lunak komputer. Dalam penelitian ini digunakan uji validitas korelasi item total untuk ketiga kuesioner penelitian.

#### **b. Reliabilitas**

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau diandalkan (Nursalam, 2008).

Reliabilitas menunjukkan keajegan seandainya alat pengukur yang sama digunakan oleh orang yang sama dalam waktu yang berlainan atau digunakan oleh orang yang berlainan dalam waktu yang bersamaan ataupun berlainan, yang secara implisit juga mengandung objektivitas (Suryabrata, 2005). Dengan kata lain, reliabilitas dapat diartikan sebagai keandalan atau ketepatan pengukuran. Suatu pengukuran dikatakan handal, apabila ia memberikan nilai yang sama atau hampir sama pada pemeriksaan yang dilakukan berulang-ulang (Sastroasmoro & Ismail, 2002).

Uji reliabilitas bertujuan untuk menguji konsistensi respon dari responden. Uji reliabilitas ini dilakukan jika seluruh item valid atau setelah item yang tidak valid disisihkan. Ada tiga cara untuk mengestimasi reliabilitas instrumen, yaitu metode uji ulang (*test-retest method*), metode bentuk paralel (*parallel-form method*), dan pengujian satu kali (*single trial method*) (Suryabrata, 2005).

Pada metode uji ulang, seperangkat instrumen diberikan kepada sekelompok subjek sebanyak dua kali, dengan selang waktu tertentu, kemudian kedua skor hasil penilaian tersebut dikorelasikan. Adapun pada metode bentuk paralel, peneliti menyusun dua perangkat instrumen yang paralel (kembar), kemudian kedua instrumen tersebut diberikan kepada sekelompok subjek dalam waktu berurutan atau dengan jarak waktu yang dekat. Hasil skor kedua instrumen tersebut dikorelasikan. Sedangkan para peneliti lebih sering menggunakan metode pengujian satu kali. Pada metode ini, pengukurannya hanya sekali dan hasilnya didapatkan dengan cara membandingkan kesesuaian antara jawaban dari satu pertanyaan dengan pertanyaan lainnya yang digunakan untuk mengukur variabel yang sama. Ada berbagai cara yang dapat digunakan dalam melakukan perbandingan pada uji reliabilitas dengan metode pengujian satu kali, antara lain: metode belah dua (*split-half method*), metode Rulon, metode

Falanagan, metode KR20, metode KR21, metode analisis variansi (Hyot), dan metode *Cronbach Alpha*.

Uji reliabilitas yang digunakan dalam penelitian ini pada ketiga kuesioner (depresi, dukungan keluarga, & kualitas hidup) adalah uji reliabilitas metode satu kali pengujian dengan menggunakan rumus *Cronbach Alpha*. Rumus ini digunakan untuk mencari reliabilitas instrumen yang skornya bukan 1 dan 0, misalnya angket atau uraian yang berbentuk skala ordinal seperti Skala Likert (Arikunto, 2002). Adapun rumus *Cronbach Alpha* adalah sebagai berikut:

$$r_{\alpha} = \left[ \frac{k}{(k-1)} \right] \left[ 1 - \frac{\sum \sigma_b^2}{\sigma_r^2} \right]$$

Keterangan :

$r_{\alpha}$  = koefisien alpha

k = banyaknya butir item

$\sum \sigma_b$  = jumlah varian butir

$\sigma_r$  = varian total

(Sugiyono, 2004)

Apabila koefisien alpha bernilai  $\geq 0,7$  maka mengindikasikan instrumen itu reliabel (Sugiyono, 2004). Perhitungan dilakukan dengan menggunakan bantuan program dalam perangkat lunak komputer.

### c. Uji Coba Instrumen

Sebelum digunakan, ketiga kuesioner (depresi, dukungan keluarga, & kualitas hidup) diuji ketepatannya sebagai alat ukur dengan uji validitas dan reliabilitas. Uji instrumen dilakukan pada tanggal 24 November 2010 pada 30 pasien di Unit Layanan Rawat Jalan Pokdisus HIV/AIDS RS.Cipto Mangunkusumo dengan kriteria sampel yang sudah ditentukan. Hasil uji validitas dan reliabilitas dari ketiga kuesioner dijabarkan sebagai berikut:

### 1) Kuesioner Depresi

Kuesioner ini berjumlah 20 item pertanyaan, dan didapatkan semua item valid dengan nilai koefisien korelasi validitas  $\geq 0,3$  ( $r=0,310-0,843$ ) dan instrumen reliabel dengan nilai koefisien reliabilitas *alpha cronbach* 0,892 ( $\geq 0,7$ ).

### 2) Kuesioner Dukungan Keluarga

Kuesioner ini awalnya terdiri dari 20 item pertanyaan, namun dari hasil uji validitas terdapat 2 item yang tidak valid dengan nilai koefisien korelasi validitas  $< 0,3$  (item 4: variabel dukungan emosional & item 14: variabel dukungan informasi) lalu kedua item tersebut dibuang. Sehingga didapatkan jumlah item valid dalam kuesioner ini sebanyak 18 pertanyaan dengan nilai koefisien korelasi validitas  $\geq 0,3$  ( $r=0,375-0,720$ ) dan nilai koefisien reliabilitas *alpha cronbach* 0,883 ( $\geq 0,7$ ). Hasil ini menunjukkan instrumen valid dan reliabel untuk digunakan.

### 3) Kuesioner Kualitas Hidup

Pada awalnya kuesioner ini berjumlah 22 item, namun dari hasil uji validitas terdapat 2 item yang tidak valid dengan nilai koefisien korelasi validitas  $< 0,3$  (item 2: variabel domain fisik & item 15: variabel domain tingkat kemandirian) lalu kedua item tersebut dibuang. Sehingga keseluruhan item berjumlah 20 item yang dinyatakan valid dengan nilai koefisien validitas  $\geq 0,3$  ( $r=0,302-0,811$ ) dan instrumen reliabel dengan nilai koefisien reliabilitas *alpha cronbach* 0,893 ( $\geq 0,7$ ).

## 4.7 Prosedur Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data primer dan sekunder yang diperoleh dari hasil pengisian kuesioner dan studi dokumentasi catatan rekam medis. Pengumpulan data dilakukan peneliti pada tanggal 29 November hingga 1 Desember 2010. Adapun, langkah-langkah pengumpulan data dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

#### 4.7.1 Prosedur administratif

- a. Menyerahkan proposal lengkap dengan daftar isian untuk mendapatkan surat keterangan lolos kaji etik dari Komite Etik FIK UI (lampiran 2).
- b. Mengajukan surat permohonan ijin melakukan penelitian di RSUPN. Cipto Mangunkusumo Jakarta (lampiran 3).

#### 4.7.2 Prosedur teknis

- a. Meminta ijin kepada Kepala Unit Layanan Rawat Jalan Pokdisus HIV/AIDS RSUPN. Cipto Mangunkusumo.
- b. Menyosialisasikan maksud dan tujuan penelitian kepada tim keperawatan.
- c. Menentukan responden yang memenuhi kriteria inklusi sesuai dengan teknik pengambilan sampel.
- d. Meminta kesediaan responden untuk menjadi sampel dengan terlebih dahulu menjelaskan maksud dan tujuan penelitian (lampiran 4).
- e. Meminta dengan sukarela kepada responden yang bersedia berpartisipasi dalam penelitian untuk menandatangani lembar persetujuan responden (lampiran 5).
- f. Meminta responden mengisi kuesioner yang telah disiapkan (lampiran 6, 7, 8, dan 9).
- g. Melakukan observasi dengan memperhatikan kondisi pasien dan mengklarifikasi kepada responden apakah terdapat kendala dalam pengisian kuesioner.
- h. Setelah responden mengisi, peneliti mengecek terlebih dahulu kuesioner yang telah diisi bila ditemukan jawaban yang kurang jelas atau belum lengkap, peneliti melakukan klarifikasi ataupun meminta responden untuk melengkapi jawaban.
- i. Mencatat data-data yang diperlukan dari catatan rekam medik pada lembar studi dokumentasi (lampiran 10).
- j. Mengumpulkan hasil pengumpulan data untuk selanjutnya diolah dan dianalisa.

#### 4.8 Pengolahan dan Analisis Data

Berdasarkan data yang terkumpul di lapangan maka dilakukan analisis terhadap hasil pengisian kuesioner. Agar analisis penelitian menghasilkan informasi yang benar, maka dilakukan 4 tahapan pengolahan data terlebih dahulu, yakni sebagai berikut:

##### 1) *Editing*

Peneliti melakukan pengecekan isian pada kuesioner penelitian. Dan, didapatkan dari seluruh kuesioner yang diisi responden jawabannya lengkap, jelas, relevan, dan konsisten.

##### 2) *Coding*

*Coding* merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka atau bilangan. Kegunaan dari *coding* adalah untuk mempermudah pada saat analisis data dan juga mempercepat pada saat *entry* data. Dalam penelitian ini, peneliti memberikan kode pada kuesioner yang telah terisi sesuai dengan kode hasil ukur (data) yang tercantum pada tabel definisi operasional.

##### 3) *Processing*

Setelah kuesioner terisi penuh dan benar, serta sudah melewati pengkodean, maka langkah selanjutnya adalah memproses data agar data yang sudah di-*entry* dapat dianalisis. Pemrosesan data dilakukan dengan cara meng-*entry* data dari kuesioner ke paket program komputer.

##### 4) *Cleaning*

Peneliti melakukan pengecekan kembali data yang sudah di-*entry* apakah terdapat kesalahan atau tidak. Setelah dipastikan tidak ada kesalahan, maka pengolahan data dilanjutkan pada tahap analisis data yang meliputi analisis univariat, bivariat, dan multivariat.

Untuk lebih jelasnya, rencana analisis ini akan dibahas tahap demi tahap sebagai berikut:

## 1. Analisis deskriptif (univariat)

Analisis ini bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik variabel yang diteliti. Bentuknya tergantung pada jenis datanya. Untuk data numerik dengan menghitung nilai mean (rata-rata), median, standar deviasi, serta nilai minimum dan maksimum. Sedangkan untuk data kategorik dengan menghitung frekuensi dan presentasi masing-masing kelompok.

Untuk data numerik dalam penelitian ini meliputi usia dan lama menderita penyakit. Sedangkan untuk data kategorik meliputi depresi, dukungan keluarga, kualitas hidup, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pekerjaan, penghasilan keluarga, dan stadium klinis penyakit. Selanjutnya, data disajikan pada tabel dan diinterpretasikan berdasarkan hasil yang diperoleh.

Namun, sebelum dilakukan analisis lebih lanjut, untuk data numerik (usia dan lama menderita penyakit) dilakukan uji normalitas dengan menggunakan uji *skewness*. Data dinyatakan terdistribusi normal bila nilai *skewness* dibagi nilai *standar error* menghasilkan jumlah  $\leq 2$ . Uji normalitas dilakukan untuk mengetahui apakah kedua variabel datanya terdistribusi normal sehingga memenuhi syarat untuk dilakukan analisis parametrik bivariat dengan uji *T-test independen*. Uji normalitas pada variabel usia diperoleh hasil uji *skewness* sebesar 1,62. Sedangkan uji *skewness* pada variabel lama menderita penyakit diperoleh nilai 0,57. Dari hasil uji normalitas tersebut, diketahui data terdistribusi normal sehingga kedua variabel dapat dilanjutkan ke analisis bivariat dengan uji *T-test independen*.

## 2. Analisis bivariat

Tujuan analisis ini adalah untuk mengetahui apakah ada hubungan yang signifikan antara 2 variabel (Hastono, 2007). Nilai *confidence interval* yang ditetapkan adalah 95% dengan tingkat kemaknaan 5% ( $\alpha = 0,05$ ). Analisis bivariat yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah seperti yang diperlihatkan dalam tabel 4.1.

**Tabel 4.1**  
**Uji Statistik Analisis Bivariat**

No.	Variabel independen	Variabel dependen	Jenis uji statistik
1.	Depresi		<i>Chi Square</i>
2.	Dukungan keluarga		<i>Chi Square</i>
3.	Faktor konfounding :		
	- Usia		<i>T-Test Independent</i>
	- Jenis kelamin		<i>Chi Square</i>
	- Status marital		<i>Chi Square</i>
	- Pendidikan	Kualitas Hidup	<i>Chi Square</i>
	- Pekerjaan		<i>Chi Square</i>
	- Penghasilan		<i>Chi Square</i>
	- Lama menderita penyakit		<i>T-Test Independent</i>
	- Stadium klinis penyakit		<i>Chi Square</i>

Hasil analisis bivariat ini, dapat menunjukkan pembuktian terhadap hipotesis penelitian. Kriteria penolakan dan penerimaan  $H_0$  (hipotesis nol) adalah :

- Bila nilai perhitungan  $p \leq \alpha$  maka keputusannya adalah **Ho ditolak, artinya ada hubungan antara kedua variabel.**
- Bila nilai perhitungan  $P > \alpha$  maka keputusannya adalah **Ho gagal ditolak, artinya tidak ada hubungan antara kedua variabel.**

### 3. Analisis multivariat

Analisis multivariat digunakan untuk mengetahui hubungan antara beberapa variabel bebas dengan variabel terikat. Uji yang digunakan dalam penelitian ini adalah regresi logistik berganda. Dalam regresi logistik berganda, variabel terikat berbentuk kategorik yang bersifat dikotom, sedangkan variabel bebasnya boleh campuran antara variabel kategorik dan numerik (Hastono, 2007).

Analisis regresi logistik berganda dalam penelitian ini menggunakan kombinasi dari pemodelan prediksi dan faktor resiko. Untuk mengetahui diantara variabel bebas yang dominan berhubungan dengan variabel terikat kualitas hidup digunakan pemodelan prediksi. Dan, untuk mengetahui variabel potensial konfounding yang menjadi faktor konfounding/pengganggu terhadap



hubungan antara depresi dan dukungan keluarga dengan kualitas hidup digunakan pemodelan faktor resiko. Adapun tahapan prosedur yang dilakukan pada uji regresi logistik berganda pemodelan multivariat adalah sebagai berikut:

1) Seleksi kandidat

Variabel kandidat dalam penelitian ini adalah variabel bebas (depresi dan dukungan keluarga) dan variabel potensial konfounding (usia, jenis kelamin, status marital, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, stadium klinis penyakit, dan lama menderita penyakit) yang diprediksi berhubungan dengan variabel terikat yaitu kualitas hidup. Variabel kandidat akan dimasukkan ke dalam pemodelan multivariat jika hasil uji bivariat  $p \text{ value} < 0,25$  atau secara substansi dianggap penting.

2) Pemodelan multivariat

Untuk mendapatkan pemodelan multivariat dilakukan dengan cara mempertahankan variabel yang  $p \text{ value-nya} \leq 0,05$  dan mengeluarkan variabel yang  $p \text{ value-nya} > 0,05$  secara bertahap mulai dari  $p \text{ value}$  terbesar.

3) Uji interaksi

Sebelum pemodelan akhir ditetapkan, perlu dilakukan uji interaksi dari variabel-variabel yang diduga ada interaksi. Jika memperlihatkan  $p \text{ value} \leq 0,05$  artinya ada interaksi antara masing-masing variabel tersebut dalam hubungannya dengan variabel terikat kualitas hidup. Sebaliknya jika  $p \text{ value} > 0,05$  artinya tidak ada interaksi. Jika ada interaksi maka variabel tersebut dimasukkan ke dalam model.

4) Uji konfounding

Uji konfounding dilakukan untuk mengetahui apakah variabel potensial konfounding (usia, jenis kelamin, status marital, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, stadium klinis penyakit, dan lama menderita penyakit) memiliki kontribusi pada hubungan antara variabel bebas (depresi dan dukungan keluarga) dengan variabel terikat yakni kualitas hidup. Uji

statistik yang digunakan adalah uji regresi logistik ganda model faktor resiko. Penilaian konfounding dilakukan dengan cara mengeluarkan variabel konfounding satu per satu dimulai dari yang memiliki nilai *p value* terbesar, setelah dikeluarkan apabila diperoleh selisih OR variabel bebas antara sebelum dan sesudah variabel potensial konfounding dikeluarkan lebih besar dari 10%, maka variabel tersebut dinyatakan sebagai faktor konfounding dan harus tetap berada dalam pemodelan.

Langkah selanjutnya, membandingkan nilai OR variabel bebas untuk melihat variabel mana antara depresi dan dukungan keluarga yang paling dominan pengaruhnya terhadap variabel terikat kualitas hidup setelah dikontrol oleh faktor konfounding.

Adapun persamaan model yang dihasilkan adalah sebagai berikut:

$$Z = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_i X_i$$

Keterangan :

$Z$  = nilai indeks variabel independen (kualitas hidup), bervariasi antara  $(-\infty)$  sampai  $(+\infty)$

$\alpha$  = nilai konstanta pada model akhir

$\beta_i$  = nilai B untuk tiap faktor resiko (variabel dependen dan konfounding dalam model akhir).

$X_i$  = kode untuk masing-masing variabel dengan nilai 0 atau 1 (d disesuaikan dengan kode variabel independen)

Selanjutnya, dapat dilanjutkan dengan penghitungan probabilitas kejadian kualitas hidup kurang baik berdasarkan faktor resiko dengan rumus berikut:

$$f(z) = \frac{1}{1 + e^{-z}}$$

Keterangan :

$f(z)$  = probabilitas kejadian kualitas hidup kurang baik berdasarkan faktor resiko (variabel dependen dan konfounding dalam model akhir).

$z$  = nilai indeks variabel independen (kualitas hidup), bervariasi antara  $(-\infty)$  sampai  $(+\infty)$

## BAB V

### HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan tentang hasil penelitian, meliputi: 1) analisis univariat dari masing-masing variabel; 2) analisis bivariat berupa korelasi antara variabel bebas (depresi dan dukungan keluarga) dan variabel potensial konfounding (usia, jenis kelamin, status marital, tingkat pendidikan, pekerjaan, penghasilan, lama menderita penyakit, dan stadium penyakit) dengan kualitas hidup, 3) analisis multivariat yang menggambarkan variabel bebas yang dominan mempengaruhi kualitas hidup serta faktor konfounding yang mempengaruhi hubungan antara variabel bebas dengan kualitas hidup. Jumlah sampel yang didapatkan dalam penelitian ini tidak sesuai dengan yang ditetapkan pada besar sampel, namun jumlahnya masih mencukupi batas minimal sampel yakni 92 responden dan tidak ada responden yang *drop out*. Pengumpulan data dilakukan pada 29 November – 1 Desember 2010 di Unit Layanan Rawat Jalan Pokdisus (Kelompok Studi Khusus) HIV/AIDS RS. Cipto Mangunkusumo Jakarta.

#### 5.1 Hasil Analisis Univariat

##### 5.1.1 Karakteristik Responden

###### a. Karakteristik responden berdasarkan usia dan lama menderita penyakit

Tabel 5.1  
Hasil analisis univariat berdasarkan usia dan lama menderita penyakit  
di RS. Cipto Mangunkusumo November – Desember Tahun 2010  
(n= 92)

Variabel	Mean	Median	SD	Min - Maks	95% CI
Usia	30,43	30,00	3,926	23-41	29,62 – 31,25
Lama menderita penyakit	37,09	38,00	23,38	2-86	32,24 – 41,93

Pada tabel 5.1 menggambarkan hasil analisis rata-rata usia responden dalam penelitian ini adalah 30,43 tahun (95% CI: 29,62 – 31,25), dengan usia paling muda 23 tahun dan usia paling tua 41 tahun. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata usia responden adalah di antara 29,62 - 31,25 tahun.

Sedangkan, distribusi frekuensi berdasarkan lama menderita penyakit dari hasil analisis didapatkan rata-rata lama responden menderita penyakit sejak didiagnosa terinfeksi HIV adalah 37,09 bulan (95% CI: 32,24 – 41,93), dengan waktu paling singkat 2 bulan dan paling lama 86 bulan. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata lama responden menderita penyakit adalah di antara 32,24 - 41,93 bulan.

**b. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, tingkat pendidikan, status marital, pekerjaan, penghasilan, dan stadium penyakit**

Tabel 5.2

Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin, tingkat pendidikan, status marital, status pekerjaan, penghasilan keluarga, dan stadium klinis penyakit di RS. Cipto Mangunkusumo November-Desember Tahun 2010 (n= 92)

Variabel	Jumlah	Persentase
Jenis kelamin		
Pria	65	70,7
Wanita	27	29,3
Tingkat pendidikan		
Rendah	6	6,5
Tinggi	86	93,5
Status marital		
Kawin	44	42,2
Tidak kawin	48	48,8
Status pekerjaan		
Tidak bekerja	19	20,7
Bekerja	73	79,3
Penghasilan keluarga		
Rendah	29	31,5
Tinggi	63	68,5
Stadium klinis penyakit		
Awal	18	19,6
Lanjut	74	80,4

Dari tabel 5.2 didapatkan distribusi jenis kelamin responden dalam penelitian ini yang paling banyak adalah pria yaitu berjumlah 65 orang (70,7%), sedangkan wanita 27 orang (29,3%). Mayoritas responden berpendidikan tinggi yaitu 86 orang (93,5%), dan yang berpendidikan rendah hanya 6 orang (6,5%). Sedangkan berdasarkan status marital diperoleh jumlah responden yang berstatus tidak kawin (belum kawin/duda/janda) lebih banyak yaitu 48 orang (48,8%) dibandingkan dengan yang berstatus kawin yaitu 44 orang (42,2%). Sebagian besar responden bekerja yaitu berjumlah 73 orang (79,3%), sedangkan sisanya tidak bekerja 19 orang (20,7%). Mayoritas responden memiliki penghasilan keluarga tinggi yaitu berjumlah 63 orang (68,5%), sedangkan responden yang memiliki penghasilan keluarga rendah 29 orang (31,5%). Dan, berdasarkan stadium klinis penyakit menunjukkan sebagian besar responden berada pada stadium lanjut yaitu 74 orang (80,4%), sedangkan sisanya 18 orang (19,6%) berada pada stadium awal.

### 5.1.2 Depresi, Dukungan Keluarga, dan Kualitas Hidup

#### a. Kejadian depresi

Diagram 5.1  
Distribusi responden berdasarkan kejadian depresi  
di RS. Cipto Mangunkusumo November-Desember Tahun 2010  
(n= 92)

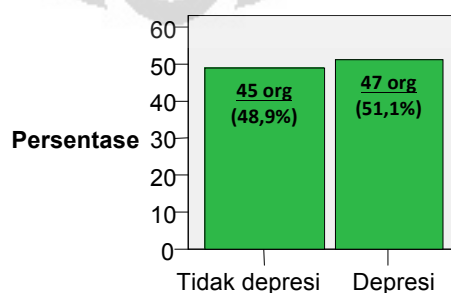


Diagram di atas menggambarkan distribusi responden berdasarkan kejadian depresi, diketahui lebih dari setengah responden mengalami depresi yaitu sebesar 47 orang (51,1%) sedangkan yang tidak depresi 45 orang (48,9%).

## b. Dukungan keluarga

Diagram 5.2  
Distribusi responden berdasarkan dukungan keluarga  
di RS. Cipto Mangunkusumo November-Desember Tahun 2010 (n= 92)

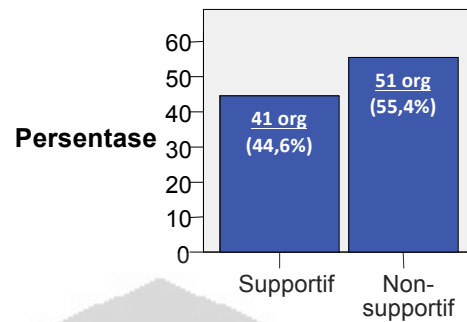
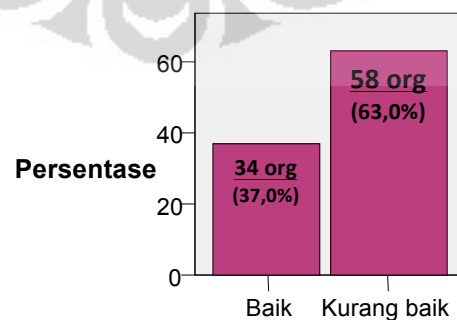


Diagram 5.2 menggambarkan distribusi responden berdasarkan dukungan keluarga, dimana sebagian besar responden mempersepsikan dukungan keluarga *non-supportif* yaitu 51 orang (55,4%) sedangkan yang mempersepsikan dukungan keluarga *supportif* sebanyak 41 orang (44,6%).

## c. Kualitas hidup

Diagram 5.3  
Distribusi responden berdasarkan kualitas hidup  
di RS. Cipto Mangunkusumo November-Desember Tahun 2010  
(n= 92)



Berdasarkan analisis diagram tersebut diketahui bahwa mayoritas responden memiliki kualitas hidup kurang baik yaitu sejumlah 58 orang (63,0%), sedangkan yang memiliki kualitas hidup baik sebanyak 34 orang (37,0%).

## 5.2 Hasil Analisis Bivariat

### 5.2.1 Hubungan antara depresi dengan kualitas hidup

Hubungan antara depresi dengan kualitas hidup responden ditunjukkan pada tabel 5.3 sebagai berikut:

Tabel 5.3  
Hubungan antara depresi dengan kualitas hidup

Depresi	Kualitas hidup						OR (95%CI)	X <sup>2</sup>	p Value
	Kurang baik		Baik		Total				
	n	%	n	%	n	%			
Tidak depresi	18	33,3	27	65,7	45	100	1	26,5	0,000*
Depresi	40	86,3	7	13,7	47	100	12,122 (4,34 – 33,8)		
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>63,0</b>	<b>34</b>	<b>37,0</b>	<b>92</b>	<b>100</b>			

\*Bermakna pada  $\alpha : 0,05$

Hasil analisis hubungan antara depresi dengan kualitas hidup diperoleh responden yang depresi dan memiliki kualitas hidup kurang baik sebanyak 40 orang (86,3%). Sedangkan responden yang tidak depresi dan memiliki kualitas hidup kurang baik sebanyak 18 orang (33,3%). Analisis lebih lanjut pada alpha 5% terdapat hubungan yang bermakna antara depresi dengan kualitas hidup responden ( $p=0,000$ ,  $\alpha=0,05$ ). Analisis keeratan hubungan antara depresi dan kualitas hidup didapatkan nilai OR=12,1, artinya responden yang mengalami depresi beresiko 12,1 kali untuk memiliki kualitas hidup kurang baik dibanding responden yang tidak mengalami depresi (OR 95% CI: 4,34 – 33,8).

### 5.2.2 Hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup

Hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup responden ditunjukkan pada tabel 5.4 sebagai berikut:

Tabel 5.4  
Hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup

Dukungan keluarga	Kualitas hidup						OR (95%CI)	X <sup>2</sup>	p Value
	Kurang baik		Baik		Total				
	n	%	n	%	n	%			
<i>Supportif</i>	11	26,8	30	73,2	41	100	1	30,9	0,000*
<i>Non-supportif</i>	47	91,5	4	8,5	51	100	21,5 (6,49 -71,2)		
<b>Total</b>	58	63,0	34	37,0	92	100			

\*Bermakna pada  $\alpha : 0,05$

Hasil analisis hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup diperoleh responden yang mempersepsikan dukungan keluarga *non-supportif* dan memiliki kualitas hidup kurang baik sebanyak 47 orang (91,5%). Sedangkan responden yang mempersepsikan dukungan keluarga *supportif* dan memiliki kualitas hidup kurang baik sebanyak 11 orang (26,8%). Analisis lebih lanjut pada alpha 5% terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS ( $p=0,000$ ,  $\alpha=0,05$ ). Analisis keeratan hubungan antara dukungan keluarga dan kualitas hidup didapatkan nilai OR = 21,5, artinya responden yang mempersepsikan dukungan keluarga *non-supportif* beresiko 21,5 kali untuk memiliki kualitas hidup kurang baik dibanding responden yang mempersepsikan dukungan keluarga *supportif* (OR 95% CI: 6,49 – 71,2).

### 5.1.3 Hubungan antara usia dan lama menderita penyakit dengan kualitas hidup

Hubungan antara usia dan lama menderita penyakit dengan kualitas hidup responden ditunjukkan pada tabel 5.5 sebagai berikut:



Tabel 5.5  
Hubungan antara usia dan lama menderita penyakit dengan kualitas hidup

Variabel	Kualitas Hidup	Mean	SD	SE	n	t	p Value
Usia	Kurang baik	34,59	3,676	0,483	58	1,563	0,302
	Baik	29,88	3,968	0,680	34		
Lama sakit	Kurang baik	47,98	19,737	2,592	58	2,249	0,049*
	Baik	18,50	16,430	2,818	34		

\*Bermakna pada  $\alpha : 0,05$

Hasil analisis tabel tersebut menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata usia antara responden yang memiliki kualitas hidup baik dengan kualitas hidup kurang baik ( $p=0,302$ ). Namun, pada analisis hubungan antara lama sakit dengan kualitas hidup menunjukkan ada perbedaan yang signifikan rata-rata lama menderita penyakit antara responden yang memiliki kualitas hidup baik dengan kualitas hidup kurang baik ( $p=0,049$ ).

### 5.1.5 Hubungan antara jenis kelamin, tingkat pendidikan, status marital, pekerjaan, penghasilan, dan stadium penyakit dengan kualitas hidup

Tabel 5.6  
Hubungan antara jenis kelamin, tingkat pendidikan, status marital, pekerjaan, penghasilan, stadium penyakit dengan kualitas hidup

Variabel	Kualitas hidup						X <sup>2</sup>	OR (95%CI)	p Value
	Kurang baik		Baik		Total				
	n	%	n	%	n	%			
<b>Jenis kelamin</b>									
• Pria	35	53,8	30	46,2	65	100	6,75	1	0,009*
• Wanita	23	85,2	4	14,8	27	100		4,929 (1,53-15,8)	
	58	63,0	34	37,0	92	100			
<b>Pendidikan</b>									
• Tinggi	53	61,6	33	38,4	86	100	2,03	1	0,048*
• Rendah	5	83,3	1	16,7	6	100		2,017 (0,88-4,48)	
	58	63,0	34	37,0	92	100			
<b>Status marital</b>									
• Kawin	24	54,5	20	45,5	44	100	2,40	1	0,021*
• Tidak kawin	34	70,8	14	29,2	48	100		2,204 (0,86 – 4,78)	
	58	63,0	34	37,0	92	100			
<b>Status pekerjaan</b>									
• Ya	43	58,9	30	41,1	73	100	2,10	1	0,047*
• Tidak	15	78,9	4	21,1	19	100		2,023 (0,69-4,27)	
	58	63,0	34	37,0	92	100			
<b>Penghasilan keluarga</b>									
• Tinggi	37	58,7	26	41,3	63	100		1	0,041*
• Rendah	21	72,4	8	27,6	29	100	2,09	2,021 (0,51-4,07)	
	58	63,0	34	37,0	92	100			
<b>Stadium penyakit</b>									
• Awal	0	0,0	18	100	18	100		1	0,000*
• Lanjut	58	77,0	16	23,0	74	100	34,8	4,353 (2,87 – 6,61)	
	58	63,0	34	37,0	92	100			

\*Bermakna pada  $\alpha : 0,05$

Hasil analisis hubungan antara jenis kelamin dengan kualitas hidup diperoleh responden wanita yang memiliki kualitas hidup kurang baik sebanyak 23 orang (85,2%). Sedangkan responden pria yang memiliki kualitas hidup kurang baik sebanyak 35 orang (53,8%). Analisis lebih lanjut pada alpha 5% terdapat hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan kualitas hidup responden ( $p = 0,009$ ,  $\alpha = 0,05$ ). Analisis keeratan hubungan antara jenis kelamin dan kualitas hidup didapatkan nilai OR = 4,929, artinya responden wanita 4,929 kali beresiko untuk memiliki kualitas hidup kurang baik dibanding responden pria (OR 95% CI: 1,53 - 15,85).

Hasil analisis hubungan antara tingkat pendidikan dengan kualitas hidup diperoleh responden dengan tingkat pendidikan rendah yang memiliki kualitas hidup kurang baik sebanyak 5 orang (83,3%). Sedangkan responden yang berpendidikan tinggi memiliki kualitas hidup kurang baik sebanyak 53 orang (61,6%). Analisis lebih lanjut pada alpha 5% terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan kualitas hidup responden ( $p = 0,048$ ,  $\alpha = 0,05$ ). Analisis keeratan hubungan antara tingkat pendidikan dan kualitas hidup didapatkan nilai OR = 2,017, artinya responden yang berpendidikan rendah beresiko 2,017 kali untuk memiliki kualitas hidup kurang baik dibanding responden yang berpendidikan tinggi (OR 95% CI: 0,88 – 4,48).

Hasil analisis hubungan antara status marital dengan kualitas hidup diperoleh responden dengan status marital tidak kawin yang memiliki kualitas hidup kurang baik sebanyak 34 orang (70,8%). Sedangkan responden dengan status marital kawin yang memiliki kualitas hidup kurang baik sebanyak 24 orang (54,5%). Analisis lebih lanjut pada alpha 5% terdapat hubungan yang bermakna antara status marital dengan kualitas hidup responden ( $p = 0,021$ ,  $\alpha = 0,05$ ). Analisis keeratan hubungan antara status marital dan kualitas hidup didapatkan nilai OR = 2,024, artinya responden yang berstatus tidak kawin beresiko 2,024 kali

untuk memiliki kualitas hidup kurang baik dibanding responden yang berstatus kawin (OR 95% CI: 0,86 - 4,78).

Hasil analisis hubungan antara status pekerjaan dengan kualitas hidup diperoleh responden yang tidak bekerja yang memiliki kualitas hidup kurang baik sebanyak 15 orang (78,9%). Sedangkan responden yang bekerja yang memiliki kualitas hidup kurang baik sebanyak 43 orang (58,9%). Analisis lebih lanjut pada alpha 5% terdapat hubungan yang bermakna antara status pekerjaan dengan kualitas hidup responden ( $p=0,047$ ,  $\alpha=0,05$ ). Analisis keeratan hubungan antara status pekerjaan dan kualitas hidup didapatkan nilai OR = 2,023, artinya responden yang tidak bekerja beresiko 2,023 kali untuk memiliki kualitas hidup kurang baik dibanding responden yang bekerja (OR 95% CI: 0,69 - 4,27).

Hasil analisis hubungan antara penghasilan keluarga dengan kualitas hidup diperoleh responden dengan penghasilan rendah yang memiliki kualitas hidup kurang baik sebanyak 21 orang (72,4%). Sedangkan responden dengan penghasilan tinggi yang memiliki kualitas hidup kurang baik sebanyak 37 orang (58,7%). Analisis lebih lanjut pada alpha 5% terdapat hubungan yang bermakna antara penghasilan keluarga dengan kualitas hidup responden ( $p = 0,041$ ,  $\alpha = 0,05$ ). Analisis keeratan hubungan antara penghasilan keluarga dan kualitas hidup didapatkan nilai OR = 2,021, artinya responden dengan penghasilan keluarga rendah beresiko 2,021 kali untuk memiliki kualitas hidup kurang baik dibanding responden dengan penghasilan keluarga tinggi (OR 95% CI: 0,51 – 4,07).

Hasil analisis hubungan antara stadium klinis penyakit dengan kualitas hidup diperoleh responden yang berada pada stadium lanjut memiliki kualitas hidup kurang baik sebanyak 58 orang (77,0%). Sedangkan keseluruhan pasien dengan stadium penyakit awal memiliki kualitas hidup baik, yang artinya tidak ada yang memiliki kualitas hidup kurang baik (0,0%). Analisis lebih lanjut pada alpha 5% terdapat hubungan yang

bermakna antara stadium klinis penyakit dengan kualitas hidup responden ( $p = 0,000$ ,  $\alpha = 0,05$ ). Analisis keeratan hubungan antara stadium klinis penyakit dan kualitas hidup didapatkan nilai  $OR = 4,353$ , artinya responden pada stadium lanjut beresiko 4,353 kali untuk memiliki kualitas hidup kurang baik dibanding responden yang berada pada stadium awal penyakit ( $OR$  95%  $CI$ : 2,87 – 6,61).

### 5.3 Hasil Analisis Multivariat

#### 5.3.1 Seleksi kandidat

Pada tahap ini, dilakukan penyeleksian variabel bebas (depresi dan dukungan keluarga) dan variabel konfounding (usia, jenis kelamin, status marital, tingkat pendidikan, status pekerjaan, penghasilan keluarga, lama menderita penyakit, dan stadium klinis penyakit) yang diprediksi berhubungan dengan kualitas hidup. Hasil analisis bivariat yang dilakukan adalah sebagai berikut:

Tabel 5.7

Hasil seleksi bivariat uji regresi logistik sederhana variabel bebas dan variabel konfounding dengan kualitas hidup

No.	Variabel	Wald	p Value
1.	Depresi	24,3	0,000*
2.	Dukungan keluarga	30,6	0,000*
3.	Usia	1,58	0,290
4.	Tingkat pendidikan	2,01	0,049*
5.	Jenis kelamin	6,83	0,003*
6.	Status marital	2,37	0,019*
7.	Penghasilan keluarga	2,02	0,038*
8.	Status pekerjaan	2,07	0,046*
9.	Lama menderita penyakit	2,15	0,053*
10.	Stadium klinis penyakit	32,8	0,000*

\*Masuk ke tahap selanjutnya

Tabel 5.7 menunjukkan ada 9 variabel yang nilai *p value*-nya  $< 0,25$ , yaitu depresi, dukungan keluarga, jenis kelamin, status marital, tingkat

pendidikan, pekerjaan, penghasilan, lama menderita penyakit, dan stadium klinik penyakit. Kesembilan variabel tersebut bisa diteruskan ke dalam tahap pemodelan multivariat.

### 5.3.2 Pemodelan multivariat

Hasil uji regresi logistik berganda menghasilkan dari 9 variabel terdapat 4 variabel yang memiliki  $p$  value  $> 0,05$  yaitu tingkat pendidikan, status pekerjaan, penghasilan keluarga, dan lama menderita penyakit. Keempat variabel tersebut dikeluarkan secara bertahap mulai dari variabel dengan  $p$  value terbesar. Hasil pemodelan multivariat ditunjukkan pada tabel 5.8.

Tabel 5.8  
Hasil analisis pemodelan multivariat variabel bebas dan variabel konfounding dengan kualitas hidup

Variabel	B	Wald	p-Value	OR	95% CI
Dukungan keluarga					
a. Supportif				1	
b. Non-supportif	4,151	9,929	0,002	12,064	4,082-35,874
Depresi					
a. Tidak depresi				1	
b. Depresi	3,672	7,626	0,006	10,349	3,980-28,762
Jenis kelamin					
a. Pria				1	
b. Wanita	2,269	4,241	0,031	5,669	2,125-18,385
Stadium klinis penyakit					
a. Awal				1	
b. Lanjut	1,231	2,876	0,023	3,454	1,059-12,419
Status marital					
a. Kawin				1	
b. Tidak kawin	0,982	1,204	0,047	2,096	1,003-5,594

Analisis pada pemodelan di atas menunjukkan lima variabel yang memiliki hubungan bermakna dengan kualitas hidup pasien yaitu dukungan keluarga, depresi, jenis kelamin, stadium penyakit, dan status

marital. Selanjutnya, kelima variabel tersebut akan dilakukan uji interaksi pada tahap berikutnya.

### 5.3.3 Uji interaksi

Uji interaksi dilakukan sebelum pemodelan terakhir ditetapkan. Tabel 5.9 menunjukkan hasil uji interaksi variabel dukungan keluarga, depresi, jenis kelamin, stadium penyakit, dan status marital yang diduga ada interaksi sebelum pemodelan terakhir ditetapkan.

Tabel 5.9  
Hasil analisis uji interaksi variabel depresi, dukungan keluarga, jenis kelamin, stadium penyakit, dan status marital dalam hubungan dengan kualitas hidup

No.	Variabel	p Value
1.	Depresi*jenis kelamin	0,996
2.	Depresi*stadium penyakit	0,998
3.	Depresi*status marital	0,997
4.	Depresi*dukungan keluarga	0,996
5.	Dukungan keluarga*status marital	0,998

Analisis tabel di atas menunjukkan tidak terdapat interaksi yang bermakna dari masing-masing variabel dalam hubungannya dengan kualitas hidup ( $p \geq 0,05$ ).

### 5.3.4 Uji konfounding

Uji konfounding dilakukan untuk mengidentifikasi faktor potensial konfounding yang mempengaruhi hubungan antara dukungan keluarga dan depresi dengan kualitas hidup. Faktor konfounding ditentukan dari hasil selisih nilai OR sebelum dan sesudah masing-masing dari variabel tersebut dikeluarkan, mulai dari variabel dengan *p-value* terbesar. Bila selisih nilai  $OR > 10\%$ , maka variabel tersebut merupakan faktor konfounding pada hubungan antara dukungan keluarga dan depresi dengan kualitas hidup. Hasil uji konfounding ditunjukkan pada tabel 5.10.

Tabel 5.10  
 Hasil analisis uji konfounding dalam hubungan antara dukungan keluarga dan depresi dengan kualitas hidup

Variabel bebas	Potensial konfounding	OR		$\Delta$ OR
		Sebelum	Sesudah	
Dukungan keluarga	Jenis kelamin	12,064	10,713	11,2 %*
	Status marital	12,064	10,218	15,3 %*
	Stadium klinis penyakit	12,064	10,279	14,8 %*
Depresi	Jenis kelamin	10,349	8,652	16,4 %*
	Status marital	10,349	8,507	17,8 %*
	Stadium klinis penyakit	10,349	8,848	14,5 %*

\*Sebagai faktor konfounding

Dari hasil analisis uji konfounding didapatkan bahwa jenis kelamin, status marital, dan stadium klinis penyakit menjadi faktor konfounding dalam hubungan antara depresi dan dukungan keluarga dengan kualitas hidup. Oleh karena itu, ketiga variabel tersebut tetap dimasukkan dalam pemodelan akhir.



### 5.3.5 Model akhir

Tabel 5.11  
Model akhir hasil analisis multivariat hubungan antara depresi dan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS di RS. Cipto Mangokusumo (n=92)

Variabel	B	Wald	p-Value	OR (95% CI)
Dukungan keluarga				1
a. Supportif				1
b. Non-supportif	4,151	9,929	0,002	12,064 (4,082-35,874)
Depresi				1
a. Tidak depresi				1
b. Depresi	3,672	7,626	0,006	10,349 (3,980-28,762)
Jenis kelamin				1
a. Pria				1
b. Wanita	2,269	4,241	0,031	5,669 (2,125-18,385)
Stadium klinis penyakit				1
a. Stadium awal				1
b. Stadium lanjut	1,231	2,876	0,023	3,454 (1,059-12,419)
Status marital				1
a. Kawin				1
b. Tidak kawin	0,982	1,204	0,047	2,096 (1,003-5,594)
Constant	-5,131	0,000	0,099	0,000

Model yang dihasilkan adalah sebagai berikut:

$$Z = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_i X_i$$

$\text{Kualitas hidup} = -5,13 + 4,15 \text{ dukungan kel} + 3,67 \text{ depresi} + 2,27 \text{ j.kel} + 1,23 \text{ std.penyakit} + 0,98 \text{ st.marital}$
---

Berdasarkan model pada tabel 5.11 di atas, faktor dominan yang mempengaruhi kualitas hidup responden adalah dukungan keluarga karena memiliki nilai *Odd Ratio* paling besar (OR= 12,06). Sesuai model tersebut dapat disimpulkan bahwa 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 (OR 95% CI: 4,082-35,874).

Sedangkan, responden yang mengalami 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 klinis penyakit (OR 95% CI: 3,980-28,762).

Responden wanita beresiko 5,67 kali untuk memiliki kualitas hidup kurang baik dibanding dengan responden pria setelah dikontrol oleh dukungan keluarga, depresi, status marital, dan stadium klinis penyakit (OR 95% CI: 2,125-18,385).

Responden yang berada pada stadium klinis lanjut beresiko 3,45 kali untuk memiliki kualitas hidup kurang baik dibanding dengan yang berada pada stadium klinis awal setelah dikontrol oleh dukungan keluarga, depresi, jenis kelamin, dan status marital (OR 95% CI: 1,059-12,419).

Dan, responden yang tidak kawin (belum kawin/janda/duda) beresiko 2,09 kali untuk memiliki kualitas hidup kurang baik dibanding dengan yang berstatus kawin setelah dikontrol oleh dukungan keluarga, depresi, jenis kelamin, dan stadium klinis penyakit (OR 95% CI: 1,059-12,419).

Aplikasi pemodelan multivariat yang telah terbentuk sebagai berikut:

$$\text{Kualitas hidup} = -5,13 + 4,15 \text{ dukungan kel} + 3,67 \text{ depresi} + 2,27 \text{ j.kel} + 1,23 \text{ std.penyakit} + 0,98 \text{ st.marital}$$

$$f(Z) = \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_i X_i)}}$$

$$P(x) = \frac{1}{1 + e^{-(-5,13 + 4,15 \text{ dukungan kel} + 3,67 \text{ depresi} + 2,27 \text{ j.kel} + 1,23 \text{ std.penyakit} + 0,98 \text{ st.marital})}}$$

Contoh aplikasi pemodelan multivariat :

Dukungan keluarga		Kejadian depresi	
Supportif	= 0	Tidak depresi	= 0
Non-supportif	= 1	Depresi	= 1
Jenis kelamin		Kualitas hidup	
Pria	= 0	Baik	= 0
Wanita	= 1	Kurang baik	= 1
Stadium klinis penyakit		Konstanta	= -5,13
Stadium awal	= 0		
Stadium lanjut	= 1		
Status marital			
Kawin	= 0		
Belum kawin/ duda/ janda	= 1		

Apabila ada pasien HIV/AIDS dengan dukungan keluarga *non-supportif*, depresi, berjenis kelamin pria, berstatus kawin, dan berada pada stadium klinis penyakit awal, maka resiko untuk memiliki kualitas hidup kurang baik dapat dihitung seperti berikut:

$$P(x) = \frac{1}{1 + e^{-(-5,13 + 4,15 \text{ dukungan kel} + 3,67 \text{ depresi} + 2,27 \text{ j.kel} + 1,23 \text{ std.penyakit} + 0,98 \text{ st.marital})}}$$

$$P(1) = \frac{1}{1 + e^{-[-5,13 + (4,15 \times 1) + (3,67 \times 1) + (2,27 \times 0) + (1,23 \times 0) + (0,98 \times 0]}}$$

$$= 0,84 \text{ atau } 84\%$$

Jadi, pasien HIV/AIDS yang mendapatkan dukungan keluarga *non-supportif*, mengalami depresi, berjenis kelamin pria, berstatus kawin, dan berada pada stadium klinis penyakit awal, maka resiko untuk memiliki kualitas hidup kurang baik adalah sebesar 84%.

Sedangkan pasien HIV/AIDS dengan dukungan keluarga *supportif*, tidak depresi, berjenis kelamin wanita, berstatus tidak kawin, dan berada pada stadium klinis penyakit lanjut, maka resiko untuk memiliki kualitas hidup kurang baik dapat dihitung seperti berikut:

$$P(x) = \frac{1}{1 + e^{-(-5,13 + 4,15 \text{ dukungan kel} + 3,67 \text{ depresi} + 2,27 \text{ j.kel} + 1,23 \text{ std.penyakit} + 0,98 \text{ st.marital})}}$$

$$P(1) = \frac{1}{1 + e^{-[-5,13 + (4,15 \times 0) + (3,67 \times 0) + (2,27 \times 1) + (1,23 \times 1) + (0,98 \times 1)']}}$$

$$= 0,34 \text{ atau } 34\%$$

Sehingga dapat diketahui bahwa pada pasien HIV/AIDS yang mendapatkan dukungan keluarga *supportif*, tidak mengalami depresi, berjenis kelamin wanita, berstatus tidak kawin, dan berada pada stadium klinis penyakit lanjut, maka resiko untuk memiliki kualitas hidup kurang baik adalah sebesar 34%.

## **BAB VI**

### **PEMBAHASAN**

Bab ini membahas mengenai hasil penelitian meliputi hubungan antara karakteristik responden dengan kualitas hidup, hubungan antara depresi dan dukungan keluarga dengan kualitas hidup, serta faktor konfounding yang mempengaruhi hubungan antara depresi dan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS. Disamping itu dibahas juga mengenai implikasi hasil penelitian terhadap keperawatan serta keterbatasan penelitian.

#### **6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian**

##### **6.1.1 Hubungan antara karakteristik responden dengan kualitas hidup**

###### **a. Usia**

Rata-rata usia responden dalam penelitian ini adalah 30,43 tahun dengan rentang usia 29,62-31,25 tahun. Usia rata-rata tersebut sesuai dengan hasil survei yang dilakukan oleh UNAIDS (2009) pada penderita HIV/AIDS di dunia dimana kelompok usia paling banyak terinfeksi HIV adalah berada pada kelompok usia produktif 20-40 tahun. Sedangkan berdasarkan data survei dari Ditjen PPM & PL Depkes RI (2009) hasilnya juga tidak jauh berbeda dimana jumlah penderita HIV/AIDS paling banyak berada pada kelompok usia 20-29 tahun dan 30-39 tahun.

Namun bila dilihat dari hasil-hasil penelitian sebelumnya, usia rata-rata tersebut masih lebih muda dibandingkan dengan hasil penelitian Li, et al. (2009) yang mendapatkan rata-rata usia penderita HIV/AIDS 37,7 tahun, penelitian Greeff, et al. (2009) dengan hasil usia rata-rata responden penelitiannya 36,8 tahun, dan Nojomi, et al. (2008) yang menemukan karakteristik usia rata-rata penderita HIV/AIDS dalam penelitiannya 35,4 tahun. Usia penderita yang lebih muda tersebut

kemungkinan besar dikarenakan oleh perbedaan cara penularan. Dari data Komisi Penanggulangan AIDS (2010), di Indonesia paling banyak cara penularan HIV melalui IDU (*Injecting Drug User*) yang kasusnya banyak terjadi pada kelompok usia remaja. Sedangkan di luar negeri, khususnya pada penelitian yang disebut di atas, infeksi HIV banyak terjadi melalui hubungan seksual (homoseksual dan heteroseksual) pada usia dewasa awal.

Pada analisis lebih lanjut, dalam penelitian ini menunjukkan hipotesis tidak terbukti dimana usia tidak mempengaruhi kualitas hidup responden ( $p = 0,302$ ,  $\alpha = 0,05$ ). Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Douaihy dan Nojomi, et al. Douaihy (2001) yang penelitiannya melibatkan 2.864 penderita HIV menemukan perbedaan umur tidak mempengaruhi kualitas hidup. Pada penelitian Nojomi, Anbary, dan Ranjbar (2008) terhadap 139 penderita HIV ternyata usia tidak berpengaruh terhadap kualitas hidup.

Secara umum, bertambahnya usia seseorang mempengaruhi kualitas hidupnya. Hal ini dikarenakan oleh perubahan fisik, sosial, dan psikologis (Nazir, 2006). Namun, pada kasus pasien HIV/AIDS, kualitas hidup tidak dipengaruhi oleh usia. Menurut peneliti, hal ini dikarenakan diagnosa HIV itu sendiri sudah menjadi *stressor* yang mempengaruhi seluruh aspek dalam kehidupan pasien. Sehingga kualitas hidup yang kurang baik tidak terbatas pada usia yang lebih tua namun juga pada usia yang lebih muda.

#### **b. Jenis kelamin**

Distribusi jenis kelamin responden yang paling banyak dalam penelitian ini adalah pria yaitu berjumlah 65 orang (70,7%) sedangkan wanita 27,7%. Hasil ini sesuai dengan jumlah penderita terbesar di dunia adalah pria (UNAIDS, 2009). Dari data survei Depkes RI, didapatkan hasil yang tidak jauh yaitu 74,8% dari keseluruhan jumlah

penderita HIV di Indonesia adalah laki-laki. Hasil penelitian ini juga senada dengan hasil-hasil penelitian sebelumnya diantaranya penelitian Nojomi, Anbary, dan Ranjbar (2008) yang mendapatkan 88,5% respondennya berjenis kelamin laki-laki, penelitian Wig, et al. (2006) dari 68 pasien dalam penelitiannya 88,2% adalah pria, dan Douaihy (2001) yang mendapatkan hasil karakteristik jenis kelamin responden dalam penelitiannya 70% adalah laki-laki. 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, dalam penelitian ini menunjukkan hipotesis terbukti dimana ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dan kualitas hidup responden, dimana wanita lebih beresiko 5 kali untuk memiliki kualitas hidup kurang baik daripada laki-laki ( $p = 0,009$ ,  $\alpha = 0,05$ ). Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Nojomi, Anbary, dan Ranjbar (2008) dimana jenis kelamin merupakan faktor yang signifikan mempengaruhi kualitas hidup ( $p = 0,001$ ,  $\alpha = 0,05$ ). Selain itu, hasil ini senada pula dengan penelitian Nirmal, et al. (2008) yang mendapatkan bahwa jenis kelamin merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien HIV/AIDS. Pada penelitian lainnya yang dilakukan oleh Nazir (2006) dan Lucas, et al. (2006, dalam Afiyah, 2010) juga mengungkapkan bahwa laki-laki mempunyai kualitas hidup lebih baik dibanding wanita.

Menurut peneliti, 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 (Paminto, 2007). Selanjutnya, hal ini akan mempengaruhi kualitas hidupnya secara keseluruhan.

### c. Tingkat pendidikan

Dari hasil penelitian ini diketahui paling banyak responden tingkat pendidikannya tinggi (SLTA dan perguruan tinggi) yaitu 86 orang (93,5%), sedangkan yang tingkat pendidikannya rendah (SD dan SLTP) hanya 6,5%. Hasil ini sesuai dengan hasil-hasil penelitian sebelumnya seperti penelitian Greeff, et al. (2009) yang mendapatkan responden dalam penelitiannya paling banyak memiliki pendidikan menengah ke atas. Selain itu, Douaihy (2001) juga mendapatkan sebagian besar dari responden pasien HIV dalam penelitiannya lulus SMA dan perguruan tinggi.

Pada analisis lebih lanjut, dalam penelitian ini menunjukkan hipotesis terbukti dimana ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dan kualitas hidup responden, dimana responden yang berpendidikan rendah lebih beresiko 2,017 kali untuk memiliki kualitas hidup kurang baik daripada responden yang berpendidikan tinggi ( $p = 0,048$ ,  $\alpha = 0,05$ ). Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Nirmal, et al. (2008) dimana tingkat pendidikan merupakan faktor yang signifikan mempengaruhi kualitas hidup ( $p = 0,037$ ,  $\alpha = 0,05$ ). Selain itu, hasil ini senada pula dengan penelitian Greeff, et al. (2009) dan Wig, et al. (2006) yang mendapatkan bahwa tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien HIV/AIDS. Pada penelitian lainnya yang dilakukan oleh Nazir (2006) dan Lucas, et al. (2006, dalam Afyah,



2010) juga mengungkapkan bahwa individu dengan pendidikan rendah (di bawah SMA) memiliki kualitas hidup yang kurang baik dibandingkan dengan individu yang berpendidikan tinggi.

Menurut peneliti, pasien HIV/AIDS dengan tingkat pendidikan tinggi akan mempunyai kemampuan kognitif yang baik untuk mencari dan memahami informasi mengenai perawatan penyakitnya sehingga pasien dapat mengontrol penyakitnya. Selain itu, pasien dengan pendidikan tinggi juga lebih dapat untuk mengembangkan mekanisme koping konstruktif dalam menghadapi stressor (Rubin & Peyrot, 2001). Sehingga hal ini akan mempengaruhi kualitas hidupnya. Oleh karena itu, kualitas hidup pasien dengan pendidikan tinggi lebih baik.

#### **d. Status marital**

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 Ranjbar (2008) namun jumlahnya lebih signifikan yaitu kawin (27,3%) dan tidak kawin/cerai (62,7%). Begitu halnya juga dengan penelitian Greeff, et al. (2009) 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, dalam penelitian ini menunjukkan hipotesis terbukti dimana 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 (2008), 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. (2009) yang mendapatkan bahwa status marital merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien HIV/AIDS. Pada penelitian lainnya yang dilakukan oleh Nazir (2006) dan Lucas, et al. (2006, dalam Afyah, 2010) juga mengungkapkan bahwa individu yang belum menikah dan bercerai mempunyai kualitas hidup yang lebih buruk dibandingkan dengan individu yang berstatus menikah.

Menurut peneliti, pasien HIV/AIDS dengan status menikah akan mempunyai harga diri yang lebih tinggi dan mempunyai sumber koping yang adekuat dari pasangannya sehingga dapat lebih mengembangkan koping 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.

**e. Status pekerjaan**

Mayoritas responden dalam penelitian ini adalah bekerja yaitu berjumlah 73 orang (79,3%) sedangkan untuk yang tidak bekerja 20,7%. Hasil ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Greeff, et al. (2009), dimana respondennya 73% tidak bekerja dan sisanya bekerja. Begitu juga dengan penelitian Douaihy (2001) yang mendapatkan 65,4% pasien HIV tidak bekerja. Perbedaan ini kemungkinan besar disebabkan oleh karena dalam penelitian ini tidak membagi klasifikasi pasien melakukan pekerjaan tetap atau tidak, karena ada kemungkinan pasien melakukan pekerjaan tidak tetap.

Sedangkan untuk penelitian lainnya membatasi klasifikasi hanya pada pekerjaan tetap dan tidak bekerja.

Pada analisis lebih lanjut, dalam penelitian ini menunjukkan hipotesis terbukti dimana ada hubungan yang signifikan antara status pekerjaan dan kualitas hidup responden, dimana responden yang tidak bekerja lebih beresiko 2,023 kali untuk memiliki kualitas hidup kurang baik daripada responden yang bekerja ( $p = 0,047$ ,  $\alpha = 0,05$ ). Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Nojomi, Anbary, dan Ranjbar (2008), dimana status pekerjaan merupakan faktor yang signifikan mempengaruhi kualitas hidup. Selain itu, hasil ini senada pula dengan penelitian Wig, et al. (2006) yang mendapatkan bahwa status pekerjaan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien HIV/AIDS ( $p = 0,04$ ,  $\alpha = 0,05$ ). Pada penelitian lainnya yang dilakukan oleh Nazir (2006) dan Lucas, et al. (2006, dalam Afiyah, 2010) juga mengungkapkan bahwa individu yang tidak bekerja dan pensiun mempunyai kualitas hidup yang lebih buruk dibandingkan dengan individu yang bekerja.

Menurut peneliti, pasien HIV/AIDS yang bekerja akan mempunyai harga diri yang lebih tinggi dan mempunyai sumber finansial yang dapat menunjang untuk pemenuhan kebutuhan hidupnya. Selain itu, pada pasien yang bekerja mempunyai sumber koping dari komunitas di tempatnya bekerja sehingga dukungan yang didapatnya tidak hanya dari lingkup keluarga dan lingkungan rumah. Pasien yang bekerja juga merasa masih dapat menjalankan perannya sebagai kepala keluarga (bagi pasien pria yang sudah menikah) untuk mencari nafkah sehingga merasa masih dapat diandalkan oleh keluarga. Oleh karena itu, kualitas hidup pasien yang bekerja akan lebih baik.

#### f. Penghasilan keluarga

Distribusi penghasilan keluarga responden dalam penelitian ini yang paling banyak adalah berpenghasilan tinggi yaitu berjumlah 63 orang (79,3%) sedangkan yang berpenghasilan rendah 31,5%. Hasil ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Oluwagbemiga (2007), dimana 62,8% dari respondennya mempunyai penghasilan di bawah standar minimum pendapatan. Begitu juga dengan penelitian Wig, et al. (2006) yang mendapatkan rata-rata pendapatan pasien per bulannya kurang dari 100 US *dollar*. Perbedaan ini kemungkinan besar disebabkan oleh karena saat ini pada keluarga yang hidup di kota besar seperti halnya Jakarta, kebanyakan individu tidak hanya berfokus pada satu mata pencaharian sehingga pendapatan yang diterima dapat mencukupi kebutuhan atau melebihi UMR (tinggi). Sedangkan pada penelitian lainnya cukup beragam dari wilayah urban dan rural. Selain itu, pada penelitian lainnya hanya membatasi pendapatan dari pribadi individu sehingga ada perbedaan.

Pada analisis lebih lanjut, dalam penelitian ini menunjukkan hipotesis terbukti dimana ada hubungan yang signifikan antara penghasilan keluarga dengan kualitas hidup responden, dimana responden dengan penghasilan keluarga rendah lebih beresiko 2,021 kali untuk memiliki kualitas hidup kurang baik daripada responden berpenghasilan tinggi ( $p=0,041$ ,  $\alpha=0,05$ ). Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Worthington & Krentz (2005) dimana status sosial-ekonomi (penghasilan) merupakan faktor yang signifikan mempengaruhi kualitas hidup. Selain itu, hasil ini senada pula dengan penelitian Wig, et al. (2006) yang mendapatkan bahwa pendapatan/penghasilan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien HIV/AIDS ( $p = 0,048$ ,  $\alpha = 0,05$ ). Pada penelitian lainnya yang dilakukan oleh Nazir (2006) dalam juga mengungkapkan bahwa penduduk dengan penghasilan yang tidak bisa mencukupi kebutuhan hidup sehari-hari mempunyai kualitas hidup

yang lebih buruk dibandingkan dengan penduduk dengan penghasilan yang mencukupi.

Pasien yang mempunyai pendapatan keluarga yang mencukupi dapat menunjang untuk pemenuhan kebutuhan hidupnya. Sehingga dalam hal ini bukan hanya dapat menunjang kebutuhan hidup sehari-hari namun juga biaya pengobatan yang diperlukan terkait penyakit sehingga dapat menjaga derajat kesehatannya (Oluwagbemiga, 2007). Oleh karena itu, hal ini dapat mempengaruhi kualitas hidupnya.

#### **g. Stadium klinis penyakit**

Distribusi stadium klinis penyakit diantara 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 Ranjbar (2008) yang mendapatkan 70,5% respondennya berada pada stadium lanjut (simptomatik dan AIDS) sedangkan sisanya pada stadium asimptomatik. Selain itu, penelitian Wig, et al. (2006) yang mendapatkan mayoritas dari responden penelitiannya berada pada tahap HIV simptomatik.

Pada analisis lebih lanjut, dalam penelitian ini menunjukkan hipotesis terbukti dimana 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 (2008), 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. (2006) 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. (2001) juga mengungkapkan bahwa pada penderita HIV yang mengalami gejala mempunyai kualitas hidup yang lebih buruk dibanding dengan penderita HIV asimtomatik.

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.

#### **h. Lama menderita penyakit**

Rata-rata lama responden menderita penyakit adalah 37,09 bulan (3,08 tahun) dengan rentang 32,24 – 41,93 bulan. Hasil ini tidak jauh berbeda dengan hasil penelitian Greeff, et al. (2009) yang mendapatkan rata-rata lama periode sejak didiagnosa HIV pada responden dalam penelitiannya adalah 3,2 tahun. Selain itu, dari penelitian Douaihy (2001) juga didapatkan hasil yang tidak jauh berbeda yaitu rata-rata lama menderita HIV 3,6 tahun.

Pada analisis lebih lanjut, dalam penelitian ini menunjukkan hipotesis terbukti dimana ada perbedaan yang signifikan rata-rata lama menderita penyakit antara responden yang memiliki kualitas hidup baik (18,50 bulan) dengan kualitas hidup kurang baik (47,98 bulan) ( $p = 0,049$ ,  $\alpha = 0,05$ ). Hasil ini menunjukkan semakin lama responden menderita penyakit maka semakin buruk kualitas hidupnya. Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Greeff, et al. (2009) dimana lama menderita penyakit merupakan faktor yang signifikan mempengaruhi kualitas hidup. Selain itu, hasil ini senada pula dengan

penelitian Nojomi, Anbary, dan Ranjbar (2008) yang mendapatkan bahwa semakin lama menderita penyakit maka akan semakin memperburuk kualitas hidup pasien HIV/AIDS.

Berdasarkan teori, dapat dilihat dari perjalanan penyakit dimana semakin lama pasien menderita penyakit maka akan semakin menurun derajat kesehatannya. Hal ini terkait dengan penurunan jumlah CD4 yang ada dalam tubuh seiring perjalanan penyakit (Sudoyo, dkk, 2007). Maka semakin lama waktu sakit akan semakin rentan pula pasien terkena berbagai komplikasi penyakit dari yang ringan hingga berat. Selain itu, sejauh ini pengobatan yang ada untuk penyakit ini hanya bersifat menekan replikasi virus namun tidak menyembuhkan (Djoerban, 2001). Hal ini menuntut pasien untuk mengkonsumsi obat ARV seumur hidup guna mempertahankan stabilitas penyakitnya. Efeknya, selain ada kejenuhan juga muncul efek samping obat seperti gangguan pencernaan, pusing, dan keluhan lainnya yang akan mempengaruhi derajat kesehatannya. Sehingga hal ini akan mempengaruhi secara keseluruhan pada aspek-aspek dalam kualitas hidup pasien.

### **6.1.2 Hubungan antara depresi dan dukungan keluarga dengan kualitas hidup**

#### **a. Kualitas hidup**

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 (2008), dimana mayoritas responden yakni pasien HIV/AIDS dalam penelitiannya mempersepsikan kualitas hidupnya rendah atau kurang baik. Selain itu, dari penelitian Douaihy (2001) juga didapatkan hasil yang tidak jauh berbeda dimana 62,6% pasien HIV memiliki kualitas hidup yang buruk. Sedangkan, dari

penelitian lainnya yang dilakukan oleh Agustanti (2006) di Lampung didapatkan hasil yang tidak jauh berbeda yakni hampir separuh dari responden (ODHA) mempersepsikan tingkat kualitas hidupnya rendah.

Secara konsep, adanya penyakit kronik seperti halnya penyakit HIV/AIDS akan menurunkan kualitas hidup penderita (Nazir, 2006). Selain itu, masalah pada pasien HIV/AIDS tidak hanya terbatas pada masalah fisik namun juga menyangkut masalah psikologis, ekonomi, dan sosial (Douaihy, 2001; Purnama & Haryanti, 2006; Oluwagbemiga, 2007). Hal tersebut akan semakin memperburuk kualitas hidup pasien.

#### **b. Depresi**

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 Schulte (2000) 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. Hawari (2006) 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 Iskandar (2008) 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 (2001), David & Brian (2000), dan Cichocki (2009) 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 hipotesis terbukti dimana 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, (2001) 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. (2010) 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.

Secara konsep, keadaan stres pada individu yang depresi akan menstimulasi *hypothalamus* untuk melepaskan neuropeptida yang

akan mengaktivasi ANS (*Autonomic Nerve System*) dan *hypofise* untuk mengeluarkan kortikosteroid dan katekolamin yang merupakan hormon-hormon yang bereaksi terhadap kondisi stres. Peningkatan kadar glukokortikoid akan mengganggu sistem imunitas, yang menyebabkan CD4 pasien semakin turun dan pasien semakin rentan terkena infeksi dan perburukan kondisi kesehatan (Gunawan & Sumadiono, 2007; Robinson, 2003).

Selain itu, depresi dapat berkontribusi pada penurunan kesehatan fisik dan mental yang menyebabkan seseorang malas untuk melakukan aktivitas *self care* harian secara rutin. Pada pasien HIV/AIDS, ini berpengaruh pada ketidakpatuhan terhadap regimen terapi ARV. Ditambah lagi nafsu makan yang berkurang, keengganan untuk berolahraga, dan kesulitan tidur. Hal ini dapat menyebabkan kondisi fisik yang semakin menurun sehingga memperberat penyakitnya (Holmes et. al, 2007). Li et al (2009) juga menemukan pada penelitiannya bahwa perasaan depresi dapat menyebabkan pasien HIV/AIDS sungkan untuk mencari bantuan pengobatan, perawatan, dan informasi tentang penanganan terhadap penyakitnya yang pada akhirnya dapat memperburuk derajat kesehatannya.

Cichocki (2009) juga menambahkan keadaan depresi membuat pasien pesimis terhadap 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. Sehingga hal ini akan mempengaruhi secara keseluruhan pada aspek-aspek dalam kualitas hidup pasien.

Lubis (2008) menyatakan ada beberapa cara penanganan yang dapat dilakukan dalam menangani pasien depresi diantaranya medikasi (antidepresan), terapi *cognitive-behavior* (meningkatkan harga diri), terapi interpersonal, konseling kelompok, dan lain-lain. Sedangkan,

untuk upaya pencegahan dapat dilakukan *skrining* terutama pada kelompok beresiko seperti pasien dengan penyakit kronik dalam hal ini penyakit HIV/AIDS sehingga dapat ditindaklanjuti secara dini. Selain itu, dapat pula diberikan pelatihan mengenai cara-cara penanganan stres berupa terapi-terapi relaksasi (terapi musik, terapi *Progressive Muscle Relaxation*, relaksasi pernapasan, dan lain-lain) serta pengembangan koping konstruktif untuk mencegah munculnya gangguan depresi yang diberikan pada seluruh pasien HIV/AIDS. Dalam hal ini perawat dapat melakukan intervensi secara mandiri ataupun berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya (perawat jiwa ataupun psikiatri). Diharapkan hal tersebut selanjutnya akan berdampak pada peningkatan kualitas hidup pasien.

#### c. Dukungan keluarga

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. (2008) yang mendapatkan mayoritas respondennya tidak mendapatkan dukungan yang *supportif* dari keluarga. Sementara dari hasil penelitian Wig, et al. (2006) 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 (Purnama & Haryanti, 2006).

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 mempersepsikan dukungan keluarganya *supportif* setelah dikontrol oleh jenis kelamin, status marital, dan stadium penyakit. Hasil ini dapat dilihat dari perbedaan jumlah responden yang mempersepsikan 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. (2008) 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. (2006) 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.

Secara konsep, keluarga merupakan unit sosial terkecil yang berhubungan paling dekat dengan pasien. Keluarga menjadi unsur penting dalam kehidupan seseorang karena keluarga merupakan sistem yang di dalamnya terdapat anggota-anggota keluarga yang saling berhubungan dan saling ketergantungan dalam memberikan

dukungan, kasih sayang, rasa aman, dan perhatian yang secara harmonis menjalankan perannya masing-masing untuk mencapai tujuan bersama (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Oleh karena itu, dukungan keluarga sangat dibutuhkan oleh pasien HIV/AIDS sebagai *support system* atau sistem pendukung utama sehingga ia dapat mengembangkan respon atau coping yang efektif untuk beradaptasi dengan baik dalam menangani *stressor* yang ia hadapi terkait penyakitnya baik fisik, psikologis, maupun sosial (IYW, 2005; Lasserma & Perkins, 2001).

Pada penelitian Li, et al. (2004) diketahui juga bahwa orang yang hidup dengan HIV/AIDS sangat membutuhkan bantuan dan dukungan dari keluarga karena penyakit ini bersifat kronis dan membutuhkan penanganan yang komprehensif. Dukungan keluarga tersebut meliputi dukungan finansial, dukungan informasi, dukungan dalam melakukan kegiatan rutin sehari-hari, dukungan dalam kegiatan pengobatan dan perawatan, dan dukungan psikologis.

Lebih lanjut, Oluwagbemiga (2007) menyatakan adanya anggota keluarga yang terinfeksi HIV/AIDS akan memberikan dampak langsung pada keluarga antara lain beban psikologis (malu, marah, sedih) yang mengakibatkan keluarga cenderung untuk mengisolasi dan menelantarkan anggota keluarga yang terinfeksi HIV, sosial (keluarga sering dikucilkan oleh masyarakat), maupun ekonomi (dengan berkurangnya sumber finansial akibat kehilangan pekerjaan ataupun berhenti bekerja karena kondisi sakit yang semakin parah dan bertambahnya biaya yang dikeluarkan untuk biaya pengobatan dan perawatan).

Dengan dampak yang begitu besar pada keluarga, maka ini dapat berdampak pula pada keluarga dalam melaksanakan fungsinya dalam memberikan dukungan bagi anggota keluarga yang sakit

(Oluwagbemiga, 2007). Akibatnya, pada individu tersebut dapat berkembang penilaian negatif terhadap diri, kurang termotivasi untuk menjaga kesehatannya, dan kurangnya bantuan dalam perawatan dan pemenuhan kebutuhan sehari-hari dari keluarga sehingga kualitas hidupnya akan semakin memburuk.

Perawat berada dalam posisi kunci untuk menciptakan suasana penerimaan dan pemahaman keluarga terhadap penderita HIV/AIDS (Bare & Smeltzer, 2005). Perawat dapat melakukan intervensi dengan cara memberdayakan orang – orang terdekat pasien dalam hal ini keluarga untuk menjadi *support system* yang efektif agar dapat senantiasa memberikan dukungan dan bantuan yang dibutuhkan oleh pasien sehingga dapat meningkatkan kualitas hidupnya. Ketika pasien masih di tatanan rumah sakit dapat dilakukan dengan konseling kesehatan mengenai dukungan keluarga yang dibutuhkan pasien serta hal-hal yang perlu diketahui keluarga terkait penyakit yang diderita pasien seperti cara penularan, perjalanan penyakit, dan perawatan/pengobatan atau hal-hal yang perlu dilakukan untuk meningkatkan derajat kesehatan pasien. Selain itu, perlu juga untuk melibatkan keluarga dalam manajemen pengobatan dan perawatan pasien sehingga keluarga dapat memberikan dukungan secara efektif pada pasien. Selanjutnya, perawat di rumah sakit dapat bekerja sama dengan perawat komunitas agar dapat dilakukan kontrol dan intervensi lanjutan dalam usaha pemberdayaan keluarga.

## 6.2 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki berbagai keterbatasan antara lain:

### 1. Sampel

Pada penelitian ini, jumlah sampel mencukupi walaupun hanya pada batas minimal jumlah responden. Namun, responden pada penelitian ini terbatas

pada pasien HIV/AIDS yang menjalani rawat jalan sedangkan yang rawat inap tidak. Hal ini dikarenakan oleh kondisi pasien rawat inap yang kurang memungkinkan untuk mengisi kuesioner dengan jumlah pertanyaan yang cukup banyak dan membutuhkan pemahaman dalam mengisinya.

## 2. Kuesioner penelitian

Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini merupakan kuesioner yang dimodifikasi oleh peneliti (kuesioner depresi dan kualitas hidup) dari kuesioner aslinya. Dan, untuk kuesioner dukungan keluarga merupakan kuesioner yang dikembangkan sendiri oleh peneliti. Oleh karena itu, kuesioner ini belum baku dan perlu diuji kembali validitas dan reliabilitasnya bila ingin digunakan untuk penelitian selanjutnya.

### 6.3 Implikasi terhadap Keperawatan

#### 1. Implikasi terhadap Pelayanan

Dari hasil penelitian diketahui dukungan keluarga merupakan faktor yang paling dominan mempengaruhi kualitas hidup pasien HIV/AIDS. Oleh karena itu, hal ini dapat dijadikan acuan dalam mengembangkan intervensi lebih lanjut untuk memberdayakan keluarga agar dapat senantiasa memberikan dukungan yang *supportif* pada pasien. Sebagai langkah awal untuk menangani hal ini, perlunya dilakukan pengkajian mengenai dukungan keluarga yang diterima 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 coping 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 coping 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.

## 2. Implikasi terhadap Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat menambah khasanah keilmuan keperawatan tentang hubungan antara aspek psikososial (depresi dan dukungan keluarga) dengan kualitas hidup pada pasien HIV/AIDS. Selanjutnya, hal tersebut dapat menjadi informasi dasar dalam penyusunan kurikulum pembelajaran yang tepat mengenai masalah psikososial dan kualitas hidup dalam konteks asuhan keperawatan pasien HIV/AIDS pada jenjang pendidikan keperawatan.

## 3. Implikasi terhadap Penelitian

Penelitian ini sebagai dasar bagi penelitian selanjutnya mengenai depresi, dukungan keluarga, dan kualitas hidup pasien HIV/AIDS dalam konteks asuhan keperawatan.

## BAB VII

### SIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan disampaikan mengenai simpulan hasil penelitian dan saran.

#### 7.1 Simpulan

Simpulan yang didapatkan berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, adalah sebagai berikut:

1. Karakteristik responden pada penelitian ini sebagian besar berjenis kelamin laki-laki, rata-rata usia 30,43 tahun, mayoritas berpendidikan tinggi, lebih banyak yang berstatus tidak kawin, sebagian besar bekerja, mayoritas penghasilan keluarga tinggi, rata-rata lama menderita penyakit 37,09 bulan, sebagian besar berada pada stadium klinis penyakit lanjut, lebih dari setengahnya mengalami depresi, mayoritas mempersepsikan dukungan keluarganya *non-supportif*, dan sebagian besar memiliki kualitas hidup yang kurang baik.
2. Tidak ada hubungan antara usia dengan kualitas hidup responden.
3. Ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, status marital, penghasilan, lama menderita penyakit, dan stadium klinis penyakit dengan kualitas hidup responden.
4. Ada hubungan yang bermakna antara depresi dengan kualitas hidup responden. Dimana responden yang mengalami 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.
5. Ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup responden. Dukungan keluarga merupakan faktor yang paling dominan mempengaruhi kualitas hidup dibanding depresi. Dimana 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 penyakit.

## 7.2 Saran

Berdasarkan simpulan di atas, saran atau rekomendasi yang peneliti sampaikan sebagai berikut:

### 1. Bagi Pelayanan

- a. Sejauh ini intervensi yang dilakukan dalam peningkatan kualitas hidup pasien terkait masalah dukungan keluarga di unit rawat jalan Pokdisus HIV/AIDS RSCM baru terbatas pada pendidikan kesehatan yang bersifat umum dalam merawat anggota keluarga di rumah yang dirasa masih belum efektif. Sebagai langkah awal untuk menangani hal ini, perlunya dilakukan pengkajian mengenai dukungan keluarga yang diterima pasien. Selanjutnya, perawat dapat melakukan konseling pada keluarga yang tidak memberikan dukungan secara efektif. Melalui hal tersebut, dapat dikaji dan diberikan intervensi terhadap apa yang menyebabkan kurangnya keluarga memberikan dukungan pada pasien. Dapat disampaikan pula pada keluarga mengenai dampak yang akan timbul bila dukungan dari keluarga kurang *supportif* dan disampaikan pula manfaatnya.
- b. Perawat hendaknya melibatkan keluarga dalam manajemen pengobatan dan perawatan pasien. Hal ini dilakukan agar keluarga termotivasi untuk senantiasa memberikan dukungan pada pasien sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup 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. Keluarga juga dapat dilibatkan guna menciptakan lingkungan rumah yang dapat menyehatkan untuk pasien.
- c. Perawat di tatanan rumah sakit dapat bekerja sama dengan perawat komunitas untuk memberikan intervensi lebih lanjut pada keluarga pasien HIV/AIDS.

- d. Perlu dilakukan *skrining* untuk mendeteksi gangguan psikososial depresi pada pasien HIV/AIDS.
- e. Perlu dilakukannya intervensi keperawatan secara mandiri dan kolaboratif pada pasien yang mengalami depresi seperti terapi *cognitive-behavior* (untuk meningkatkan harga diri pasien dengan cara memberikan harapan tentang hal-hal yang masih dapat dilakukan pasien, pengarahan tentang coping efektif yang dapat dilakukan pasien, dan *rewards* pada setiap respon positif yang dilakukan pasien dalam mengikuti pengobatan) dan dapat dibentuk *support group* dimana perawat dapat bertindak sebagai fasilitator dalam kelompok konseling.
- f. Perlu dilakukan intervensi keperawatan secara mandiri dan kolaboratif dalam upaya pencegahan depresi dengan diberikannya pelatihan mengenai cara-cara penanganan stress berupa terapi-terapi relaksasi (terapi musik, terapi *Progressive Muscle Relaxation*, relaksasi pernapasan, dan lain-lain) dan pengembangan coping konstruktif untuk mencegah munculnya gangguan depresi yang diberikan pada seluruh pasien HIV/AIDS.
- g. Perawat spesialis KMB dapat berperan sebagai inisiator dalam program penanganan untuk masalah peningkatan kualitas hidup pasien HIV/AIDS berbasis penelitian. Kedepannya, diharapkan perawat spesialis KMB juga dapat menjadi konselor bagi pasien HIV/AIDS dan keluarga untuk meningkatkan kualitas hidup. Selain itu, diharapkan perawat spesialis KMB dapat mengembangkan suatu model asuhan keperawatan yang komprehensif pada pasien HIV/AIDS terkait bio-psiko-sosio-spiritual.

## 2. Bagi Pendidikan

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan informasi dasar dalam penyusunan kurikulum pembelajaran yang tepat mengenai masalah psikososial dan kualitas hidup dalam konteks asuhan keperawatan pasien HIV/AIDS pada jenjang pendidikan keperawatan.

### 3. Bagi Penelitian

Perlunya dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai depresi, dukungan keluarga, dan kualitas hidup pasien HIV/AIDS dalam konteks asuhan keperawatan. Adapun penelitian yang dapat dilakukan selanjutnya adalah sebagai berikut:

- 1) Studi komparatif antara kualitas hidup pasien HIV/AIDS yang menjalani rawat jalan dengan rawat inap.
- 2) Faktor-faktor yang mempengaruhi depresi pada pasien HIV/AIDS.
- 3) Efektivitas terapi relaksasi (seperti: terapi musik, terapi *Progressive Muscle Relaxation*, relaksasi pernapasan, dan lain-lain) terhadap penurunan tingkat stres.
- 4) Efektivitas
- 5) Studi fenomenologi tentang pengalaman keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita HIV/AIDS.
- 6) Pengaruh konseling keluarga terhadap perubahan pemberian dukungan pada anggota keluarga yang menderita HIV/AIDS.
- 7) Faktor-faktor lain yang belum diteliti dalam penelitian ini yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien HIV/AIDS (seperti: jumlah CD4, status gizi, kadar hemoglobin, komplikasi penyakit, pengaruh terapi ARV, stigma sosial, dan lain-lain).

## DAFTAR PUSTAKA

- 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>.
- 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.
- Agustanti, D. (2006). *Hubungan Dukungan Sosial dengan Kualitas Hidup Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Kota Bandar Lampung*. Tesis. FIK UI. Tidak diterbitkan.
- Alimul, H. A. (2003). *Riset Keperawatan & Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika.
- Anderson, R. J. (2001). *The Prevalence of Comorbid Depression in Adult with Diabetes*. *Diabetes Care*, 24. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari <http://www.care.diabetesjournal.com>.
- Ariawan, I. (1998). *Besar dan Metode Sampel pada Penelitian Kesehatan*. *Jurnal Biostatistik & Kependudukan*. FKM UI. Tidak diterbitkan.
- Arikunto, S. (2002). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktek*. Edisi V. Jakarta: Rineka Cipta.
- Bare, B. G., & Smeltzer, S. C. (2005). *Brunner & Suddarth's: Textbook of Medical Surgical Nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Black, J.M., & Jacob, E.M. (2005). *Medical Surgical Nursing Clinical Management For Continuity of Care*. 5<sup>th</sup> Edition. Philadelphia: WB. Saunders.
- Cella, D. (1998). *Quality of Life. Psycho-Oncology*. 1135-1146. New York: Oxford University Press.
- Chatib, S. B. (1998). *Hubungan antara Depresi dan Strategi Koping pada Individu yang Terinfeksi HIV*. Tesis. Fakultas Psikologi UI. Tidak diterbitkan.
- Cichocki, M. (2009). *Dealing with HIV & Depression when Sadness Takes Over*. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari <http://aids.about.com/es/condition/a/depression.htm>.
- David, F. R., & Brian, S. (2000). *HIV & Psychiatry*. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari <http://spiritia.or.id>.
- Djoerban, Z. (2010). *Menanggulangi HIV/AIDS dengan Pencegahan Biomedik*. Diunduh pada tanggal 18 Agustus 2010 dari <http://www.satudunia.net/content/menanggulangi-hiv-aids-dengan-pencegahan-biomedik>.

- Doenges, M. E., Townsend, M. C., & Moorhouse, M. F. (2006). *Rencana Asuhan Keperawatan Psikiatri*. Ed.3. Jakarta: EGC.
- Donner, C. F., Karone, M., & Bertoliti, G. (1997). *Methods of Assesment of Quality of Life*. *Eur Respir Rev*, 5, 42-43.
- 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](http://www.nedscape.com/view_articles.html).
- Family Health International. (2007). *Nursing Care of Patients with HIV/AIDS; Facilitator's Guide*. Diunduh pada tanggal 2 Desember 2009 dari <http://www.fhi.org>.
- Farquahar, M. (1995). *Elderly People Definitions of Quality of Life*. *Social Science & Medicine*. 41: 1436-1446.
- Fredriksson & Kanabus. (2005). *HIV/AIDS Quality of Life: Information and Awareness*. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari <http://www.avert.org/aids.impact.html>.
- Friedman, M. M., Bowden, O., & Jones, M. (2003). *Family Nursing: Theory and Practice*. Ed. 3rd. Philadelphia: Appleton & Lange.
- 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>.
- Griffin, K. W., Friend, R., Kaell, A. T., & Bennet, R. S. (2001). *Distress Disease Status among Patients with Rheumatoid Arthritis: Role of Coping Styles and Perceived Responses from Support Providers*. *Annals of Behavioral Medicine*, 23. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari <http://www.annals.org>.
- 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.aidsinfonya.org>.
- Hamid, A. Y. S. (2008). *Buku Ajar Riset Keperawatan: Konsep, Etika, & Instrumentasi*. Edisi 2. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Hastono, S. P. (2007). *Analisis Data Kesehatan: Basic Data Analysis for Health Research Training*. FKM UI. Tidak diterbitkan.
- Hawari, D. (2006). *Global Effect HIV/AIDS Dimensi Psikologi*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Heinrichs, M., Baumgartner, T., Kirschbaum, C., Ehlert, U. (2003). *Social Support and Oxytocin Interact to Surppress Cortisol and Subjective Responses to Psychosocial Stress*. *Biological Psychiatry*, 54. 1389-1398.
- Holmes, W. C., Bilker, W. B., Wang, H., Chapman, J., & Gross, R. (2007). *HIV/AIDS-Specific Quality of Life and Adherence to Antiretroviral Therapy Over Time*. *Journal of Acquir Immune Deficiency Syndrome*. Volume 46 (3): 323-328.
- Ichikawa, M., & Natpartan, C. (2006). *Perceived Social Environment Quality of Life among People Living with HIV/AIDS in Northern Thailand*. *AIDS Care*: 18 (128-132).

- Ignatavicius, D., & Bayne, M. V. (1998). *Medical Surgical Nursing: A Nursing Process Approach*. Philadelphia : W. B. Saunders Company.
- Iskandar, T. (2008). *Studi Fenomenologi Stres dan Dukungan Sosial yang Dipersepsi oleh Pasien HIV/AIDS*. Tesis. Fakultas Psikologi UI. Tidak diterbitkan.
- 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>.
- Khairurrahmi. (2009). *Pengaruh Faktor Predisposisi, Dukungan Keluarga, dan Level Penyakit Orang dengan HIV/AIDS terhadap Pemanfaatan VCT di Kota Medan*. Diunduh pada tanggal 27 Agustus 2010 dari <http://repository.usu.ac.id>.
- Kinghorn, S., & Gamlin, R. (2004). *Palliative Nursing: Bringing Comfort and Hope*. Bailliere Tindall: St. Louis.
- Koentjoro, W. (2002). *Pendekatan Dukungan Sosial Keluarga*. Diunduh pada tanggal 27 Agustus 2010 dari [www.e-psikologi.com](http://www.e-psikologi.com).
- Komisi Penanggulangan AIDS. (2007). *Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS 2007-2010*. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari <http://www.scribd.com>.
- Komisi Penanggulangan AIDS. (2010). *Jakarta Peringkat Ketiga Kasus HIV/AIDS*. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari <http://www.aidsindonesia.or.id>.
- Konstantinos, C. (2001). *Reliability, Validity, and Psychometric Properties of The Greek Translation of The Zung Depression Rating Scale*. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
- 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>.
- 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>.
- Li, L., Wu, S., Wu, Z., Sun, S., Cui, H., & Jia, M. (2004). *Understanding Family Support for People Living with HIV/AIDS in Yunnan, China*. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
- Loren, 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.
- Lubis, N. L. (2009). *Depresi: Tinjauan Psikologis*. Jakarta: Kencana.
- Mc Dowell, J., & Nowell, D. K. (2001). *Dimensions of the event that influence psychological distress; An evaluation & synthesis of the literature*. In H. B. Kaplan (Ed). *Psychosocial Stress: Trends in Theory & Research*, h. 33-103. New York: Academic Press.



- Merati, T. P. (1999). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Edisi 4. Jilid III. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FK UI.
- Molken, R., Cusher, I., Doorslaer, E. K. A., Jansen, C. C. M., Heurman, L., Maesen, F. P. V., et al. (1995). *Analysis Effect of Salbutamol on Quality of Live among Patient with Astma Disease*. *Eur Respin J*: 98 (880-888).
- Nazir, K. A. (2006). *Penilaian Kualitas Hidup Pasien Pasca Bedah Pintas Koroner yang Menjalani Rehabilitasi Fase III dengan Menggunakan SF-36*. Jakarta: UI.
- Nies & Mc Ewen. (2007). *Community or Public Health Nursing*. (4th Ed). Missouri: Saunders.
- 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>.
- 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>.
- Notoatmodjo. (2002). *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam & Kurniawati, N. D. (2009). *Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta: Salemba Medika.
- 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.
- Oxford, J. (1992). *Community Psychology: Theory & Practice*. New York: John Willey & Sons Inc.
- 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.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing Research: Principle and Methods*. (7th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wikins.
- Polonsky, A. (2007). *Understanding & Assesing Diabetes Spesific Quality of Life*. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari <http://www.journal.diabetes.org>.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (1997). *Fundamental of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. St. Louis: Mosby.
- Price, S., & Wilson, L. M. (2006). *Pathofysiology Clinical Concepts of Disease Processes*. (6th Ed.). St. Louis: Mosby Year Book. Inc.

- Purnama, A., & Haryanti, E. (2006). *Stigma & Diskriminasi terhadap ODHA*. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari <http://www.rahima.or.id>.
- Reinhardt, J. P. (2001). *Effect of Positive & Negative Social Support Received and Provided on Adaptation to Chronic Visual Impairment*. *Applied Developmental Science*, 5. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari <http://web.ebscohost.com>.
- Ritonga, H. (2008). *Pemantauan Kemiskinan*. Diunduh pada tanggal 20 Desember 2010 dari <http://yapenwaropenkab.bps.go.id>.
- 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 Quasi-Experimental Study*. *The Journal of Alternative & Complementary Medicine*. Volume 9, Number 5, 2003, pp. 683-694.
- Rubin, R. R., & Peyrot, M. (2001). *Psychological Issue & Treatments for People with Diabetes*. *Journal of Clinical Psychology*, 57 (4), 457-478.
- Sarwono, S. W. (2008). *Aspek Psikososial AIDS*. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari <http://www.kalbe.co.id>.
- Sastroasmoro, S., & Ismail, S. (2010). *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Edisi 3. Jakarta: Sagung Seto.
- Sarafino, E. P. (2004). *Health Psychology: Biopsychosocial Interaction*. (2<sup>nd</sup> Ed). New York : John Wiley & Sons Inc.
- Sharp & Lipsky. (2002). *Screening for Depression*. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari <http://www.musc.edu>.
- Schulte, R. (2000). *Depression among Patient with HIV/AIDS in US*. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari <http://web.ebscohost.com>.
- Smet, K. G. (2004). *Social Support Survey*. *Journal of Social Science & Medicine*: 32 (705-706).
- Stuart, G. W., & Laraia, M. T.. (2001). *Principles and Practice of Psychiatry Nursing*. (7<sup>th</sup> Ed). St. Louis Missouri: Mosby-Year Book-Inc.
- Stuart, G. W., & Sundeen. (1999). *Psychiatry Nursing*. St. Louis Missouri: Mosby-Year Book-Inc.
- Sudoyo, A. W., Setiyohadi, B., Alwi, I., & Setiati, S. (2007). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Edisi 4. Jilid III. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FK UI.
- Sugiyono. (2004). *Statistik Non Parametrik Untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Suryabrata, S. (2005). *Metodologi Penelitian*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Taylor, S. E. (2006). *Health Psychology*. (6th. Ed), Singapore: Mc. Graw Hill Book Company.

- Uvikacansera, S. (2010). *Setiap Menit Lima Orang Terinfeksi HIV/AIDS*. Diunduh pada tanggal 3 Agustus 2010 dari <http://bataviase.co.id/content/setiap-menit>.
- UNAIDS. (2009). *Statistic HIV/AIDS Update*. Diunduh pada tanggal 3 Agustus 2010 dari <http://data.unaids.org>.
- Ventegodt, A. J. (2003). *Quality of Life in Asthma Theory I. 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>.
- Ware, J. E. (2000). *SF 36 Health Survey Update*. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari <http://www.qualitymetric.com>.
- 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>.
- Wikipedia. (2010). *Beck Depression Inventory*. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari [http://en.wikipedia.org/wiki/Beck\\_Depression\\_Inventory](http://en.wikipedia.org/wiki/Beck_Depression_Inventory).
- WHO. (1993). *Quality of Life-BREF*. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari [http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/whoqolbref/en](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en).
- WHOQOL-HIV BREF. (2002). *Quality of Life-HIV-BREF*. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari [http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/whoqolhivbref/en](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolhivbref/en).
- Worthington, C., & Krentz, H. B. (2005). *Socioeconomic Factors and Health-Related Quality of Life in Adult Living with HIV*. *International Journal STD AIDS*: 16 (608-614).
- Wortman, C., Loftus, E., & Weaver, C. (1999). *Psychology*. (5th ed). USA: Mc Graw Hill College.

## Lampiran 4

### **KUESIONER PENELITIAN HUBUNGAN ANTARA DEPRESI DAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN HIV/AIDS YANG MENJALANI PERAWATAN DI RSUPN CIPTO MANGUNKUSUMO JAKARTA**

#### Petunjuk :

1. Kuesioner ini terdiri dari empat bagian yaitu karakteristik responden, kuesioner tentang depresi, kuesioner tentang dukungan keluarga, dan kuesioner tentang kualitas hidup.
2. Silahkan mengisi pada tempat yang sesuai, khusus untuk pertanyaan pilihan harap diisi dengan cara memberi tanda sesuai dengan petunjuk pengisian.
3. Semua jawaban Bapak/Ibu/Saudara adalah BENAR.
4. Semua pertanyaan/ Pernyataan sedapat mungkin diisi secara jujur dan lengkap.
5. Bila ada pertanyaan/ pernyataan yang kurang dipahami, mintalah petunjuk langsung kepada peneliti atau asisten peneliti.
6. Atas partisipasi responden kami mengucapkan terima kasih.

#### **A. Karakteristik Responden**

Petunjuk pengisian:

Isilah pertanyaan berikut pada tempat yang disediakan. Untuk pertanyaan pilihan silahkan melingkari 1 jawaban yang sesuai dengan Anda.

1. Nama (Inisial) : .....
2. Usia (tahun) : ..... tahun
3. Status marital :
  - a. Kawin
  - b. Belum kawin/cerai/janda/duda
4. Jenis kelamin :            a. Laki-laki            b. Perempuan
5. Pendidikan terakhir :
  - a. Sekolah Dasar (SD)
  - b. SLTP sederajat
  - c. SLTA sederajat
  - d. Akademi/universitas

6. Pekerjaan :
- a. Tidak bekerja/pensiun/ibu rumah tangga
  - b. Bekerja
7. Penghasilan keluarga per bulan (Rupiah) : .....
8. Lama sejak dinyatakan terinfeksi HIV oleh dokter : ..... tahun ..... bulan



## B. Kuesioner Depresi

Petunjuk pengisian:

Bacalah beberapa pernyataan di bawah ini, lalu pilihlah satu pilihan yang tersedia di sampingnya dengan memberikan tanda *checklist* (V) pada kolom yang tersedia, dengan keterangan sebagai berikut:

- **Tidak pernah** : Bila hanya merasakan < 1 hari atau tidak sama sekali dalam 1 minggu terakhir
- **Jarang** : Bila merasakan 1-2 hari dalam 1 minggu terakhir
- **Kadang-kadang** : Bila merasakan 3-4 hari dalam 1 minggu terakhir
- **Sering** : Bila merasakan 5-7 hari dalam 1 minggu terakhir

No.	Pernyataan	Tidak Pernah	Jarang	Kadang-kadang	Sering
1.	Saya merasa lemah, lesu, dan tidak bertenaga.				
2.	Saya merasa tidak ingin makan atau nafsu makan saya berkurang.				
3.	Saya merasa hidup saya tidak berharga.				
4.	Saya merasa bahwa hidup saya sama baiknya seperti orang lain.				
5.	Saya merasa kesulitan dalam mengingat tentang apa saja yang telah saya lakukan.				
6.	Saya merasa tertekan.				
7.	Saya merasa bahwa segala sesuatu yang saya lakukan adalah sia-sia.				
8.	Saya sangat berharap tentang masa depan yang baik.				
9.	Saya berpikir bahwa hidup adalah kegagalan.				
10.	Saya merasa sangat takut.				
11.	Tidur saya tidak nyenyak (gelisah).				
12.	Saya merasa bahagia.				
13.	Saya berbicara lebih sedikit daripada biasanya.				
14.	Orang-orang sekeliling saya tidak bersahabat.				
15.	Saya merasa sendiri.				
16.	Saya menikmati hidup.				
17.	Saya menangis sepanjang waktu.				
18.	Saya merasa sedih.				
19.	Saya merasa bahwa orang-orang tidak menyukai saya.				
20.	Saya tidak berminat untuk melakukan kegiatan apapun.				

#### D. Kuesioner Kualitas Hidup

Petunjuk pengisian:

Bacalah beberapa pernyataan di bawah ini, lalu pilihlah satu pilihan yang tersedia di sampingnya dengan memberikan tanda *checklist* (V) pada kolom yang tersedia, dengan keterangan sebagai berikut:

- **Tidak pernah (TP)** : Bila tidak merasakan dalam 1 minggu terakhir
- **Jarang (JR)** : Bila merasakan 1-2x dalam 1 minggu terakhir
- **Kadang-kadang (KD)** : Bila merasakan 3-4x dalam 1 minggu terakhir
- **Sering (SR)** : Bila merasakan 5-6x dalam 1 minggu terakhir
- **Selalu (SL)** : Bila merasakan > 6x dalam 1 minggu terakhir

No.	Pernyataan	TP	JR	KD	SR	SL
1.	Saya merasa terganggu dengan kondisi sakit yang menghambat saya dalam beraktivitas sehari-hari.					
2.	Saya dapat mengatasi rasa nyeri atau ketidaknyamanan fisik akibat kondisi sakit saya.					
3.	Saya merasa puas terhadap istirahat tidur saya.					
4.	Saya merasa puas dengan tenaga yang saya miliki untuk beraktivitas.					
5.	Saya menikmati hidup saya.					
6.	Saya dapat berkonsentrasi atau fokus dengan apa yang sedang saya lakukan.					
7.	Saya dapat menerima penampilan tubuh saya.					
8.	Saya merasa diri saya berharga.					
9.	Saya tidak merasa cemas dengan kondisi sakit yang saya alami.					
10.	Saya merasa masih mempunyai harapan yang baik untuk masa depan.					
11.	Saya merasa orang-orang di sekitar saya dapat menerima keadaan saya dan masih mau berteman dengan saya.					
12.	Saya merasa puas terhadap dukungan yang diberikan oleh keluarga dan teman saya.					
13.	Saya merasa orang-orang di sekitar saya tidak menyukai saya dan menghindari saya.					
14.	Saya masih dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari tanpa bantuan.					
15.	Saya dapat bergerak dan berjalan dengan baik.					
16.	Saya membutuhkan pengobatan dan perawatan kesehatan untuk dapat beraktivitas sehari-hari.					
17.	Saya merasa puas dengan pelayanan kesehatan yang saya terima.					
18.	Saya merasa puas dengan lingkungan tempat saya tinggal (sarana dan prasarana).					
19.	Saya mempunyai cukup uang untuk memenuhi kebutuhan.					
20.	Saya merasa kualitas ibadah saya semakin baik.					
21.	Saya merasa kehidupan yang saya jalani saat ini lebih berarti.					
22.	Saya merasa Tuhan menyayangi saya dan ingin mengangkat derajat keimanan saya.					

**LEMBAR STUDI DOKUMENTASI**

Petunjuk pengisian untuk asisten peneliti:

Isilah pada kolom yang tersedia berdasarkan data yang didapatkan mengenai responden berdasarkan kode angka di bawah ini:

- a. Derajat status penyakit responden saat ini:
  - 1. Infeksi akut atau HIV (+) asimtomatik (tanpa gejala)
  - 2. HIV (+) simptomatik (dengan gejala)
  - 3. AIDS
  
- b. Jenis perawatan yang dijalani responden saat ini:
  - 1. Rawat jalan
  - 2. Rawat inap

No.	Nama Inisial Responden/Medrec	Derajat status penyakit	Jenis perawatan





### C. Kuesioner Dukungan Keluarga

Petunjuk pengisian:

Bacalah beberapa pernyataan di bawah ini, lalu pilihlah satu pilihan yang tersedia di sampingnya dengan memberikan tanda *checklist* (V) pada kolom yang tersedia, dengan keterangan sebagai berikut:

- **Tidak pernah (TP)** : Bila tidak menerima dukungan dalam 1 bulan terakhir
- **Jarang (JR)** : Bila menerima dukungan 1-2x dalam 1 bulan terakhir
- **Kadang-kadang (KD)** : Bila menerima dukungan 3-4x dalam 1 bulan terakhir
- **Sering (SR)** : Bila menerima dukungan 5-6x dalam 1 bulan terakhir
- **Selalu (SL)** : Bila menerima dukungan > 6x dalam 1 bulan terakhir

No.	Dukungan	TP	JR	KD	SR	SL
1.	Keluarga mendampingi saya dalam menjalani perawatan.					
2.	Tanpa saya minta, keluarga saya menunjukkan kepeduliannya dengan mengajak saya untuk membicarakan masalah yang saya hadapi.					
3.	Keluarga tetap mencintai dan memperhatikan keadaan saya selama saya sakit.					
4.	Keluarga memaklumi bahwa sakit yang saya alami sebagai suatu musibah.					
5.	Keluarga memberikan perhatian yang baik setiap saya membutuhkan bantuan.					
6.	Keluarga menghibur saya bila saya terlihat sedang sedih dengan masalah yang saya hadapi.					
7.	Keluarga menyediakan waktu dan fasilitas jika saya memerlukan untuk keperluan pengobatan.					
8.	Keluarga sangat berperan aktif dalam setiap pengobatan dan perawatan sakit saya.					
9.	Keluarga bersedia membiayai biaya perawatan dan pengobatan.					
10.	Keluarga berusaha untuk mencarikan kekurangan sarana dan peralatan perawatan yang saya perlukan.					
11.	Keluarga siap membantu saya dalam melakukan aktivitas sehari-hari bila saya sakit seperti mandi, berpakaian, menyuapi makan, bangun dan beranjak dari tempat tidur bila saya tidak mampu, dan lain-lain.					
12.	Keluarga memberitahu tentang hasil pemeriksaan dan pengobatan dari dokter/perawat yang merawat saya.					
13.	Keluarga mengingatkan saya untuk kontrol, minum obat, olahraga, istirahat, dan makan makanan sehat.					
14.	Keluarga mengingatkan saya tentang perilaku-perilaku yang dapat memperburuk penyakit saya seperti merokok dan kurang istirahat.					
15.	Keluarga menjelaskan kepada saya setiap saya bertanya hal-hal yang tidak jelas tentang penyakit saya.					

No.	Dukungan	TP	JR	KD	SR	SL
16.	Keluarga memberi pujian dan perhatian kepada saya bila saya melakukan anjuran yang diberikan oleh tenaga kesehatan (seperti mengkonsumsi obat secara teratur, berhenti atau mengurangi merokok).					
17.	Keluarga melibatkan saya dalam pengambilan keputusan mengenai pengobatan/perawatan yang akan saya jalani.					
18.	Keluarga melibatkan saya dalam pengambilan keputusan tentang hal-hal yang menyangkut masalah keluarga.					
19.	Keluarga melibatkan saya dalam aktivitas sosial.					
20.	Keluarga tidak melarang saya untuk berhubungan dengan teman.					



**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

Nama : Henni Kusuma  
Jenis kelamin : Perempuan  
Tempat, Tanggal Lahir : Palembang, 8 Desember 1985  
Alamat : Perum Bukit Sukorejo Blok A No.6, Kel. Sukorejo,  
Kec. Gn. Pati, Kota Semarang, Jawa Tengah.

**Riwayat Pendidikan :**

SDN Taman Siswa (1991 – 1993)  
SDN Paoman I (1993 – 1997)  
SLTPN 2 Indramayu (1997 – 2000)  
SMUN 1 Cirebon (2000 – 2003)  
Program S1 Keperawatan FIK UNPAD Bandung (2003 – 2007)  
Program Profesi Ners FIK UNPAD Bandung (2007 – 2008)  
Program S2 Keperawatan FIK Universitas Indonesia (2009 – sekarang)

**Riwayat Pekerjaan :**

Staf Pengajar Stikes Dharma Husada Bandung (2008 – 2009)

**Lampiran 1**

**Lampiran 7**

**Lampiran 2**

**Lampiran 8**

**Lampiran 3**

**Lampiran 9**

**Lampiran 4**

**Lampiran 10**

**Lampiran 5**

**Lampiran 11**

**Lampiran 6**

**Lampiran 12**

**TESIS**

**UNTUK SEMINAR HASIL PENELITIAN PADA :**

**Hari/Tanggal : Kamis, 30 Desember 2010**

**Pukul : 13.00 – selesai**

**Tempat : Lab. Jiwa Komunitas Gd.B Lt.4**

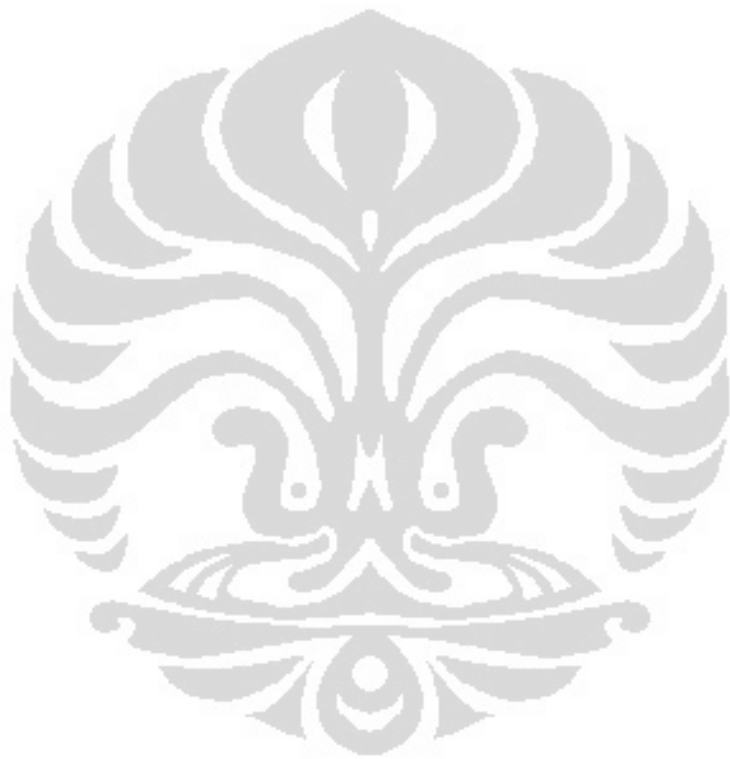
**TESIS**

**UNTUK SEMINAR HASIL PENELITIAN PADA :**

**Hari/Tanggal : Kamis, 30 Desember 2010**

**Pukul : 13.00 – selesai**

**Tempat : Lab. Jiwa Komunitas Gd.B Lt.4**





**HASIL UJI INSTRUMEN****1. Instrumen Depresi****Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded(a)	0	,0
	Total	30	100,0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,892	20

**Item-Total Statistics**

Item	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR00001	17,00	126,069	,334	,891
VAR00002	17,23	123,426	,318	,893
VAR00003	17,40	121,283	,480	,887
VAR00004	16,90	130,369	,310	,895
VAR00005	17,20	123,683	,337	,892
VAR00006	17,30	117,045	,690	,881
VAR00007	17,47	112,189	,843	,875
VAR00008	17,93	126,064	,326	,891
VAR00009	17,47	114,947	,716	,880
VAR00010	17,17	118,075	,576	,884
VAR00011	17,13	119,844	,528	,886
VAR00012	17,53	125,361	,373	,890
VAR00013	16,67	116,713	,653	,882
VAR00014	17,50	122,879	,444	,888
VAR00015	17,53	116,257	,690	,881
VAR00016	17,57	120,599	,485	,887
VAR00017	17,77	120,944	,629	,884
VAR00018	17,27	120,892	,537	,886
VAR00019	17,53	116,878	,778	,879
VAR00020	17,50	120,121	,497	,887



## 2. Instrument dukungan keluarga

### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded( a)	0	,0
	Total	30	100,0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,867	20

### Item-Total Statistics

Item	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR00001	59,33	159,954	,444	,861
VAR00002	59,07	159,995	,443	,862
VAR00003	58,10	161,748	,682	,856
<b>VAR00004</b>	58,87	177,913	<b>-,069</b>	,882
VAR00005	58,10	167,541	,461	,862
VAR00006	58,60	160,662	,577	,857
VAR00007	58,33	160,506	,625	,856
VAR00008	58,33	162,506	,503	,860
VAR00009	58,57	163,426	,385	,864
VAR00010	58,63	156,723	,589	,856
VAR00011	59,00	155,586	,497	,860
VAR00012	58,80	152,166	,634	,853
VAR00013	58,20	162,924	,500	,860
<b>VAR00014</b>	58,00	174,138	<b>,160</b>	,868
VAR00015	59,20	157,338	,429	,863
VAR00016	58,70	159,528	,497	,859
VAR00017	58,57	155,978	,575	,856
VAR00018	58,43	155,564	,717	,852
VAR00019	58,80	159,200	,516	,859
VAR00020	58,67	159,678	,371	,866

Karena ada 2 item yang tidak valid yaitu item 4 dan 14, maka kedua instrumen tersebut harus dibuang dan dilakukan uji validitas dan reliabilitas kembali yang hasilnya sebagai berikut :

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,883	18

#### Item-Total Statistics

Item	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR00001	52,80	157,338	,436	,880
VAR00002	52,53	156,533	,460	,879
VAR00003	51,57	159,151	,668	,875
VAR00005	51,57	165,082	,435	,880
VAR00006	52,07	157,306	,595	,875
VAR00007	51,80	158,303	,596	,875
VAR00008	51,80	160,303	,476	,879
VAR00009	52,03	159,895	,405	,881
VAR00010	52,10	152,990	,618	,873
VAR00011	52,47	152,395	,506	,878
VAR00012	52,27	149,168	,639	,872
VAR00013	51,67	159,747	,510	,878
VAR00015	52,67	153,333	,459	,880
VAR00016	52,17	156,420	,504	,878
VAR00017	52,03	153,551	,561	,875
VAR00018	51,90	152,645	,720	,871
VAR00019	52,27	156,616	,505	,878
VAR00020	52,13	156,602	,375	,884

### 3. Instrument kualitas hidup

### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded(a)	0	,0
	Total	30	100,0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,882	22

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR00001	84,57	156,461	,613	,872
<b>VAR00002</b>	84,43	173,426	<b>,065</b>	,890
VAR00003	84,23	157,357	,626	,872
VAR00004	83,97	155,551	,686	,870
VAR00005	83,60	153,214	,833	,866
VAR00006	83,87	155,223	,717	,869
VAR00007	83,87	165,982	,400	,879
VAR00008	83,80	158,166	,735	,870
VAR00009	84,50	169,086	,396	,881
VAR00010	83,87	150,809	,815	,865
VAR00011	83,80	163,752	,462	,877
VAR00012	83,67	162,989	,562	,875
VAR00013	84,13	163,844	,348	,881
VAR00014	84,53	165,223	,307	,882
<b>VAR00015</b>	83,20	177,407	<b>-,031</b>	,884
VAR00016	86,00	170,207	,302	,873
VAR00017	83,53	171,292	,337	,880
VAR00018	83,73	162,133	,557	,874
VAR00019	84,30	167,872	,350	,880
VAR00020	84,20	161,200	,495	,876
VAR00021	83,83	152,833	,800	,866
VAR00022	83,77	158,806	,609	,873

Karena ada 2 item yang tidak valid yaitu item 2 dan 15, maka kedua instrumen tersebut harus dibuang dan dilakukan uji validitas dan reliabilitas kembali yang hasilnya sebagai berikut :

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,893	20

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR00001	76,07	152,409	,631	,884
VAR00003	75,73	153,513	,638	,884
VAR00004	75,47	152,120	,683	,882
VAR00005	75,10	149,472	,843	,878
VAR00006	75,37	151,137	,739	,881
VAR00007	75,37	162,516	,393	,891
VAR00008	75,30	154,769	,728	,882
VAR00009	76,00	165,103	,386	,885
VAR00010	75,37	147,482	,811	,878
VAR00011	75,30	160,631	,443	,890
VAR00012	75,17	159,454	,560	,887
VAR00013	75,63	159,689	,365	,892
VAR00014	76,03	161,757	,302	,893
VAR00016	77,50	165,569	,324	,895
VAR00017	75,03	167,757	,328	,892
VAR00018	75,23	158,668	,553	,887
VAR00019	75,80	164,166	,353	,892
VAR00020	75,70	158,424	,467	,889
VAR00021	75,33	149,264	,803	,879
VAR00022	75,27	155,375	,605	,885

# HUBUNGAN ANTARA DEPRESI DAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN HIV/AIDS YANG MENJALANI PERAWATAN DI RSUPN. CIPTO MANGUNKUSUMO JAKARTA

Henni Kusuma\*, Elly Nurachmah\*\*, Dewi Gayatri\*\*\*

## Abstrak

Kualitas hidup pada pasien HIV/AIDS sangat penting untuk diperhatikan karena penyakit ini bersifat kronis dan progresif sehingga berdampak luas pada segala aspek kehidupan baik fisik, psikologis, sosial, maupun spiritual. Masalah psikososial khususnya depresi dan kurangnya dukungan keluarga terkadang lebih berat dihadapi oleh pasien sehingga dapat menurunkan kualitas hidupnya. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi hubungan antara depresi dan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS. Penelitian ini menggunakan rancangan studi potong lintang dan merekrut sampel sebanyak 92 responden dengan teknik *purposive sampling*. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden mempunyai kualitas hidup kurang baik (63,0%), mengalami depresi (51,1%), dan mempersepsikan dukungan keluarganya *non-supportif* (55,4%). Pada analisis korelasi didapatkan adanya hubungan yang bermakna antara depresi dan dukungan keluarga dengan kualitas hidup ( $p=0,000$  &  $p=0,000$ ,  $\alpha=0,05$ ). 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  $OR=12,06$ . 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:** depresi, dukungan keluarga, kualitas hidup, HIV/AIDS.

## Abstract

*Quality of life of patients with HIV / AIDS become a main concern since this chronic and progressive illness may impact in all aspects of patient's life: physical, psychological, social, and spiritual. Psychosocial problems especially depression and lack of family support are frequently faced of this patients which effect in reducing their quality of life. The purpose of this study was to identify the relationship between depression and family support with quality of life of patients with HIV / AIDS. This study used cross-sectional study design, with a total sample is 92 respondents that recruited by purposive sampling technique. The results showed that the majority of respondents have poor quality of life (63.0%), depression (51.1%), and perceive lack of family support (55.4%). Analysis of the correlation showed any significant relationship between depression and family support with quality of life ( $p=0,000$  &  $p=0,000$ ,  $\alpha=0,05$ ). Logistic regression test demonstrated that respondents who depressed and perceive family non-supportive are at risk to have poor quality of life after being controlled by gender, marital status, and stage of disease. In addition, this analysis showed that family support is the most influential factors to the quality of life with  $OR=12,06$ . Recommendations from this study is necessary to empower family in order to continuously giving support to patients and also needs to prevent and resolve depression problem as efforts improving quality of life of patients with HIV / AIDS.*

**Key words:** depression, family support, quality of live, HIV/AIDS.

## LATAR BELAKANG

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 (UNAIDS, 2009). Sejak pertama kali ditemukan, diperkirakan virus ini telah mengakibatkan kematian lebih dari 25 juta orang di seluruh dunia (Uvikacansera, 2010).

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 (Komisi Penanggulangan AIDS, 2010).

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 (Komisi Penanggulangan AIDS, 2010).

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 (Djoerban, 2010). 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 (Bare & Smeltzer, 2005). Masalah secara fisik terjadi akibat penurunan daya tahan tubuh progresif yang mengakibatkan ODHA rentan terhadap berbagai penyakit terutama penyakit infeksi dan keganasan (Ignatavicius & Bayne, 1998). 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 (Purnama & Haryanti, 2006).

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 (Douaihy, 2001).

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 (Gunawan & Sumadiono, 2007; Robinson, 2003). 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 (Li, et al, 2009).

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 (Cichocki, 2009). Akibatnya, depresi akan berdampak pada keseluruhan aspek-aspek dalam kehidupan pasien sehingga dapat menurunkan kualitas hidupnya (Douaihy, 2001; Abiodun, et al. 2010).

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 koping yang efektif untuk beradaptasi dengan *stressor* yang ia hadapi terkait penyakitnya baik fisik, psikologis, maupun sosial (IYW, 2005; Lasserma & Perkins, 2001).

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 (Nirmal, et al. 2008; Wig, et al. 2006).

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 (Stuart & Laraia, 2001). 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 (Oluwagbemiga, 2007). 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 (*wellbeing*) dengan hidup yang berkualitas (Ventegodt, 2003). 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 (Potter & Perry, 1997). 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 (Bare & Smeltzer, 2005).

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

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian dilakukan di RS. Cipto Mangunkusumo Jakarta dengan 101 responden yang telah memenuhi kriteria inklusi. Alat pengumpul data berupa kuisioner yang sebelumnya telah dilaksanakan diuji validitas dan reliabilitasnya di Unit Pokdisus RS.

Cipto Mangunkusumo. Data dianalisis secara univariat, bivariat (*chi square* dan *independent t test*), 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 dan dukungan keluarga dengan kualitas hidup ( $p=0,000$  &  $p=0,000$ ), tidak ada hubungan antara usia dengan kualitas hidup ( $p=0,302$ ), serta ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin, tingkat pendidikan, status marital, pekerjaan, penghasilan, lama menderita penyakit, dan stadium klinis penyakit dengan kualitas hidup ( $p=0,009$ ;  $p=0,048$ ;  $p=0,021$ ;  $p=0,047$ ;  $p=0,041$ ;  $p=0,049$ ,  $p=0,000$ ).

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).

## PEMBAHASAN

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 Ranjbar (2008) dan Nirmal, et al. (2008) 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 (Paminto, 2007). 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 Ranjbar (2008) namun jumlahnya lebih signifikan yaitu kawin (27,3%) dan tidak kawin/cerai (62,7%). Begitu halnya juga dengan penelitian Greeff, et al. (2009) 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 (2008), 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. (2009) yang mendapatkan bahwa status marital merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien HIV/AIDS.

Pada penelitian lainnya yang dilakukan oleh Nazir (2006) dan Lucas, et al. (2006, dalam Afiyah, 2010) juga mengungkapkan bahwa individu yang belum menikah dan bercerai mempunyai kualitas hidup yang lebih buruk dibandingkan dengan individu yang berstatus menikah.

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 diantara 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 Ranjbar (2008) yang mendapatkan 70,5% respondennya berada pada stadium lanjut (simptomatik dan AIDS) sedangkan sisanya pada stadium asimptomatik. Selain itu, penelitian Wig, et al. (2006) 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 (2008), 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. (2006) 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. (2001) 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 (2008), dimana mayoritas responden yakni pasien HIV/AIDS dalam penelitiannya mempersepsikan kualitas hidupnya rendah atau kurang baik. Selain itu, dari penelitian Douaihy (2001) juga didapatkan hasil yang tidak jauh berbeda dimana 62,6% pasien

HIV memiliki kualitas hidup yang buruk. Sedangkan, dari penelitian lainnya yang dilakukan oleh Agustanti (2006) 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 Schulte (2000) 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. Hawari (2006) 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 Iskandar (2008) 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 (2001), David & Brian (2000), dan Cichocki (2009) 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 koping 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, (2001) 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. (2010) 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 (Gunawan & Sumadiono, 2007; Robinson, 2003). 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 (Li, et al, 2009).

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 (Cichocki, 2009) Akibatnya, depresi akan berdampak pada keseluruhan aspek-aspek dalam kehidupan pasien sehingga dapat menurunkan kualitas hidupnya (Douaihy, 2001; Abiodun, et al. 2010).

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. (2008) yang mendapatkan mayoritas respondennya tidak mendapatkan dukungan yang *supportif* dari keluarga. Sementara dari hasil penelitian Wig, et al. (2006) 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 (Purnama & Haryanti, 2006).

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 mempersepsikan dukungan keluarganya *supportif* setelah dikontrol oleh jenis kelamin, status marital, dan stadium penyakit. Hasil ini dapat dilihat dari perbedaan jumlah responden yang mempersepsikan 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. (2008) 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. (2006) 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 coping yang efektif untuk beradaptasi dengan *stressor* yang ia hadapi terkait penyakitnya baik fisik, psikologis, maupun sosial (IYW, 2005; Lasserma & Perkins, 2001).

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 (Nirmal, et al. 2008; Wig, et al. 2006).

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 (Stuart & Laraia, 2001). 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 (Oluwagbemiga, 2007). Akibatnya, keluarga tidak memberikan dukungan yang efektif terhadap anggota keluarga yang menderita HIV/AIDS sehingga kualitas hidupnya akan semakin memburuk.

## **KESIMPULAN**

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 coping 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 coping 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

- 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>.
- 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.
- Agustanti, D. (2006). *Hubungan Dukungan Sosial dengan Kualitas Hidup Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Kota Bandar Lampung*. Tesis. FIK UI. Tidak diterbitkan.
- Anderson, R. J. (2001). *The Prevalence of Comorbid Depression in Adult with Diabetes*. *Diabetes Care*, 24. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari <http://www.care.diabetesjournal.com>.
- Ariawan, I. (1998). *Besar dan Metode Sampel pada Penelitian Kesehatan*. *Jurnal Biostatistik & Kependudukan*. FKM UI. Tidak diterbitkan.
- Arikunto, S. (2002). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktek*. Edisi V. Jakarta: Rineka Cipta.
- Bare, B. G., & Smeltzer, S. C. (2005). *Brunner & Suddarth's: Textbook of Medical Surgical Nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Black, J.M., & Jacob, E.M. (2005). *Medical Surgical Nursing Clinical Management For Continuity of Care*. 5<sup>th</sup> Edition. Philadelphia: WB. Saunders.
- Cichocki, M. (2009). *Dealing with HIV & Depression when Sadness Takes Over*. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari <http://aids.about.com>.
- David, F. R., & Brian, S. (2000). *HIV & Psychiatry*. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari <http://spiritia.or.id>.
- Djoerban, Z. (2010). *Menanggulangi HIV/AIDS dengan Pencegahan Biomedik*. Diunduh pada tanggal 18 Agustus 2010 dari <http://www.satudunia.net>.
- Doenges, M. E., Townsend, M. C., & Moorhouse, M. F. (2006). *Rencana Asuhan Keperawatan Psikiatri*. Ed.3. Jakarta: EGC.
- Donner, C. F., Karone, M., & Bertoliti, G. (1997). *Methods of Assesment of Quality of Life*. *Eur Respir Rev*, 5, 42-43.
- 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](http://www.nedscape.com/view_articles.html).
- Family Health International. (2007). *Nursing Care of Patients with HIV/AIDS; Facilitator's Guide*. Diunduh pada tanggal 2 Desember 2009 dari <http://www.fhi.org>.
- Farquahar, M. (1995). *Elderly People Definitions of Quality of Life*. *Social Science & Medicine*. 41: 1436-1446.
- Fredriksson & Kanabus. (2005). *HIV/AIDS Quality of Life: Information and Awareness*. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari <http://www.avert.org/aids.impact.html>.
- Friedman, M. M., Bowden, O., & Jones, M. (2003). *Family Nursing: Theory and Practice*. Ed. 3rd. Philadelphia: Appleton & Lange.



- 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>.
- Griffin, K. W., Friend, R., Kaell, A. T., & Bennet, R. S. (2001). *Distress Disease Status among Patients with Rheumatoid Arthritis: Role of Coping Styles and Perceived Responses from Support Providers*. Annals of Behavioral Medicine, 23. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari <http://www.annals.org>.
- 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>.
- Hamid, A. Y. S. (2008). *Buku Ajar Riset Keperawatan: Konsep, Etika, & Instrumentasi*. Edisi 2. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Hastono, S. P. (2007). *Analisis Data Kesehatan: Basic Data Analysis for Health Research Training*. FKM UI. Tidak diterbitkan.
- Hawari, D. (2006). *Global Effect HIV/AIDS Dimensi Psikologi*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Heinrichs, M., Baumgartner, T., Kirschbaum, C., Ehlert, U. (2003). *Social Support and Oxytocin Interact to Suppress Cortisol and Subjective Responses to Psychosocial Stress*. Biological Psychiatry, 54. 1389-1398.
- Holmes, W. C., Bilker, W. B., Wang, H., Chapman, J., & Gross, R. (2007). *HIV/AIDS-Specific Quality of Life and Adherence to Antiretroviral Therapy Over Time*. Journal of Acquir Immune Deficiency Syndrome. Volume 46 (3): 323-328.
- Ichikawa, M., & Natpartan, C. (2006). *Perceived Social Environment Quality of Life among People Living with HIV/AIDS in Northern Thailand*. AIDS Care: 18 (128-132).
- Ignatavicius, D., & Bayne, M. V. (1998). *Medical Surgical Nursing: A Nursing Process Approach*. Philadelphia : W. B. Saunders Company.
- Iskandar, T. (2008). *Studi Fenomenologi Stres dan Dukungan Sosial yang Dipersepsi oleh Pasien HIV/AIDS*. Tesis. Fakultas Psikologi UI. Tidak diterbitkan.
- 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>.
- Khairurrahmi. (2009). *Pengaruh Faktor Predisposisi, Dukungan Keluarga, dan Level Penyakit Orang dengan HIV/AIDS terhadap Pemanfaatan VCT di Kota Medan*. Diunduh pada tanggal 27 Agustus 2010 dari <http://repository.usu.ac.id>.
- Kinghorn, S., & Gamlin, R. (2004). *Palliative Nursing: Bringing Comfort and Hope*. Bailliere Tindall: St. Louis.
- Koentjoro, W. (2002). *Pendekatan Dukungan Sosial Keluarga*. Diunduh pada tanggal 27 Agustus 2010 dari [www.e-psikologi.com](http://www.e-psikologi.com).
- Komisi Penanggulangan AIDS. (2007). *Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS 2007-2010*. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari <http://www.scribd.com>.
- Komisi Penanggulangan AIDS. (2010). *Jakarta Peringkat Ketiga Kasus HIV/AIDS*. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari <http://www.aidsindonesia.or.id>.
- Konstantinos, C. (2001). *Reliability, Validity, and Psychometric Properties of The Greek Translation of The Zung Depression Rating Scale*. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
- 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>.
- 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>.
- Li, L., Wu, S., Wu, Z., Sun, S., Cui, H., & Jia, M. (2004). *Understanding Family Support for People Living with HIV/AIDS in Yunnan, China*. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
- Loren, 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.
- Lubis, N. L. (2009). *Depresi: Tinjauan Psikologis*. Jakarta: Kencana.
- Mc Dowell, J., & Nowell, D. K. (2001). *Dimensions of the event that influence psychological distress; An evaluation & synthesis of the literature*. In H. B. Kaplan (Ed). Psychosocial Stress: Trends in Theory & Research, h. 33-103. New York: Academic Press.
- Merati, T. P. (1999). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Edisi 4. Jilid III. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FK UI.
- Molken, R., Cusher, I., Doorslaer, E. K. A., Jansen, C. C. M., Heurman, L., Maesen, F. P. V., et al. (1995). *Analysis Effect of Salbutamol on Quality of Live among Patient with Astma Disease*. Eur Respin J: 98 (880-888).
- Nazir, K. A. (2006). *Penilaian Kualitas Hidup Pasien Pasca Bedah Pintas Koroner yang Menjalani Rehabilitasi Fase III dengan Menggunakan SF-36*. Jakarta: UI.
- Nies & Mc Ewen. (2007). *Community or Public Health Nursing*. (4th Ed). Missouri: Saunders.
- 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>.
- 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>.
- Notoatmodjo. (2002). *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.

- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam & Kurniawati, N. D. (2009). *Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta: Salemba Medika.
- 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.
- Oxford, J. (1992). *Community Psychology: Theory & Practice*. New York: John Willey & Sons Inc.
- 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.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing Research: Principle and Methods*. (7th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polonsky, A. (2007). *Understanding & Assesing Diabetes Spesific Quality of Life*. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari <http://www.journal.diabetes.org>.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (1997). *Fundamental of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. St. Louis: Mosby.
- Price, S., & Wilson, L. M. (2006). *Pathofysiology Clinical Concepts of Disease Processes*. (6th Ed.). St. Louis: Mosby Year Book. Inc.
- Purnama, A., & Haryanti, E. (2006). *Stigma & Diskriminasi terhadap ODHA*. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari <http://www.rahima.or.id>.
- Reinhardt, J. P. (2001). *Effect of Positive & Negative Social Support Received and Provided on Adaptation to Chronic Visual Impairment*. Applied Developmental Science, 5. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari <http://web.ebscohost.com>.
- Ritonga, H. (2008). *Pemantauan Kemiskinan*. Diunduh pada tanggal 20 Desember 2010 dari <http://yapenwaropenkab.bps.go.id>.
- 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 Quasi-Experimental Study*. The Journal of Alternative & Complementary Medicine. Volume 9, Number 5, 2003, pp. 683-694.
- Rubin, R. R., & Peyrot, M. (2001). *Psychological Issue & Treatments for People with Diabetes*. Journal of Clinical Psychology, 57 (4), 457-478.
- Sarwono, S. W. (2008). *Aspek Psikososial AIDS*. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari <http://www.kalbe.co.id>.
- Sastroasmoro, S., & Ismail, S. (2010). *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Edisi 3. Jakarta: Sagung Seto.
- Sarafino, E. P. (2004). *Health Psychology: Biopsychosocial Interaction*. (2<sup>nd</sup> Ed). New York : John Willey & Sons Inc.
- Sharp & Lipsky. (2002). *Screening for Depression*. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari <http://www.musc.edu>.
- Schulte, R. (2000). *Depression among Patient with HIV/AIDS in US*. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari <http://web.ebscohost.com>.
- Smet, K. G. (2004). *Social Support Survey*. Journal of Social Science & Medicine: 32 (705-706).
- Stuart, G. W., & Laraia, M. T.. (2001). *Principles and Practice of Phychiatry Nursing*. (7<sup>th</sup> Ed). St. Louis Missouri: Mosby-Year Book-Inc.
- Stuart, G. W., & Sundeen. (1999). *Phychiatry Nursing*. St. Louis Missouri: Mosby-Year Book-Inc.
- Sudoyo, A. W., Setiyohadi, B., Alwi, I., & Setiati, S. (2007). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Edisi 4. Jilid III. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FK UI.
- Sugiyono. (2004). *Statistik Non Parametrik Untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Suryabrata, S. (2005). *Metodologi Penelitian*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Taylor, S. E. (2006). *Health Psychology*. (6th. Ed), Singapore: Mc. Graw Hill Book Company.
- Uvikacansera, S. (2010). *Setiap Menit Lima Orang Terinfeksi HIV/AIDS*. Diunduh pada tanggal 3 Agustus 2010 dari <http://bataviase.co.id/content/setiap-menit>.
- UNAIDS. (2009). *Statistic HIV/AIDS Update*. Diunduh pada tanggal 3 Agustus 2010 dari <http://data.unaids.org>.
- Ventegodt, A. J. (2003). *Quality of Life in Asthma Theory I. 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>.
- Ware, J. E. (2000). *SF 36 Health Survey Update*. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari <http://www.qualitymetric.com>.
- 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>.
- Wikipedia. (2010). *Beck Depression Inventory*. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari [http://en.wikipedia.org/wiki/Beck\\_Depression\\_Inventory](http://en.wikipedia.org/wiki/Beck_Depression_Inventory).
- WHO. (1993). *Quality of Life-BREF*. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari [http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_to\\_ols/whoqolbref/en](http://www.who.int/substance_abuse/research_to_ols/whoqolbref/en).
- WHOQOL-HIV BREF. (2002). *Quality of Life-HIV-BREF*. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2010 dari [http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_to\\_ols/whoqolhibvref/en](http://www.who.int/substance_abuse/research_to_ols/whoqolhibvref/en).
- Worthington, C., & Krentz, H. B. (2005). *Socioeconomic Factors and Health-Related Quality of Life in Adult Living with HIV*. International Journal STD AIDS: 16 (608-614).
- Wortman, C., Loftus, E., & Weaver, C. (1999). *Psychology*. (5th ed). USA: Mc Graw Hill College.



