

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Penyakit HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus HIV dan menyerang sistem kekebalan tubuh manusia. AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) adalah sindrom atau kumpulan gejala yang timbul karena sangat turunnya kekebalan tubuh penderita HIV dan merupakan stadium akhir dari HIV.<sup>1</sup>

Menurut WHO, total penderita HIV lebih dari 35 juta jiwa. Pada tahun 2017, 940.000 orang meninggal karena penyebab HIV. Ada sekitar 36,9 juta orang yang hidup dengan HIV pada akhir tahun 2017 dengan 1,8 juta orang terinfeksi baru pada tahun 2017. Pada tahun 2017 diperkirakan 47% infeksi baru terjadi diantara populasi kunci dan pasangannya.<sup>2</sup>

Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia tahun 2017 terdapat 33.660 kasus baru HIV di Indonesia. Di Indonesia jumlah kumulatif AIDS dari tahun 1987-2017 terdapat 97.942 kasus, untuk kasus baru AIDS pada tahun 2017 terdapat 4.555 kasus. Jumlah kasus AIDS di DIY dari tahun 1987-2017 terdapat 1.403 kasus, dan pada tahun 2017 terdapat 42 kasus baru AIDS.<sup>3</sup>

Menurut Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) DIY, data kasus HIV dan AIDS di Yogyakarta periode 1993 – Maret 2015 berjumlah 3.106 orang. Pada tahun 2013 di DIY ditemukan orang dengan

HIV/AIDS sebanyak 2.422 orang. Pada tahun 2014 sebanyak 2.933 orang dan pada tahun 2015 sebanyak 3.106.<sup>4</sup>

Profil Kesehatan Kabupaten DIY tahun 2017 mengungkapkan bahwa total penderita HIV di DIY tahun 2013 adalah 1.323 orang dan total penderita AIDS di DIY adalah 965 orang. Kejadian HIV pada tahun 2014 untuk laki-laki 1.118 dan perempuan 377 kasus, sedangkan AIDS untuk laki-laki 802 kasus dan perempuan 366 kasus. Kasus HIV laki-laki di tahun 2015 adalah 2.078 orang, perempuan 1.000 orang, sedangkan AIDS laki-laki 830 orang dan perempuan 409 orang. Pada tahun 2017 kasus HIV meningkat menjadi 2.676 pada laki-laki dan 1.261 pada perempuan. Kemudian yang sudah positif AIDS adalah 985 pada laki-laki dan 490 pada perempuan.

Faktor risiko HIV/AIDS yang paling banyak ditemukan di DIY adalah heteroseksual (51%). Hanya sebagian kecil HIV/AIDS yang disebabkan oleh transfusi darah dan biseksual (1%). Selain itu, masih banyak kasus HIV/AIDS yang belum diketahui penyebab pastinya (25%).<sup>1</sup> Jumlah kasus HIV/AIDS tertinggi di DIY terdapat di Kabupaten Sleman yaitu pada tahun 2015 berjumlah 1.038 kasus dan pada tahun 2016 berjumlah 1.220 kasus.

Berdasarkan Profil Kesehatan Kabupaten Sleman tahun 2018 surveilans HIV/AIDS dalam kurun waktu 2004 sampai tahun 2017, didapatkan jumlah total penderita HIV/AIDS sebanyak 945 kasus. Jumlah tersebut sudah termasuk kasus baru HIV/AIDS di tahun 2017, sebanyak

105 kasus, dari 868 kasus tersebut jumlah yang masih hidup 873 orang, meninggal 63 orang, tidak diketahui 9 orang, sehingga prevalensi HIV/AIDS di Kabupaten Sleman 0,08%. Berdasarkan jenis kelamin, penderita laki-laki 656 orang, perempuan 264 orang, dan tidak diketahui jenis kelaminnya sebanyak 25 orang. Faktor resiko penularan terbesar adalah heteroseksual 489 (51,74%), tidak diketahui 162 orang (17,14%), homoseksual 167 orang (17,67%), penasun 88 orang (9,31%), perinatal 17 orang (1,73%), biseksual 19 orang (1,79%), serta transfusi 2 kasus (0,21%), dengan persentase terbanyak adalah umur 20-29 tahun yaitu sebanyak 355 orang (37,35 %).<sup>5</sup>

Virus HIV menghancurkan dan merusak fungsi sel kekebalan, sehingga individu yang terinfeksi secara bertahap menjadi imunodefisiensi. Imunodefisiensi menghasilkan peningkatan kerentanan terhadap berbagai macam infeksi, kanker dan penyakit lain yang orang dengan sistem kekebalan yang sehat dapat melawan. Tahap paling lanjut dari infeksi HIV adalah AIDS, yang dapat berlangsung dari 2 hingga 15 tahun untuk berkembang tergantung pada individu. AIDS didefinisikan oleh perkembangan kanker tertentu, infeksi, atau manifestasi klinis berat lainnya.<sup>2</sup> Penyakit HIV adalah virus yang menyerang sel darah putih di dalam tubuh (limfosit) yang mengakibatkan turunnya kekebalan tubuh manusia dan membuatnya lebih rentan terhadap berbagai penyakit, sulit sembuh dari berbagai penyakit infeksi oportunistik dan bisa menyebabkan kematian.<sup>6</sup>

WHO mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu tentang posisi mereka di konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka tinggal dan dalam kaitannya dengan tujuan, harapan, standar, dan kekhawatiran.<sup>7</sup> Kualitas hidup dapat didefinisikan sebagai evaluasi multidimensi subjektif dari fungsi dan kesejahteraan seseorang dalam kehidupan sehari-hari.<sup>8</sup>

Terdapat berbagai faktor yang mempengaruhi kualitas hidup diantaranya kepatuhan penggunaan obat antiretroviral. Meningkatnya ketersediaan antiretroviral (ARV) dan akses ke diagnosis HIV dini menyebabkan kualitas hidup pasien HIV menjadi membaik.<sup>9</sup> Berdasarkan penelitian Ma Liping et al. di China pada tahun 2015, ARV ditemukan menjadi faktor terkuat pertama yang mempengaruhi kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS.<sup>10</sup>

Menurut penelitian Charles, orang dengan HIV/AIDS yang menerima kurang atau sedang dukungan sosial ( $p < .05$ ) cenderung memiliki kualitas hidup yang rendah. Meskipun tidak signifikan secara statistik kurangnya dukungan sosial memiliki efek negatif pada dimensi fisik kualitas hidup dari semua pasien. Kemudian ditemukan hubungan yang signifikan antara depresi berat dengan kualitas hidup yang buruk.<sup>11</sup>

Stigma HIV/AIDS dapat merusak kualitas hidup orang yang hidup dengan HIV/AIDS dengan mengurangi akses dan kualitas perawatan. Hal tersebut mempengaruhi kepatuhan terapi dan berpotensi meningkatkan risiko transmisi. Berdasarkan penelitian Mahalakshmy et al. di India pada

tahun 2011 dijelaskan bahwa ODHA mengalami stigma yang lebih tinggi memperoleh skor yang lebih rendah secara psikologis, lingkungan dan spiritualitas/agama/kepercayaan pribadi domain dari kualitas hidup.<sup>12</sup>

Faktor-faktor demografi juga mempengaruhi kualitas hidup seperti hasil penelitian Akinboro et al. di Nigeria pada tahun 2014 menunjukkan bahwa ODHA yang berusia  $\leq 30$  tahun memiliki kualitas hidup yang lebih baik. Kemudian kualitas hidup yang lebih baik ditemukan pada orang yang berpendidikan baik, pada subjek dengan pendidikan tersier atau tinggi didapatkan kualitas hidup yang lebih baik, dan analisis multivariat menunjukkan bahwa kualitas hidup lebih buruk pada pekerja lepas.<sup>13</sup>

Berdasarkan penelitian Kusuma di Jakarta pada tahun 2011 mengungkapkan bahwa responden dengan penghasilan keluarga rendah beresiko untuk memiliki kualitas hidup kurang baik.<sup>14</sup> Penelitian Ethel di Semarang pada tahun 2016 mengungkapkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara lama menderita dengan kualitas hidup pada domain psikologis pasien HIV/AIDS RSUP Dr. Kariadi.<sup>15</sup>

Berdasarkan adanya permasalahan di atas, peneliti ingin mengadakan penelitian tentang hubungan antara lama terdiagnosa dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS di Yayasan Victory Plus.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, maka dapat diambil suatu rumusan masalah, yaitu “Adakah hubungan antara lama terdiagnosa dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS ?”

### **C. Tujuan Penelitian**

#### 1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan antara lama terdiagnosa dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS di Yayasan Victory Plus.

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui tingkat kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS di Yayasan Victory Plus.
- b. Mengetahui variabel luar meliputi umur, pendidikan, pekerjaan, lama terapi ARV, dan penghasilan pada orang dengan HIV/AIDS di Yayasan Victory Plus.
- c. Mengetahui *Relative Risk* (RR) dari variabel lama terdiagnosa HIV setelah dikontrol dengan variabel luar.

### **D. Manfaat Penelitian**

#### 1. Manfaat teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wacana ilmu pengetahuan yang berkaitan dengan konsep kualitas hidup pada orang dengan HIV/AIDS bagi masyarakat pada umumnya.

#### 2. Manfaat praktis

##### a. Bagi Direktur Yayasan Victory Plus

Penelitian ini diharapkan mampu memberikan informasi mengenai faktor yang mempengaruhi kualitas hidup untuk yayasan sebagai dasar melakukan upaya

preventif terhadap kualitas hidup ODHA di Yayasan Victory Plus.

b. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat digunakan data dasar, sebagai bahan referensi dan kajian bagi peneliti lain atau peneliti lanjutan.

### **E. Ruang Lingkup**

1. Materi

Lingkup materi pada penelitian ini adalah asuhan kebidanan dalam kesehatan reproduksi dan penanggulangan IMS (Infeksi Menular Seksual) termasuk HIV/AIDS.

2. Tempat

Penelitian dilakukan di Yayasan Victory Plus Jalan Tunggorono, No. 5, Mrican, Caturtunggal, Kecamatan Depok, Kabupaten Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta.

3. Waktu

Penelitian dilakukan pada Bulan Oktober tahun 2018 sampai dengan Bulan Mei tahun 2019.

### **F. Keaslian Penelitian**

Sepanjang penelusuran penulis terdapat penelitian serupa dengan penelitian ini, yaitu :

1. Mardia, Riris Andono Ahmad, dan Bambang Sigit Riyanto tahun 2017 dengan Judul Kualitas Hidup Orang dengan HIV/AIDS

Berdasarkan Kriteria Diagnosis dan Faktor Lain di Surakarta. Desain penelitian ini adalah cross sectional di Klinik VCT Rumah Sakit Dr. Moewardi. Populasi meliputi pasien yang terdaftar di Klinik VCT. Pengambilan sampel secara *consecutive sampling*. Analisis data melalui *ordinal logistic regression*. Hasil dari penelitian yang telah peneliti lakukan didapatkan bahwa kriteria diagnosis berhubungan dengan kualitas hidup pada domain psikologi. Pasien dengan  $CD4 \geq 200$  sel/ml di awal diagnosis memiliki kemungkinan lebih kecil untuk mempunyai kualitas hidup yang lebih baik. Pasien dengan infeksi oportunistik asimtomatik, menjalani terapi ARV  $\geq 29$  bulan, mendapatkan dukungan sosial, menjangkau fasilitas kesehatan dengan angkutan umum, berumur  $> 45$  tahun, berjenis kelamin perempuan dan belum/pernah menikah memiliki hubungan dengan kualitas hidup lebih baik.

2. Ricca Angelina Ethel dkk tahun 2016 dengan Judul Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS di RSUP Dr. Kariadi Semarang. Desain penelitian ini adalah cross sectional. Teknik pengambilan sampel dengan *consecutive sampling* pada 94 pasien HIV/AIDS yang menjalani rawat jalan di Poli Penyakit Tropik dan Infeksi RSUP Dr.Kariadi. Hasil penelitian mengungkapkan bahwa usia, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan terakhir, pekerjaan, dan jumlah CD4 tidak

berhubungan dengan kualitas hidup pada setiap domain. Namun, terdapat hubungan bermakna antara lama menderita terhadap kualitas hidup domain psikologis ( $p=0,004$ ).

3. Amare Deribew et al. tahun 2013 dengan Judul Change in quality of life: a follow up study among patients with HIV infection with and without TB in Ethiopia. Populasi meliputi 465 pasien terinfeksi HIV tanpa TB dan 124 pasien koinfeksi TB/HIV terdaftar secara prospektif studi pada bulan Februari 2009. 455 (98%) pasien terinfeksi HIV dan 97 (78%) TB / HIV diikuti selama 6 bulan. Data tentang kualitas hidup pada awal dan bulan ke-6 dikumpulkan oleh perawat terlatih melalui wawancara tatap muka menggunakan versi Amharic singkat dari Instrumen Kualitas Kehidupan Organisasi Kesehatan Dunia untuk klien HIV (WHOQOL HIV-Brief). Hasil penelitian mengungkapkan bahwa ada peningkatan yang signifikan secara statistik dari fisik, psikologis, sosial, lingkungan dan kualitas hidup spiritual pada follow up 6 bulan dibandingkan dengan baseline untuk kedua kelompok pasien ( $P < 0,0001$ ). Perubahan dalam kualitas hidup di semua dimensi lebih ditandai untuk pasien koinfeksi TB / HIV dibandingkan dengan terinfeksi HIV pasien tanpa TB.
4. Doris Mutabazi-Mwesigire et al. dengan Judul Perceptions of quality of life among Ugandan patients living with HIV: a qualitative study. Populasinya yaitu dua puluh peserta HIV-positif

mengikuti wawancara mendalam di klinik perkotaan, dengan follow-up pada tiga dan enam bulan. Sepuluh pasien menggunakan ART dan sepuluh tidak menggunakan ART. Semua wawancara ditranskripsi dan diterjemahkan untuk analisis. Data dianalisis secara manual menggunakan pendekatan kerangka kerja untuk analisis konten. Hasil penelitian menunjukkan bahwa individu melaporkan pada empat aspek kualitas hidup: hidup dari lingkungan, kegunaan hidup, kehidupan kemampuan seseorang dan penghargaan terhadap kehidupan. Responden mendeskripsikan beberapa harapan dan menyatakan harapan untuk masa depan mereka. Namun, banyak yang masih menderita stigma, ketakutan terhadap pengungkapan dan kemiskinan, yang berdampak negatif kualitas hidup mereka.

5. Bimal Charles et al. dengan Judul Association between stigma, depression and quality of life of people living with HIV/AIDS (PLHA) in South India – a community based cross sectional study. Desain penelitian menggunakan studi cross sectional berbasis komunitas yang dilakukan di tujuh distrik di Tamil Nadu, India, diantara 400 ODHA pada tahun 2009. Skala berikut digunakan untuk stigma, depresi dan kualitas hidup, skala Berger, skala *Mayor Depression Inventory* (MDI) dan skala BREF WHO. Hasil dari penelitian yang telah peneliti lakukan didapatkan bahwa dua puluh tujuh persen ODHA telah mengalami stigma yang parah. Ini

adalah bentuk berat stigma pribadi (28,8%), citra diri negatif (30,3%), persepsi sikap publik (18,2%) dan kekhawatiran pengungkapan (26%). ODHA yang mengalami depresi berat adalah 12% dan mereka yang mengalami kualitas hidup yang buruk adalah 34%. Kualitas hidup yang rendah dilaporkan dalam domain fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan adalah 42,5%, 40%, 51,2%, dan 34% masing-masing. ODHA yang memiliki stigma pribadi yang tinggi dan citra diri negatif memiliki 3,4 (1,6-7,0) dan 2,1 (1,0-4,1) kali lebih tinggi risiko depresi berat masing-masing ( $p < 0,001$ ). ODHA yang mengalami depresi berat telah mengalami 2,7 (1,1-7,7) kali kualitas hidup secara signifikan lebih buruk.