

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Telaah Pustaka

##### 1. Konsep HIV/AIDS

###### a. Pengertian HIV/AIDS

HIV adalah sebuah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia.<sup>16</sup> AIDS adalah kependekan dari *Acquired Immune Deficiency Syndrome*. *Acquired* berarti didapat, bukan keturunan. *Immuno* terkait dengan sistem kekebalan tubuh kita. *Deficiency* berarti kekurangan. *Syndrome* atau sindrom berarti penyakit dengan kumpulan gejala, bukan gejala tertentu. Jadi AIDS berarti kumpulan gejala akibat kekurangan atau kelemahan sistem kekebalan tubuh yang dibentuk setelah kita lahir.<sup>17</sup>

AIDS muncul setelah virus (HIV) menyerang sistem kekebalan tubuh kita selama lima hingga sepuluh tahun atau lebih.<sup>16</sup> HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) merupakan virus yang dapat menyebabkan AIDS dengan cara menyerang sel darah putih yang bernama sel CD4 sehingga dapat merusak sistem kekebalan tubuh manusia. AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*) atau kumpulan berbagai gejala penyakit akibat turunnya kekebalan tubuh individu akibat HIV. Ketika individu sudah tidak lagi memiliki sistem kekebalan tubuh maka semua penyakit dapat dengan mudah masuk ke dalam tubuh. Karena

sistem kekebalan tubuhnya menjadi sangat lemah, penyakit yang tadinya tidak berbahaya akan menjadi sangat berbahaya.

Orang yang baru terpapar HIV belum tentu menderita AIDS. Hanya saja lama kelamaan sistem kekebalan tubuhnya makin lama semakin lemah, sehingga semua penyakit dapat masuk ke dalam tubuh. Pada tahapan itulah penderita disebut sudah terkena AIDS.<sup>18</sup>

b. Penyebab HIV/AIDS

Virus masuk ke dalam tubuh manusia terutama melalui perantara darah, semen, dan sekret vagina. Setelah memasuki tubuh manusia, maka target utama HIV adalah limfosit CD 4 karena virus mempunyai afinitas terhadap molekul permukaan CD4. Virus ini akan mengubah informasi genetiknya ke dalam bentuk yang terintegrasi di dalam informasi genetik dari sel yang diserangnya, yaitu merubah bentuk RNA (*ribonucleic acid*) menjadi DNA (*deoxyribonucleic acid*) menggunakan enzim *reverse transcriptase*. DNA pro-virus tersebut kemudian diintegrasikan ke dalam sel hospes dan selanjutnya diprogramkan untuk membentuk gen virus. Setiap kali sel yang dimasuki retrovirus membelah diri, informasi genetik virus juga ikut diturunkan.

c. Tahapan perubahan HIV/AIDS

1) Fase 1

Umur infeksi 1-6 bulan (sejak terinfeksi HIV) individu sudah terpapar dan terinfeksi. Tetapi ciri-ciri terinfeksi belum terlihat meskipun ia melakukan tes darah. Pada fase ini antibodi terhadap HIV belum terbentuk. Bisa saja terlihat/mengalami gejala-gejala ringan, seperti flu (biasanya 2-3 hari dan sembuh sendiri).

2) Fase 2

Umur infeksi : 2-10 tahun setelah terinfeksi HIV. Pada fase kedua ini individu sudah positif HIV dan belum menampakkan gejala sakit. Sudah dapat menularkan pada orang lain. Bisa saja terlihat/mengalami gejala-gejala ringan, seperti flu (biasanya 2-3 hari dan sembuh sendiri).

3) Fase 3

Mulai muncul gejala-gejala awal penyakit. Belum disebut sebagai gejala AIDS. Gejala-gejala yang berkaitan antara lain keringat yang berlebihan pada waktu malam, diare terus menerus, pembengkakan kelenjar getah bening, flu yang tidak sembuh-sembuh, nafsu makan berkurang dan badan menjadi lemah, serta berat badan terus berkurang. Pada fase ketiga ini sistem kekebalan tubuh mulai berkurang.

#### 4) Fase 4

Sudah masuk pada fase AIDS. AIDS baru dapat terdiagnosa setelah kekebalan tubuh sangat berkurang dilihat dari jumlah sel-T nya. Timbul penyakit tertentu yang disebut dengan infeksi oportunistik yaitu TBC, infeksi paru-paru yang menyebabkan radang paru-paru dan kesulitan bernafas, kanker, khususnya sariawan, kanker kulit atau sarcoma kaposi, infeksi usus yang menyebabkan diare parah berminggu-minggu, dan infeksi otak yang menyebabkan kekacauan mental dan sakit kepala.<sup>19</sup>

WHO menetapkan empat stadium klinis HIV, sebagaimana berikut:

- 1) Stadium 1 : tanpa gejala.
- 2) Stadium 2 : penyakit ringan.
- 3) Stadium 3 : penyakit lanjut.
- 4) Stadium 4 : penyakit berat.<sup>17</sup>

#### d. Penularan HIV/AIDS

##### 1) Media penularan HIV/AIDS

HIV dapat ditularkan melalui pertukaran berbagai cairan tubuh dari individu yang terinfeksi, seperti darah, air susu ibu, air mani dan cairan vagina. Individu tidak dapat terinfeksi melalui kontak sehari-hari biasa seperti berciuman,

berpelukan, berjabat tangan, atau berbagi benda pribadi, makanan atau air.<sup>20</sup>

## 2) Cara penularan HIV/AIDS

- a) Hubungan seksual : hubungan seksual yang tidak aman dengan orang yang telah terpapar HIV.
- b) Transfusi darah : melalui transfusi darah yang tercemar HIV.
- c) Penggunaan jarum suntik : penggunaan jarum suntik, tindik, tato, dan pisau cukur yang dapat menimbulkan luka yang tidak disterilkan secara bersama-sama dipergunakan dan sebelumnya telah dipakai orang yang terinfeksi HIV. Cara-cara ini dapat menularkan HIV karena terjadi kontak darah.
- d) Ibu hamil kepada anak yang dikandungnya
  - ( 1 ) Antenatal : saat bayi masih berada di dalam rahim, melalui plasenta.
  - ( 2 ) Intranatal : saat proses persalinan, bayi terpapar darah ibu atau cairan vagina.
  - ( 3 ) Postnatal : setelah proses persalinan, melalui air susu ibu. Kenyataannya 25-35% dari semua bayi yang dilahirkan oleh ibu yang sudah terinfeksi di negara berkembang

tertular HIV, dan 90% bayi dan anak yang tertular HIV tertular dari ibunya.

3) Perilaku berisiko yang menularkan HIV/AIDS

- a) Melakukan seks anal atau vaginal tanpa kondom.
- b) Memiliki infeksi menular seksual lainnya seperti sifilis, herpes, klamidia, kencing nanah, dan vaginosis bakterial.
- c) Berbagi jarum suntik yang terkontaminasi, alat suntik dan peralatan suntik lainnya dan solusi obat ketika menyuntikkan narkoba.
- d) Menerima suntikan yang tidak aman, transfusi darah, transplantasi jaringan, prosedur medis yang melibatkan pemotongan atau tindakan yang tidak steril.
- e) Mengalami luka tusuk jarum yang tidak disengaja, termasuk diantara pekerja kesehatan.
- f) Memiliki banyak pasangan seksual atau mempunyai pasangan yang memiliki banyak pasangan lain.<sup>18</sup>

e. Gejala HIV/AIDS

Gejala-gejala HIV bervariasi tergantung pada tahap infeksi. Meskipun orang yang hidup dengan HIV cenderung paling menular dalam beberapa bulan pertama, banyak yang tidak menyadari status mereka sampai tahap selanjutnya. Beberapa minggu pertama setelah infeksi awal, individu mungkin tidak

mengalami gejala atau penyakit seperti influenza termasuk demam, sakit kepala, ruam, atau sakit tenggorokan.

Ketika infeksi semakin memperlemah sistem kekebalan, seorang individu dapat mengembangkan tanda dan gejala lain, seperti kelenjar getah bening yang membengkak, penurunan berat badan, demam, diare dan batuk. Tanpa pengobatan, mereka juga bisa mengembangkan penyakit berat seperti tuberkulosis, meningitis kriptokokus, infeksi bakteri berat dan kanker seperti limfoma dan sarkoma kaposi.<sup>20</sup>

f. Tes infeksi HIV/AIDS

1) Pengertian

Tes HIV adalah tes yang dilakukan untuk memastikan apakah individu yang bersangkutan telah dinyatakan terkena HIV atau tidak. Tes HIV berfungsi untuk mengetahui adanya antibodi terhadap HIV atau mengetes adanya antigen HIV dalam darah. Ada beberapa jenis tes yang biasa dilakukan diantaranya yaitu tes Elisa, tes Dipstik dan tes Western Blot. Masing-masing alat tes memiliki sensitivitas atau kemampuan untuk menemukan orang yang mengidap HIV dan spesifitas atau kemampuan untuk menemukan individu yang tidak mengidap HIV. Untuk tes antibodi HIV semacam Elisa memiliki sensitivitas yang tinggi. Dengan kata lain persentase pengidap HIV yang memberikan hasil negatif

palsu sangat kecil. Sedangkan spesifitasnya adalah antara 99,70%-99,90% dalam arti 0,1%-0,3% dari semua orang yang tidak berantibodi HIV akan dites positif untuk antibodi tersebut. Untuk itu hasil Elisa positif perlu diperiksa ulang (dikonfirmasi) dengan metode Western Blot yang mempunyai spesifitas yang lebih tinggi.

## 2) Syarat dan prosedur tes darah HIV/AIDS

Syarat tes darah untuk keperluan HIV:

- a) Bersifat rahasia.
- b) Harus dengan konseling pada pra tes.
- c) Tidak ada unsur paksaan.

## 3) Tahapan tes HIV/AIDS

Pre tes konseling

- a) Identifikasi risiko perilaku seksual (pengukuran tingkat risiko perilaku).
- b) Penjelasan arti hasil tes dan prosedurnya (positif/negatif).
- c) Informasi HIV/AIDS sejelas-jelasnya.
- d) Identifikasi kebutuhan pasien, setelah mengetahui hasil tes.
- e) Rencana perubahan perilaku.

#### 4) Tes darah Elisa

Hasil tes Elisa (-) kembali melakukan konseling untuk penataan perilaku seks yang lebih aman (safer sex). Pemeriksaan diulang kembali dalam waktu 3-6 bulan berikutnya. Hasil tes Elisa (+), konfirmasi dengan Western Blot.

#### 5) Tes Western Blot

Hasil tes Western Blot (+) laporkan ke dinas kesehatan (dalam keadaan tanpa nama). Lakukan pasca konseling dan pendampingan (menghindari emosi putus asa keinginan untuk bunuh diri). Hasil tes Western Blot (-) sama dengan Elisa (-).<sup>18</sup>

#### g. Hubungan antara HIV/AIDS dengan penyalahgunaan napza dan hubungan seks bebas tidak aman

##### 1) HIV/AIDS-hubungan seks bebas dan tidak aman

Salah satu media penularan HIV/AIDS yaitu melalui cairan sperma maupun cairan vagina, maka perilaku hubungan seks bebas tidak aman merupakan perilaku yang beresiko tertular maupun menularkan virus HIV.

##### 2) HIV/AIDS-penyalahgunaan NAPZA

Walaupun tidak seluruh pengguna NAPZA, namun sebagian besar pengguna beberapa jenis NAPZA cenderung menggunakan jarum suntik sebagai media pemakaiannya.

Penggunaan jarum suntik yang tidak steril dan dilakukan secara bergantian sangat rentan terhadap penularan virus HIV/AIDS (tertular maupun menularkan). Hal yang lebih mengerikan, pengguna NAPZA yang merupakan ODHA (Orang dengan HIV/AIDS) akan membuatnya lebih cepat memasuki fase AIDS. Hal ini dikarenakan karakteristik NAPZA yang bersifat menggerogoti organ tubuh. Termasuk juga perokok karena rokok memiliki sifat yang sama.

h. Pencegahan HIV/AIDS

Lima cara pokok untuk mencegah penularan HIV (A, B, C, D, E) yaitu:

A (*Abstinence*) : artinya absen seks atau tidak melakukan hubungan seks bagi yang belum menikah.

B (*Be faithful*) : artinya bersikap saling setia kepada satu pasangan seks (tidak berganti-ganti pasangan).

C (*Condom*) : artinya cegah penularan HIV melalui hubungan seksual dengan menggunakan kondom.

D (*Drug No*) : artinya dilarang menggunakan narkoba.

E (*Education*) : artinya pemberian edukasi dan informasi yang benar mengenai HIV, cara penularan, pencegahan dan pengobatannya.

Individu dapat mengurangi risiko infeksi HIV dengan membatasi paparan faktor risiko. Pendekatan utama untuk pencegahan HIV sebagai berikut :

1) Penggunaan kondom pria dan wanita

Penggunaan kondom pria dan wanita yang benar dan konsisten selama penetrasi vagina atau dubur dapat melindungi terhadap penyebaran infeksi menular seksual, termasuk HIV. Bukti menunjukkan bahwa kondom lateks laki-laki memiliki efek perlindungan 85% atau lebih besar terhadap HIV dan infeksi menular seksual (IMS) lainnya.

2) Tes dan konseling untuk HIV dan IMS

Pengujian untuk HIV dan IMS lainnya sangat disarankan untuk semua orang yang terpajan salah satu faktor risiko. Dengan cara ini orang belajar tentang status infeksi mereka sendiri dan mengakses layanan pencegahan dan perawatan yang diperlukan tanpa penundaan. WHO juga merekomendasikan untuk menawarkan tes untuk pasangan. Selain itu, WHO merekomendasikan pendekatan pemberitahuan mitra bantuan sehingga orang dengan HIV menerima dukungan untuk menginformasikan mitra mereka sendiri, atau dengan bantuan penyedia layanan kesehatan.

3) Tes dan konseling, keterkaitan dengan perawatan tuberkulosis

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit yang paling umum dan penyebab kematian di antara orang dengan HIV. Hal ini fatal jika tidak terdeteksi atau tidak diobati, yang bertanggung jawab untuk lebih dari 1 dari 3 kematian terkait HIV.

Deteksi dini TB dan keterkaitan yang cepat dengan pengobatan TB dan ARV dapat mencegah kematian pada ODHA. Pemeriksaan TB harus ditawarkan secara rutin di layanan perawatan HIV dan tes HIV rutin harus ditawarkan kepada semua pasien dengan dugaan dan terdiagnosis TB. Individu yang didiagnosis dengan HIV dan TB aktif harus segera memulai pengobatan TB yang efektif (termasuk untuk TB yang resistan terhadap obat) dan ARV. Terapi pencegahan TB harus ditawarkan kepada semua orang dengan HIV yang tidak memiliki TB aktif.

4) Sunat laki-laki oleh medis secara sukarela

Sunat laki-laki oleh medis, mengurangi risiko infeksi HIV sekitar 60% pada pria heteroseksual. Sunat laki-laki oleh medis juga dianggap sebagai pendekatan yang baik untuk menjangkau laki-laki dan remaja laki-laki yang tidak sering mencari layanan perawatan kesehatan.

5) Penggunaan obat antiretroviral untuk pencegahan

Penelitian menunjukkan bahwa jika orang HIV-positif mematuhi rejimen ARV yang efektif, risiko penularan virus ke pasangan seksual yang tidak terinfeksi dapat dikurangi sebesar 96%. Rekomendasi WHO untuk memulai ARV pada semua orang yang hidup dengan HIV akan berkontribusi secara signifikan untuk mengurangi penularan HIV.

6) Profilaksis pasca pajanan untuk HIV

Profilaksis pasca pajanan adalah penggunaan obat ARV dalam 72 jam setelah terpapar HIV untuk mencegah infeksi. Profilaksis pasca pajanan mencakup konseling, pertolongan pertama, tes HIV, dan pemberian obat ARV selama 28 hari dengan perawatan lanjutan. WHO merekomendasikan penggunaan profilaksis pascapajanan untuk pajanan pekerjaan, non-pekerjaan, dewasa dan anak-anak.

7) Pengurangan dampak buruk bagi orang-orang yang menyuntikkan dan menggunakan narkoba

Mulai berhenti menggunakan NAPZA sebelum terinfeksi HIV, tidak memakai jarum suntik, sehabis menggunakan jarum suntik langsung dibuang atau jika menggunakan jarum yang sama maka disterilkan terlebih dahulu, yaitu dengan merendam pemutih (dengan kadar

campuran yang benar) atau direbus dengan suhu tinggi yang sesuai.

8) Bagi remaja

Semua orang tanpa kecuali dapat tertular, sehingga remaja tidak melakukan hubungan seks tidak aman, berisiko IMS karena dapat memperbesar risiko penularan HIV/AIDS. Mencari informasi yang lengkap dan benar yang berkaitan dengan HIV/AIDS. Mendiskusikan secara terbuka permasalahan yang sering dialami remaja dalam hal ini tentang masalah perilaku seksual dengan orang tua, guru, teman maupun orang yang memang paham mengenai hal tersebut. Menghindari penggunaan obat-obatan terlarang dan jarum suntik, tato dan tindik. Tidak melakukan kontak langsung percampuran darah dengan orang yang sudah terpapar HIV. Menghindari perilaku yang dapat mengarah pada perilaku yang tidak sehat dan tidak bertanggungjawab.

Paket komprehensif intervensi untuk pencegahan dan pengobatan HIV meliputi:

- 1) Program jarum dan alat suntik.
- 2) Terapi substitusi opioid untuk orang yang bergantung pada opioid dan pengobatan ketergantungan obat berbasis bukti lainnya.
- 3) Tes dan konseling HIV.

- 4) Perawatan HIV.
  - 5) Informasi dan edukasi pengurangan risiko dan penyediaan nalokson.
  - 6) Penggunaan kondom.
  - 7) Manajemen IMS, tuberkulosis dan virus hepatitis.<sup>20</sup>
- i. Pengobatan bagi penderita HIV/AIDS
- 1) HIV/AIDS belum dapat disembuhkan

Sampai saat ini belum ada obat-obatan yang dapat menghilangkan HIV dari dalam tubuh individu. Ada beberapa kasus yang menyatakan bahwa HIV/AIDS dapat disembuhkan. Setelah diteliti lebih lanjut, pengobatannya tidak dilakukan dengan standar medis, tetapi dengan pengobatan alternatif atau pengobatan lainnya. Obat-obat yang selama ini digunakan berfungsi menahan perkembangbiakan virus HIV dalam tubuh, bukan menghilangkan HIV dari dalam tubuh. Obat-obatan ARV sudah dipasarkan secara umum, untuk obat generik. Namun tidak semua orang yang HIV positif sudah membutuhkan obat ARV, ada kriteria khusus. Meskipun semakin hari makin banyak individu yang dinyatakan positif HIV, namun sampai saat ini belum ada informasi adanya obat yang dapat menyembuhkan HIV/AIDS. Bahkan sampai sekarang belum ada perkiraan

resmi mengenai kapan obat yang dapat menyembuhkan AIDS atau vaksin yang dapat mencegah AIDS ditemukan.

## 2) Pengobatan HIV/AIDS

Untuk menahan lajunya tahap perkembangan virus beberapa obat yang ada adalah antiretroviral dan infeksi oportunistik. Obat antiretroviral adalah obat yang dipergunakan untuk retrovirus seperti HIV guna menghambat perkembangbiakan virus. Obat-obatan yang termasuk antiretroviral yaitu AZT, Didanosine, Zalcitabine, Stavudine. Obat infeksi oportunistik adalah obat yang digunakan untuk penyakit yang muncul sebagai efek samping rusaknya kekebalan tubuh. Yang terpenting untuk pengobatan oportunistik yaitu menggunakan obat-obat sesuai jenis penyakitnya, contoh : obat-obat anti TBC.<sup>18</sup>

## 2. Konsep Kualitas Hidup

### a. Pengertian

Menurut *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) kualitas hidup adalah persepsi individu mengenai posisi individu dalam hidup sesuai konteks budaya dan sistem nilai yang dianutnya, dimana individu hidup dan hubungannya dengan harapan, tujuan, standar yang ditetapkan dan perhatian dari individu. Masalah yang mencakup kualitas hidup sangat luas dan kompleks termasuk masalah kesehatan fisik, status

psikologis, tingkat kebebasan, hubungan sosial, dan lingkungan dimana mereka berada.<sup>21</sup>

Kualitas hidup adalah konsep yang lebih luas daripada standar hidup. Kualitas hidup mencakup sekumpulan penuh faktor-faktor yang mempengaruhi apa yang kita hargai dalam hidup ini, melampaui sisi materialnya. Kualitas hidup adalah perbedaan antara keinginan yang ada dibandingkan perasaan yang ada sekarang. Pernyataan ini dikenal dengan sebutan “Calman’s Gap”. Calman mengungkapkan pentingnya mengetahui perbedaan antara perasaan yang ada dengan keinginan yang sebenarnya. Contohnya dengan membandingkan suatu keadaan antara “dimana seseorang berada” dengan “dimana seseorang ingin berada”. Jika perbedaan antara kedua keadaan ini lebar, ketidakcocokan ini menunjukkan bahwa kualitas hidup seseorang tersebut rendah. Sedangkan kualitas hidup tinggi jika perbedaan yang ada antara keduanya kecil.

Beberapa pendekatan fenomenologi dari kualitas hidup menekankan tentang pentingnya persepsi subjektif seseorang dalam memfungsikan kemampuan mereka sendiri dan membandingkannya dengan standar kemampuan internal yang mereka miliki agar dapat mewujudkan sesuatu menjadi lebih ideal dan sesuai dengan apa yang mereka inginkan. Kualitas hidup adalah penilaian individu terhadap posisi mereka di dalam

kehidupan, dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka hidup dalam kaitannya dengan tujuan individu, harapan, standar serta apa yang menjadi perhatian individu. Terdapat tiga pendekatan konseptual untuk mengukur kualitas hidup, yaitu:

- 1) Pendekatan pertama : dikembangkan erat dengan riset psikologis, dijiakkan pada gagasan tentang kesejahteraan subjektif. Pendekatan ini terkait erat dengan tradisi utilitarian, yang menyatakan bahwa upaya manusia untuk 'bahagia' dan 'puas' dengan hidup mereka merupakan tujuan universal eksistensi manusia.
- 2) Pendekatan kedua : berakar pada gagasan tentang kapabilitas. Pendekatan ini melihat hidup seseorang sebagai kombinasi antara berbagai 'kegiatan dan kedirian' (*functionings*) dan kebebasannya untuk memilih diantara fungsi-fungsi tersebut (*capabilities*). Dasar pendekatan kapabilitas ini memiliki akar kuat pada ide filosofis mengenai keadilan sosial. Hal ini mencerminkan manusia akan fokus pada tujuan dan menghargai kemampuan individu untuk mengejar dan merealisasikan tujuan yang dia yakini, serta memainkan peran prinsip-prinsip etis dalam merancang masyarakat yang 'baik'.

- 3) Pendekatan ketiga : didasarkan pada gagasan tentang alokasi yang adil.<sup>22</sup>

Kualitas hidup (*quality of life*) mengarah pada persepsi pribadi seseorang akan hidupnya. Kualitas hidup adalah persepsi berdasarkan nilai dan kepercayaan personal. Sudut pandang kualitas hidup sangat bervariasi dan berubah bergantung pada situasi. Peningkatan kualitas hidup dilakukan melalui pencegahan dan manajemen penyakit kronis seperti perawatan preventif, dukungan untuk gaya hidup sehat, edukasi dan pengkajian lingkungan untuk mencegah cedera.<sup>23</sup> Kusuma menjelaskan bahwa sebagian besar responden memiliki kualitas hidup kurang baik yaitu sejumlah 58 orang (63%).<sup>14</sup> Terdapat juga hasil penelitian Nojomi, Anbary, dan Ranjbar pada tahun 2008 menyebutkan bahwa lebih banyak responden yang mempersepsikan kualitas hidupnya rendah atau kurang baik.<sup>24</sup>

b. Aspek-aspek kualitas hidup

Menurut WHOQOL-BREF terdapat empat aspek mengenai kualitas hidup, diantaranya sebagai berikut:

- 1) Kesehatan fisik : mencakup aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat-obatan, energi dan kelelahan, mobilitas, sakit dan ketidaknyamanan, tidur/istirahat, dan kapasitas kerja.

- 2) Kesejahteraan psikologis : mencakup *bodily image appearance*, perasaan negatif, perasaan positif, *self-esteem*, spiritual/agama/keyakinan pribadi, berpikir, belajar, memori dan konsentrasi.
- 3) Hubungan sosial : mencakup relasi personal, dukungan sosial, dan aktivitas seksual.
- 4) Hubungan dengan lingkungan : mencakup sumber finansial, kebebasan, keamanan dan keselamatan fisik, perawatan kesehatan dan sosial termasuk aksesibilitas dan kualitas, lingkungan rumah, kesempatan untuk mendapatkan berbagai informasi baru maupun keterampilan, partisipasi dan mendapat kesempatan untuk melakukan rekreasi dan kegiatan yang menyenangkan di waktu luang, lingkungan fisik termasuk polusi/kebisingan/lalu lintas/iklim serta transportasi.<sup>21</sup>

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup

Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pada orang dengan HIV/AIDS yaitu sebagai berikut :

1) Umur

Hasil penelitian Li, et al. yang mendapatkan rata-rata usia penderita HIV/AIDS yaitu 37,7 tahun.<sup>25</sup> Kemudian penelitian Greeff, et al. menunjukkan bahwa hasil usia rata-rata responden penelitiannya 36,8 tahun.<sup>26</sup> Nojomi, et al.

mengungkapkan bahwa usia rata-rata penderita HIV/AIDS dalam penelitiannya 35,4 tahun.<sup>24</sup> Lalu penelitian Kusuma menyebutkan bahwa rata-rata usia responden dalam penelitian ini adalah 30,43 tahun.<sup>14</sup>

Hasil penelitian Akinboro et al. menunjukkan bahwa ODHA yang berumur  $\leq 30$  tahun memiliki kualitas hidup yang lebih baik secara signifikan di semua domain.<sup>13</sup> Penelitian Ma Liping et al. juga menyebutkan bahwa subjek berusia  $< 30$  tahun memiliki skor yang lebih baik di semua domain ( $P < 0,01$ ). Terdapat fakta bahwa pemuda setempat di provinsi Zhejiang lebih berpikiran terbuka dan memiliki toleransi yang lebih tinggi terhadap penyakit.<sup>10</sup>

Razavi et.al menunjukkan adanya perbedaan kualitas hidup pada tingkatan usia. Menjelaskan bahwa pasien HIV yang usianya lebih dari 35 tahun memiliki kualitas hidup yang rendah. Usia yang lebih tua telah terbukti berhubungan dengan ketidakpuasan dalam hubungan sosial seseorang.<sup>27</sup> Terdapat juga penelitian oleh Mardia dkk yang menemukan kualitas hidup pada pasien semakin rendah seiring dengan pertambahan usia karena tingkat kecemasan dan depresi.<sup>28</sup>

Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya yaitu penelitian oleh Novianti dkk menunjukkan tidak ada hubungan antara umur dengan kualitas hidup. Usia berkaitan dengan pola pikir dan kematangan seseorang untuk menilai jenis stressor yang datang, kemampuan beradaptasi dan mekanisme koping yang adaptif yang digunakan mempengaruhi perilaku seseorang dalam mengambil keputusan.<sup>29</sup> Terdapat juga penelitian Nojomi, Anbary dan Ranjbar menunjukkan bahwa umur tidak mempengaruhi kualitas hidup seseorang. Secara umum umur mempengaruhi kematangan psikologis dari seseorang.<sup>24</sup>

Kemudian terdapat penelitian oleh Shan, et.al. pada tahun 2011 menunjukkan bahwa usia tidak mempengaruhi kualitas hidup baik dari domain fisik, psikologis dan hubungan sosial.<sup>30</sup> Riset oleh Hasanah et al. pada tahun 2010 menunjukkan bahwa usia tidak menunjukkan hubungan yang signifikan dengan kualitas hidup seseorang.<sup>31</sup>

Berdasarkan hasil penelitian Kusuma 2011 menunjukkan bahwa usia tidak berpengaruh terhadap kualitas hidup ODHA ( $\rho = 0,30$ ). Secara umum, bertambahnya usia seseorang mempengaruhi kualitas hidupnya. Hal ini dikarenakan oleh perubahan fisik, sosial dan psikologis. Namun pada kasus pasien HIV/AIDS, kualitas hidup tidak

dipengaruhi oleh usia. Hal tersebut 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.<sup>14</sup>

## 2) Jenis kelamin

Perbedaan gender yang signifikan ditemukan pada kualitas hidup di semua domain.<sup>10</sup> Penelitian Ming Z menunjukkan kualitas hidup yang lebih baik pada pria daripada wanita.<sup>42</sup> Penelitian Akinboro et al. juga mengungkapkan kualitas hidup lebih baik pada pria dibanding wanita.<sup>13</sup> Kemudian hasil penelitian Abboud S. et al. didapatkan bahwa perempuan dengan HIV/AIDS (ODHA) dilaporkan memiliki kualitas hidup yang paling rendah.<sup>43</sup>

## 3) Tingkat pendidikan

Penelitian Kusuma menunjukkan bahwa paling banyak responden memiliki tingkat pendidikan tinggi (SLTA dan perguruan tinggi) sebanyak 86 orang (93,5%).<sup>14</sup> Penelitian Greeff, et al. mengungkapkan hasil bahwa responden paling banyak memiliki pendidikan menengah ke atas.<sup>26</sup>

Kualitas hidup yang lebih baik ditemukan pada orang yang berpendidikan baik, pada subjek dengan pendidikan

tersier atau lebih tinggi dilaporkan kualitas hidup yang lebih baik dalam domain fisik dan lingkungan ( $P < 0,05$ ). Hal ini dikarenakan orang dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi memiliki sikap yang lebih waspada terhadap penyakit dengan kesadaran publik yang meningkat terhadap penyakit HIV.<sup>10</sup>

Berdasarkan penelitian Bello menunjukkan bahwa seseorang dengan pendidikan tinggi memiliki kualitas hidup lebih baik dibandingkan dengan individu dengan pendidikan rendah.<sup>32</sup> Hasil penelitian oleh Shan et.al. menunjukkan adanya hubungan antara tingkat pendidikan dengan kualitas hidup. Tingkat pendidikan rendah (tidak sekolah) menunjukkan pengaruh yang signifikan dengan kualitas hidup pada domain psikologis dan domain hubungan sosial.<sup>30</sup>

Penelitian oleh Kumar et.al. pada tahun 2013 menunjukkan bahwa ada pengaruh tingkat pendidikan dengan kualitas hidup pada penderita HIV pada domain hubungan sosial dan lingkungan.<sup>33</sup> Menurut Novianti dkk pendidikan sangatlah penting dalam proses penerimaan informasi kesehatan. Pasien HIV yang memiliki pendidikan tinggi memiliki kemampuan kognitif yang baik untuk menerima, mencari informasi tentang perawatan dirinya. Sehingga

pasien dengan pendidikan tinggi memiliki kualitas hidup yang baik.<sup>29</sup>

Menurut Khumsaen et al. pendidikan merupakan faktor sosiodemografi yang berhubungan secara signifikan dengan kualitas hidup. ODHA dengan tingkat pendidikan tinggi memiliki kualitas hidup yang tinggi dan sebaliknya.<sup>34</sup> Berdasarkan hasil penelitian Costa et al. pada tahun 2014 tingkat pendidikan dapat mempengaruhi keterampilan manajemen diri untuk menghadapi penyakit dan berbagai permasalahan lain. Orang berpendidikan memiliki kemudahan untuk mengakses dan memahami informasi yang diperoleh.<sup>35</sup> Hasil penelitian Nirmal et al. menunjukkan bahwa tingkat pendidikan dapat meningkatkan kemampuan pasien untuk melakukan pemecahan masalah dan pengambilan keputusan secara aktif, terkait dengan penyakitnya.<sup>36</sup>

Terdapat pula penelitian yang berbeda yakni penelitian yang dilakukan oleh Magfirah pada tahun 2014 hasilnya menunjukkan tingkat pendidikan tidak memiliki pengaruh terhadap kualitas hidup ODHA di YPKDS dikarenakan setiap bulan pihak yayasan melakukan pertemuan secara rutin pada teman-teman ODHA untuk

memberikan informasi dan pengetahuan baru terkait HIV dan AIDS.<sup>37</sup>

Hasil riset Zainudin pada tahun 2016 menunjukkan bahwa tidak terdapat pengaruh pendidikan terhadap kualitas hidup ODHA. Zainudin mengungkapkan walaupun responden memiliki tingkat pendidikan yang rendah, tetapi responden memiliki pengetahuan baik tentang penyakitnya, dikarenakan setiap bulannya pihak LSM melakukan pertemuan secara rutin pada teman-teman ODHA untuk memberikan informasi dan pengetahuan baru terkait HIV dan AIDS. Mereka diberikan informasi dan pengetahuan mengenai dasar HIV dan AIDS, pengobatan ARV, perkembangan pengetahuan lain yang menunjang peningkatan kualitas hidup ODHA.<sup>38</sup>

#### 4) Pekerjaan

Hasil penelitian Kusuma menunjukkan mayoritas responden bekerja sebanyak 73 orang (79,3%).<sup>14</sup> Penelitian Bimal Charles et al. berupa analisis multivariat menunjukkan bahwa kualitas hidup lebih buruk pada pekerja lepas.<sup>11</sup> Kualitas hidup yang rendah dipengaruhi oleh pengangguran.<sup>44</sup> Kemudian penelitian Ma Liping et al. menyebutkan ada perbedaan statistik dalam skor domain

fisik, sosial, dan lingkungan antara responden dengan pekerjaan petani dan bukan petani.<sup>10</sup>

Berdasarkan hasil penelitian Hardiansyah pada tahun 2014 menyebutkan bahwa pekerjaan responden yang berperan sebagai ibu rumah tangga memiliki kualitas hidup aspek fisik yang kurang. Hal ini disebabkan karena jika pasien bekerja memiliki kondisi yang lebih baik, secara fisik tidak mengalami masalah sehingga dapat beraktifitas dan bekerja sebagaimana orang sehat.<sup>39</sup>

Hasil penelitian ini Magfirah dkk menunjukkan hasil yang berbeda yakni tidak ada pengaruh status pekerjaan terhadap kualitas hidup ODHA. Hal tersebut terjadi karena ODHA memiliki kesadaran untuk memperoleh kualitas hidup yang lebih baik dengan tetap menjaga kesehatannya.<sup>37</sup>

Menurut Zainudin tidak terdapat pengaruh pekerjaan terhadap kualitas hidup ODHA. Hal ini disebabkan karena ODHA ingin tetap hidup sehat, sehingga walaupun mereka sibuk dengan pekerjaan, mereka tetap minum obat teratur. Dan mereka tetap mendapat support dari keluarga dan teman-teman sehingga mereka tidak lupa minum obat.<sup>38</sup>

##### 5) Kepatuhan terhadap ARV

Penelitian Ma Liping menunjukkan bahwa ARV ditemukan menjadi faktor terkuat pertama yang

mempengaruhi kualitas hidup Orang dengan HIV/AIDS (ODHA). Mereka yang menggunakan ARV memiliki skor yang relatif lebih tinggi di semua domain dibandingkan dengan yang tidak menggunakan ARV ( $P < 0,05$ ). Sedangkan ketidakpatuhan terhadap ARV memiliki efek negatif pada dimensi fisik kualitas hidup dari semua responden<sup>10</sup>

Terdapat penelitian Igumbor et al. menunjukkan hubungan yang signifikan antara penggunaan ARV dengan peningkatan indikator kualitas hidup.<sup>45</sup> Bhargava et al. menemukan bahwa kualitas hidup pada pasien yang menerima ARV meningkat secara signifikan dengan peningkatan jumlah CD4.<sup>46</sup>

Penelitian longitudinal oleh Pitt J et al. menunjukkan peningkatan yang signifikan dalam kualitas hidup setelah dari tindak lanjut inisiasi ARV selama 7 bulan.<sup>47</sup> Lalu penelitian Wouters et al. juga menunjukkan peningkatan yang signifikan dalam kualitas hidup setelah dari tindak lanjut inisiasi ARV selama 24 bulan.<sup>48</sup> Penelitian Mweete et al. menunjukkan bahwa ARV efektif dalam meningkatkan kualitas hidup.<sup>49</sup>

Penelitian Riberio RM di Belanda pada tahun 2008 juga menunjukkan bahwa tingkat pertumbuhan sel CD4 tinggi selama tahun pertama ARV, dan setelah itu akan

mengalami beberapa fluktuasi karena perubahan fungsi kekebalan individu, ketidakpatuhan, obat efek samping dan faktor lainnya.<sup>50</sup>

Kemudian pada penelitian Bimal Charles et al. ditemukan hubungan yang signifikan antara kegagalan ARV dengan kualitas hidup yang buruk (OR = 2.1; 1.1-4, 1, p <.05).<sup>11</sup> Berdasarkan penelitian Mardia dkk diungkapkan bahwa kualitas hidup pasien lebih baik pada mereka yang menjalani ARV  $\geq$  29 bulan.<sup>51</sup> Berdasarkan penelitian Pitt J di Afrika Selatan pada tahun 2009 mengungkapkan bahwa peningkatan yang signifikan dalam kualitas hidup selama 7 bulan dari tindak lanjut setelah inisiasi ARV.<sup>47</sup>

#### 6) Dukungan sosial

Orang dengan HIV/AIDS yang menerima kurang atau sedang dukungan sosial (p <.05) cenderung mempunyai kualitas hidup yang rendah.<sup>11</sup> Penelitian Deribew et al. menunjukkan meskipun tidak signifikan secara statistik kurangnya dukungan sosial memiliki efek negatif pada dimensi fisik kualitas hidup dari ODHA.<sup>52</sup>

Berdasarkan Sarah et al. didapatkan hasil bahwa kualitas hidup yang rendah dipengaruhi oleh dukungan sosial yang buruk.<sup>53</sup> Penelitian Rueda et al. menunjukkan bahwa dukungan sosial adalah prediktor yang sangat penting dari

kualitas hidup penderita HIV.<sup>44</sup> Hasil penelitian Mutabazi-Mwesigire et al. menyebutkan bahwa kualitas hidup bergantung pada dukungan sosial.<sup>54</sup>

#### 7) Sumber pendapatan

Terdapat penelitian Kusuma yang menyebutkan bahwa penghasilan keluarga paling banyak berpenghasilan tinggi yaitu berjumlah 63 orang (79,3%).<sup>14</sup> Penelitian Bimal Charles et al. berupa analisis multivariat menunjukkan bahwa kualitas hidup yang buruk pada kelompok berpenghasilan rendah ( $\leq 2.000$  INR per bulan).<sup>11</sup> Kemudian penelitian Deribew et al. mengungkapkan meskipun tidak signifikan secara statistik, tidak adanya sumber pendapatan memiliki efek negatif pada dimensi fisik kualitas hidup dari ODHA. Kualitas hidup yang rendah dipengaruhi oleh keuangan.<sup>52</sup>

Terdapat penelitian Rueda et al. didapatkan hasil bahwa status sosial ekonomi adalah prediktor yang sangat penting dari kualitas hidup penderita HIV.<sup>44</sup> 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).<sup>14</sup>

Menurut Setiyorini pada tahun 2015 responden dengan penghasilan  $< 1$  juta memiliki kualitas hidup aspek

psikologis yang cukup. Hal ini dapat disebabkan karena pasien yang memiliki penghasilan kecil dan memiliki ketergantungan kepada yang lain dalam memenuhi kebutuhannya memiliki kualitas hidup aspek mental yang rendah.<sup>40</sup> Feng et al pada tahun 2015 mengungkapkan ODHA yang memiliki penghasilan lebih baik dan hidup dalam kondisi yang lebih baik.<sup>41</sup>

Terdapat penelitian yang mengemukakan hasil yang berbeda yakni penelitian Zainudin yang menunjukkan bahwa penghasilan tidak berpengaruh terhadap kualitas hidup ( $\rho = 0,70$ ).<sup>38</sup>

#### 8) Depresi

Kualitas hidup yang rendah dipengaruhi oleh depresi.<sup>55</sup> Penelitian Bimal Charles menunjukkan bahwa hubungan yang signifikan antara depresi berat dengan kualitas hidup yang buruk (OR=2,7; 1,1-6,7,  $p<.05$ ). ODHA yang mengalami depresi berat beresiko 1,4 (1,0-1,8;  $p=0,07$ ) dan 1,5 (1,1 - 2.1;  $p<.05$ ) kali lebih mungkin untuk mengalami kualitas hidup yang rendah pada domain psikologis dan lingkungan.<sup>11</sup>

## 9) Stigma

Hasil penelitian Mutabazi-Mwesigire et al. menunjukkan bahwa kualitas hidup bergantung pada stigma.<sup>54</sup> Penelitian Zelaya et al. mengungkapkan bahwa stigma HIV/AIDS dapat sangat merusak kualitas hidup (QOL) orang yang hidup dengan HIV dengan mengurangi akses dan kualitas perawatan. Hal ini mempengaruhi kepatuhan terapi sehingga berpotensi meningkatkan risiko transmisi.<sup>56</sup>

Berdasarkan penelitian Mahalakshmy et al. didapatkan hasil bahwa ODHA yang mengalami stigma lebih tinggi memperoleh skor yang lebih rendah secara psikologis, lingkungan dan spiritualitas/agama/kepercayaan pribadi dari kualitas hidup.<sup>12</sup> Penelitian Bimal Charles et al. menunjukkan hasil bahwa ODHA yang memiliki stigma diri yang parah beresiko 1,4 (1,1 - 1,8) kali lebih mungkin untuk memiliki kualitas hidup yang buruk pada domain lingkungan ( $p < .05$ ).<sup>11</sup>

## 10) Lama diagnosa

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> Kemudian riset oleh Novianti dkk pada tahun 2015 menyatakan terdapat

hubungan antara lama menderita dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS. Pasien dengan infeksi HIV lebih lama memiliki kualitas hidup yang rendah.<sup>29</sup>

### 3. Konseptual Model *Health-Related Quality of Life*

Konsep kualitas hidup berbeda dari kesehatan, meskipun masih berkaitan. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi keseluruhan kualitas hidup yaitu ekonomi, politik, budaya, dan spiritual. Konsep kualitas hidup dibagi menjadi lima tingkatan yaitu faktor biologis dan fisiologis, status gejala, status fungsional, persepsi kesehatan umum, dan keseluruhan kualitas hidup.

#### a. Faktor Biologis dan Fisiologis

Penentu paling mendasar status kesehatan adalah molekuler dan faktor genetik, tetapi di model ini diawali dengan faktor biologis dan fisiologis karena ini umumnya sudah dikonsept, diubah, diukur, dan diterapkan pada praktik klinis secara rutin. Penilaian faktor biologis dan fisiologis fokus pada fungsi sel, organ, dan sistem organ. Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kesehatan pada dasarnya melalui mediasi oleh perubahan sel, atau organ, atau fungsi sistem organ.

#### b. Status Gejala

Ketika gejala dinilai, fokus bergeser dari sel dan organ tertentu menjadi organisme secara keseluruhan. Beberapa perbedaan kelas gejala dijelaskan seperti gejala fisik didefinisikan

sebagai persepsi, perasaan atau bahkan keyakinan tentang keadaan tubuh kita. Gejala psikofisik dianggap sebagai gejala utama dirawat dengan kesehatan mental. Gejala emosional atau psikologis dikonsepsikan seperti rasa takut, khawatir, dan frustrasi. Gejala didefinisikan sebagai persepsi pasien tentang suatu fisik yang abnormal, emosional, atau pernyataan kognitif. Proses-proses gejala pasien dipengaruhi oleh sejumlah demografis dan faktor budaya.

c. Status Fungsional

Status Fungsional berarti menilai kemampuan individu untuk melakukan tugas tertentu yang sudah ditentukan. Status gejala adalah salah satu determinan penting dari status fungsional. Faktor spesifik pasien lainnya juga penting seperti kepribadian dan motivasi. Empat domain status fungsional yang biasanya diukur adalah fungsi fisik, fungsi sosial, fungsi peran, dan fungsi psikologis.

Sebuah studi terhadap Human Immunodeficiency Virus (HIV) pasien positif yang memiliki kombinasi gejala dan variabel sosiodemografi dijelaskan dari 25% hingga 39% dari variabilitas dalam serangkaian ukuran fungsi dan kesejahteraan. Pada studi tersebut pasien dengan AIDS didapatkan skor kelelahan dan gejala fisik 55% dari variabilitas dalam fungsi fisik.

d. Persepsi Kesehatan Umum

Dua karakteristik umum yang menonjol persepsi kesehatan adalah bahwa mereka merepresentasikan konsep kesehatan yang sebelumnya seperti kesehatan mental, dan rating subjektif. Pentingnya persepsi kesehatan umum muncul dari observasi prediktor penggunaan medis umum dan layanan kesehatan mental, juga sebagai prediktor kuat kematian, bahkan setelah mengendalikan faktor klinis.

e. Kualitas Hidup secara Keseluruhan

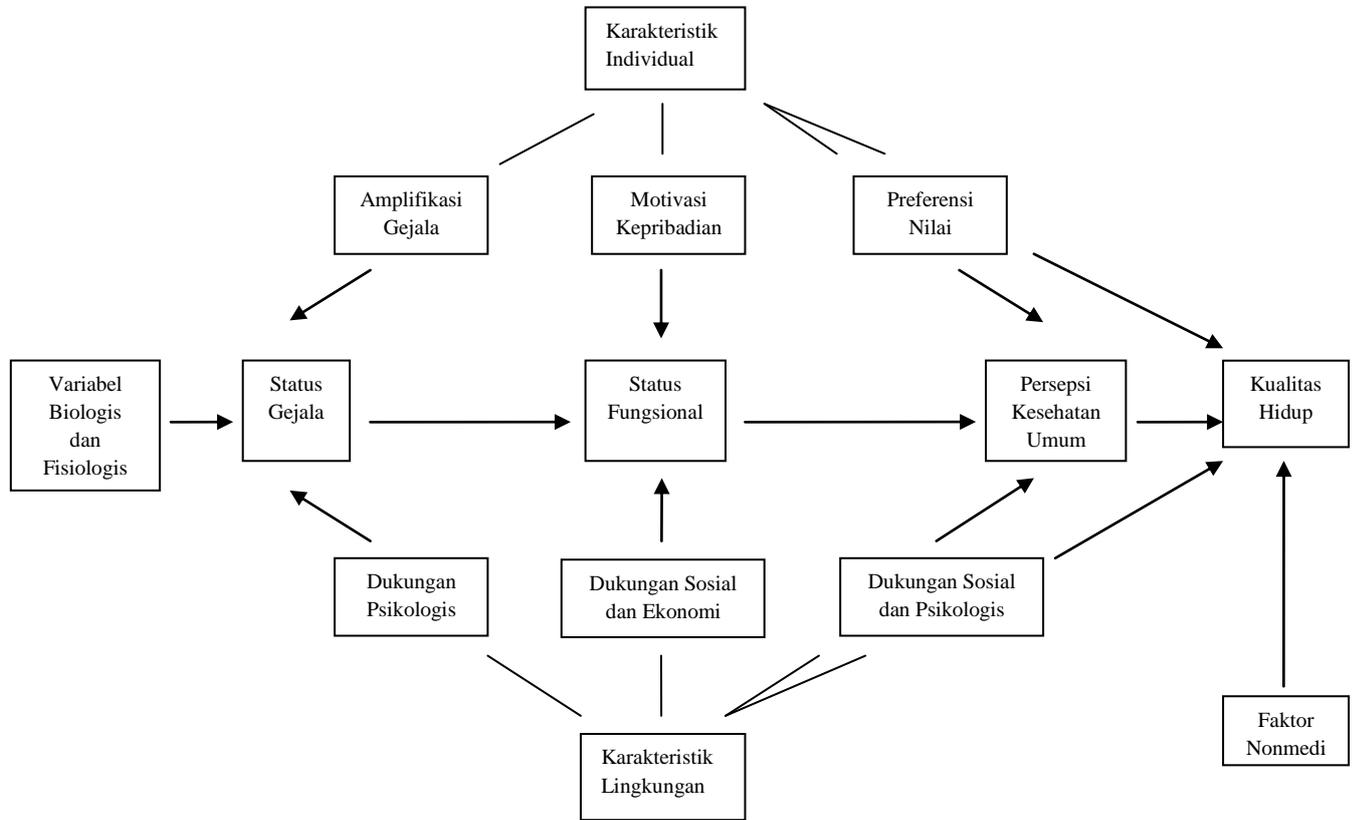
Peneliti sering menilai kesejahteraan subjektif responden secara umum dengan ukuran seberapa senang dan atau kepuasan dengan hidup responden secara keseluruhan. Pengalaman dapat dianggap sebagai ringkasan ukuran kualitas hidup. Tingkat status fungsional yang lebih rendah tidak terkait dengan tingkat kepuasan yang lebih rendah.

Konsep kualitas hidup menjelaskan peran preferensi atau nilai-nilai pasien bermain peran penting di beberapa titik di model tersebut. Bagi setiap individu, gejala-gejala tertentu lebih memberatkan daripada yang lain, dan individu tersebut akan memilih untuk tidak memiliki gejala.

Kemudian konsep ini juga membahas peran emosional atau model faktor psikologis. Gejala psikologis adalah perasaan seperti depresi atau kecemasan, dan gangguan fungsi psikologis adalah

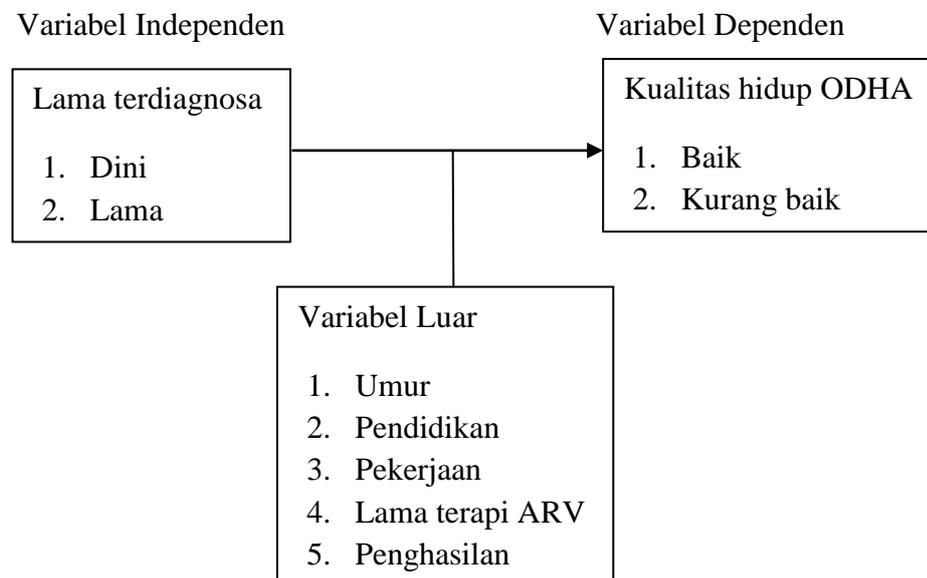
ketidakmampuan untuk menyelesaikan tugas yang membutuhkan kesehatan psikologis seperti mempersulit keputusan atau menangani situasi yang membuat stres. Faktor emosional atau psikologis seperti depresi bisa diklasifikasikan tiga cara berbeda. Beberapa berpendapat bahwa depresi memiliki komponen biologis yang kuat. Skala yang secara khusus menilai gejala emosional yang terkait dengan depresi dapat mengklasifikasikan depresi sebagai ukuran status gejala. Terlepas dari bagaimana faktor emosional atau psikologis diklasifikasikan, faktor ini dapat memiliki hubungan sebab akibat dengan variabel di setiap tingkat model. Gejala psikologis lain seperti kecemasan, ketakutan, dan keputusasaan. Gejala fisik yang memburuk, gangguan fungsional, dan rendahnya kualitas hidup secara keseluruhan, semua dapat menyebabkan depresi, kecemasan, dan ketakutan.<sup>57</sup>

## B. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka teori konseptual *Health-Related Quality of Life*<sup>57</sup>

### C. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka konsep

### D. Hipotesis

1. Ada hubungan lama terdiagnosa dengan kualitas hidup pada orang dengan HIV/AIDS.
2. Ada hubungan variabel luar yaitu umur, pendidikan, pekerjaan, lama terapi ARV, dan penghasilan dengan kualitas hidup pada orang dengan HIV/AIDS.