

## KUALITAS HIDUP ORANG DENGAN HIV/AIDS (ODHA) PADA KELOMPOK DUKUNGAN SEBAYA DI JOMBANG CARE CENTER PLUS

Wira Daramatasia<sup>1</sup>, Dwi Soelistyoningsih<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>STIKES Widyagama Husada

[Wira.daramatasia@gmail.com](mailto:Wira.daramatasia@gmail.com)

### ABSTRAK

Kualitas hidup merupakan komponen penting dalam evaluasi kesejahteraan dan kehidupan pasien ODHA, karena HIV/AIDS bersifat kronis dan progresif sehingga berdampak luas permasalahannya. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui gambaran kualitas hidup ODHA di kelompok dukungan sebaya *Jombang Care Center Plus* (KDS JCC+) kabupaten Jombang. Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan menggunakan instrumen *WHOQoL-HIVBREF*. Responden berjumlah 79 ODHA yang diambil berdasarkan teknik *Purposive Sampling* dari 367 ODHA. Hasil penelitian kualitas hidup ODHA berdasarkan 6 domain, untuk domain fisik memiliki kategori cukup sebesar 54%, domain psikologis memiliki kategori baik sebesar 72%, domain kemandirian memiliki kategori cukup sebesar 71%, domain sosial memiliki kategori cukup sebesar 53%, domain lingkungan memiliki kategori baik sebesar 51% serta domain spiritual/religi memiliki kategori baik sebesar 67%. Kesimpulan penelitian berdasarkan total enam domain responden memiliki kualitas hidup baik sebesar 68%, sebesar 32% memiliki kualitas hidup cukup dan tidak terdapat responden dengan kualitas hidup kurang. Diharapkan ODHA dapat proaktif untuk lebih memperhatikan kesehatannya. KDS, tenaga kesehatan maupun pihak terkait dapat meningkatkan pelayanan *Provider Initiated Testing and Counseling* (PITC) kepada seluruh lapisan kelompok sasaran penularan HIV/AIDS.

**Kata Kunci** : Kualitas hidup, HIV/AIDS, ODHA, *WHO-QoL HIVBREF*

### 1. PENDAHULUAN

HIV/AIDS merupakan salah satu yang pandemi terburuk, selain merusak fisik juga menghancurkan efek psikologis, dengan adanya deteksi dini dan ketersediaan pengobatan antiretroviral (ART), HIV telah menjadi penyakit kronis bukan penyakit fatal (Gowda *et al.*, 2012). Karena itu, Kualitas hidup merupakan komponen penting dalam evaluasi dari pasien yang terinfeksi HIV. HIV/AIDS tidak hanya mempengaruhi kesehatan fisik seseorang, tetapi juga kualitas keseluruhan kehidupan dari mereka yang terinfeksi HIV/AIDS.

Kualitas hidup (*Quality of Life/QoL*) adalah istilah yang populer digunakan untuk menyampaikan keseluruhan rasa kesejahteraan dan mencakup aspek-aspek seperti kebahagiaan dan kepuasan hidup secara keseluruhan (Gowda *et al.*, 2012). WHO telah mendefinisikan QoL sebagai persepsi individu terhadap posisi mereka dalam kehidupan, budaya dan sistem nilai di mana mereka tinggal didalamnya dengan tujuan individu, harapan, dan perhatiannya (WHO, 1998).

Penilaian QoL pada ODHA menggunakan kuisioner *World Health Organization Quality of Life HIV- BREF* (WHO-QoL HIV BREF), WHO-QoL HIV BREF adalah instrumen yang dikembangkan oleh WHO khusus untuk mengkaji kualitas hidup pada penderitanya HIV/AIDS (WHO-QoL HIV BREF, 2012). Kemajuan terbaru dalam

tes klinis dan perawatan untuk ODHA mendukung kelangsungan hidup untuk lebih meningkat dan QoL telah menjadi fokus penting bagi peneliti dan penyedia layanan kesehatan. Polonsky (2000) melaporkan bahwa untuk mengetahui bagaimana kualitas hidup seseorang dapat diukur dengan penilaian akan kepuasan seseorang terhadap status fisik, psikologis, kemandirian, sosial, lingkungan, dan spiritual. Banyak faktor yang mempengaruhi QoL pasien dengan penyakit kronis yang menyertainya. Identifikasi faktor-faktor ini penting untuk memberikan layanan perawatan kesehatan dan sosial yang lebih baik (Ruutel *et al.*, 2009).

Penelitian yang dilakukan oleh Karkashadze *et al* (2017) menunjukkan bahwa ODHA di Georgia dengan usia kurang dari 40 tahun dengan pendidikan rendah memiliki tingkat risiko lebih tinggi untuk QoL yang buruk. Hasil penelitian Douaihy (2001) 62,6% pasien HIV memiliki kualitas hidup yang buruk, hal serupa didapatkan pula pada penelitian Nojomi *et al* (2008) didapatkan mayoritas pasien HIV baik yang non simptomatik maupun simptomatik serta AIDS masih memiliki nilai kualitas hidup yang rendah. Penelitian yang dilakukan oleh Kumar *et al* (2016) di Karnataka, India diperoleh hasil bahwa hampir dari sebagian responden ODHA mempersepsikan tingkat kualitas hidupnya rendah dan 27% dari responden tidak puas dengan status kesehatannya. Kondisi tersebut menjadi perhatian khusus oleh

pemerintah Indonesia terutama oleh Tenaga kesehatan.

Hasil studi pendahuluan, di lembaga swadaya masyarakat *Jombang Care Center Plus (JCC+)* yang merupakan kelompok dukungan sebaya (KDS) yang berada di kabupaten Jombang, menurut ketua koordinasi di lembaga tersebut mengatakan bahwa penderita HIV/AIDS yang telah tercatat hingga maret 2017 dan mendapat pendampingan dalam program pengobatan melalui lembaga tersebut mencapai 367 orang, tetapi masih banyak orang yang mengidap HIV/AIDS yang tidak terdaftar dan belum mendapatkan program pengobatan. Hasil wawancara lain yang diperoleh terkait kualitas hidup ODHA di JCC belum dapat digambarkan dengan jelas, mengenai kesehatan fisik, kesehatan psikologi, hubungan sosial dan kondisi lingkungan. Berdasarkan pengamatan fenomena tersebut Tujuan secara umum penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran kualitas hidup ODHA meliputi domain fisik, psikologis, kemandirian, sosial, lingkungan dan spiritual/religi beserta karakteristiknya.

## 2. METODE

Subjek penelitian ini adalah ODHA yang bergabung di KDS JCC+ , berusia  $\geq 18$  tahun atau sudah menikah, dalam kondisi baik atau tidak mengalami penurunan kesadaran, telah di diagnosa positif terinfeksi HIV  $\geq 6$  bulan, sudah di terapi ARV ,dantelah menandatangani *informed consent*. Desain penelitian yang digunakan yaitu deskriptif dengan responden berjumlah 79 ODHA yang diambil berdasarkan teknik pendekatan *Purposive Sampling* dari 367 ODHA di KDS JCC+. Kualitas hidup (*Quality of Life/QoL*) ODHA dikaji menggunakan kuisioner WHOQoL-HIV BREF.

## 3. PEMBAHASAN

### a. Distribusi karakteristik Subjek Penelitian

Karakteristik Subjek Penelitian ini terdiri dari jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, penghasilan, lama terdiagnosa, dan cara penularandapat dilihat pada tabel 1.

**Tabel 1.: Karakteristik Subjek Penelitian ODHA di JCC Plus Kabupaten Jombang Bulan Maret-Agustus 2018 (N=79)**

No	Karakteristik Responden	N	%
1	Jenis Kelamin		
	• Laki-laki	50	63
	• Perempuan	29	37
2	Kategori Usia		
	• 18 s.d 25 tahun	10	13
	• 26 tahun s.d 35 tahun	37	47
	• 36 tahun s.d 45 tahun	17	22
	• > 45 tahun	15	19
3	Tingkat Pendidikan		
	• SD	13	16

4	• SMP	14	18
	• SMA	35	44
	• Perguruan Tinggi	17	22
4	Pekerjaan		
	• Bekerja	47	59
5	• Tidak bekerja	32	41
	Penghasilan		
	• < 1 juta	36	46
6	• 1 juta s.d 2 juta	13	16
	• > 2 Juta	30	38
	Status marital		
7	• Belum menikah	29	37
	• Menikah	36	46
	• Duda	6	8
	• Janda	8	10
7	Lama Terdiagnosa		
	• 6 bulan s.d 1 tahun	20	25
	• >1 tahun s,d 5 tahun	53	67
	• >5 tahun s.d 10 tahun	5	6
8	• >10 tahun	1	1
	Cara penularan		
	• Hubungan Seks bebas	49	62
	• Terinfeksi darah	1	1
	• Pengguna jarum	3	4
	• Seks Sesama Jenis	26	33

**Tabel 2. : Distribusi Kualitas Hidup Tiap Domain Pada ODHA di JCC+ Kabupaten Jombang Bulan Maret-Agustus 2018 (N=79)**

No	Karakteristik Responden	N	%
1	Domain Fisik		
	• Baik	36	46
	• Cukup	43	54
2	• Kurang	0	0
	Domain Psikologis		
	• Baik	57	72
3	• Cukup	20	25
	• Kurang	2	3
	Domain Kemandirian		
4	• Baik	23	29
	• Cukup	56	71
	• Kurang	0	0
4	Domain Sosial		
	• Baik	37	47
	• Cukup	42	53
5	• Kurang	0	0
	Domain Lingkungan		
	• Baik	40	51
6	• Cukup	39	49
	• Kurang	0	0
	Domain Spiritual/Religi/Keyakinan		
6	• Baik	53	67
	• Cukup	26	33
	• Kurang	0	0

**Tabel 3. : Distribusi Kualitas Hidup ODHA di JCC+ Kabupaten Jombang Bulan Maret-Agustus 2018 (N=79)**

Kualitas Hidup	N	%
Baik	54	68
Cukup	25	32
Kurang	0	0
	79	100

## b. Analisis Karakteristik Umum Subjek Penelitian

### 1) Karakteristik umum subjek penelitian ODHA berdasarkan jenis kelamin

Tabel 1 menyajikan karakteristik umum subjek penelitian ODHA di KDS JCC+ yang berpartisipasi dalam penelitian ini. Hasil penelitian terhadap ODHA di JCC+ berdasarkan jenis kelamin menunjukkan mayoritas responden yang paling banyak dalam penelitian ini adalah laki-laki yaitu berjumlah 50 orang (63%), sedangkan perempuan berjumlah 29 orang (37%). Hal ini juga sependapat dengan jumlah kasus HIV/AIDS yang dilaporkan oleh Dirjen PPPL Kemenkes RI (2017) dalam kajian epidemiologi HIV di Indonesia pada tahun 2011-2016 dengan rasio kasus HIV/AIDS antara laki-laki dan perempuan adalah 2:1.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Henni Kusuma (2016), ditemukan bahwa dari 92 responden, didapatkan yang paling banyak adalah laki-laki yaitu berjumlah 65 orang (70.7%), sedangkan perempuan 27 orang (29.3%). Dalam penelitian lain yang dilakukan oleh Fitri dan Fatwa (2017) diketahui bahwa jumlah ODHA lebih banyak laki-laki dibandingkan dengan perempuan, hasil penelitiannya adalah laki-laki berjumlah 56 orang (56%). Hasil ini dikarenakan penderita HIV/AIDS lebih banyak laki-laki dibandingkan dengan perempuan dilihat dari data kumulatif HIV/AIDS berdasarkan jenis kelamin pada tahun 1987-2014 bahwa laki-laki yang terkena HIV/AIDS lebih banyak dibandingkan perempuan (Ariesta, 2015). Flora., *et al* (2013), menjelaskan bahwa pada awal epidemik HIV/AIDS diketahui, penyakit ini lebih banyak diidentifikasi pada laki-laki homoseksual merupakan penyebab timbulnya HIV/AIDS. Pendapat lain menjelaskan bahwa, hal ini disebabkan karena diperkirakan lebih dari 3 juta laki-laki di Indonesia merupakan pelanggan PSP (Penjaja Seks Perempuan) (Li *et al.*, 2015).

### 2) Karakteristik umum subjek penelitian ODHA berdasarkan usia

Rata-rata usia responden dalam penelitian ini adalah rentang usia 26 s.d 35 tahun sebanyak 37 orang (47%). Hal ini sesuai laporan dari Kemenkes RI (2012), berdasarkan jumlah kasus baru HIV di Indonesia sebanyak 5.489 kasus dengan persentase kasus HIV/AIDS tertinggi terdapat pada golongan usia 25-39 tahun yaitu sebanyak 73,7%. Hal ini juga didukung oleh Mardia (2017) dalam

penelitiannya dengan total 89 responden dengan usia terbanyak yaitu rentang usia antara 26-45 tahun sebanyak 71.91%, data penelitian lain yang ditemukan yaitu usia responden yang cenderung lebih tinggi adalah pada kelompok usia 31-40 tahun yaitu 34 orang (50,7%). Berdasarkan data tersebut, dapat disimpulkan bahwa infeksi HIV lebih banyak terjadi pada usia produktif. Hal ini terkait dengan perilaku beresiko yang memang lebih tinggi terjadi pada usia produktif yang disebabkan karena pada usia produktif memungkinkan lebih banyak melakukan perilaku seks tidak aman yang berisiko terhadap penularan HIV (Firman, 2015). Biasanya penderita tertular HIV/AIDS karena penyalahgunaan narkotika seksual dan hubungan seks bebas. Hal ini sesuai dengan proyek dan analisis tren epidemi yang sudah diperkirakan terjadi peningkatan pevalensi HIV pada populasi usia 15-49 tahun dari 0,21% pada tahun 2008 menjadi 0,4% tahun 2014. (KPAN, 2010 dan data PP dan PL, Kemenkes RI 2014).

### 3) Karakteristik umum subjek penelitian ODHA berdasarkan tingkat pendidikan

Dari hasil penelitian ini diketahui paling banyak responden tingkat pendidikannya adalah SMA sebanyak 35 orang (44%). Hasil penelitian ini juga didukung oleh Flora, dkk (2015) menjelaskan bahwa rata-rata penderita HIV/AIDS berpendidikan SMA sebesar 46.3% dari total 67 responden. Penelitian lainnya oleh Stine (2014) di sebuah SMA menemukan bahwa 96% siswa pada tingkat pendidikan menengah atas dan tahu bahwa HIV menular melalui populasi heteroseksual, tetapi mayoritas palajar tersebut menyatakan bahwa mereka tetap melakukan hubungan seks tidak aman. Walaupun tidak menunjukkan populasi ODHA, namun penelitian tersebut menunjukkan juga bahwa tingkat pendidikan yang lebih tinggi tidak menjamin seseorang dapat melakukan tindakan pencegahan penularan HIV dengan baik. Hal ini ditunjang dengan RPPKI (Rencana Pencegahan Penularan HIV dari ibu ke anak Indonesia) yang mengatakan bahwa masih rendahnya pengetahuan masyarakat tentang HIV/AIDS dan data RISKESDAS 2010 dimana kelompok remaja yang mendapatkan penyuluhan kesehatan tentang kesehatan reproduksi baru mencapai 25,1%. (Flora *et al.*, 2015).

### 4) Karakteristik umum subjek penelitian ODHA berdasarkan pekerjaan

Mayoritas responden dalam penelitian ini adalah bekerja yaitu berjumlah 47 orang (59%). Fitri *et al.*, (2017) sependapat dengan hal ini, dimana penelitian yang dilakukannya

mendapatkan jumlah responden yang bekerja lebih banyak yaitu 63 orang (63%), sedangkan yang tidak bekerja yaitu 37 orang (37%). Tingginya kasus HIV/AIDS bila dikaitkan dengan pekerjaan, dapat diasumsikan bahwa orang yang bekerja dan mempunyai penghasilan sendiri cenderung dapat menjadi faktor pendorong untuk melakukan apa saja sesuai keinginannya dengan penghasilannya, termasuk seks bebas yang sebenarnya merupakan perilaku seks berisiko terhadap rentannya infeksi HIV (Kambu, 2015).

#### 5) Karakteristik umum subjek penelitian ODHA berdasarkan penghasilan

Distribusi penghasilan responden dalam penelitian ini yang paling banyak adalah berpenghasilan rendah (dibawah Rp.1.000.000) yaitu sebanyak 38 orang (48%). Hasil ini senada dengan penelitian yang dilakukan oleh Fitri & Fatwa (2017), dimana ditemukan bahwa responden yang berpenghasilan rendah (<Rp.1.000.000,00) cenderung lebih banyak terkena HIV dengan jumlah responden 76 orang (76%) dari total 100 orang responden yang menjadi sampel penelitiannya. Hasil penelitian lainnya yang dilakukan oleh Flora *et al.*, (2015), responden yang berpenghasilan kurang dari 1 juta setiap bulan cenderung lebih tinggi yaitu 20 orang (29,9%). Hal ini sesuai dengan data Ditjen PP dan PL Kemenkes RI 2014 yang mengatakan bahwa ekonomi dapat mendorong seseorang ke dalam perilaku berisiko menjadi PSK, LSL, terjebak perkawinan penuh kekerasan, korban trafiking yang semuanya menjerumuskan pada hubungan seksual berisiko terinfeksi HIV.

#### 6) Karakteristik umum subjek penelitian ODHA berdasarkan status marital

Distribusi responden berdasarkan status pernikahan dalam penelitian ini yaitu responden dengan status menikah lebih banyak yaitu berjumlah 36 orang (46%) disusul dengan status belum menikah sebesar 37%. Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian Pratiwi (2014), pada penelitiannya didapatkan jumlah terbanyak yaitu dengan status belum menikah sebanyak 89.7% responden, sedangkan yang sudah menikah hanya 10.3%. Hasil penelitian ini juga didukung oleh data dari Spiritia (2011) menjelaskan bahwa jumlah responden terbanyak berstatus belum menikah sebesar 57%. Dalam penelitian lain yang dilakukan oleh Dachlia (2015) didapatkan bahwa status tidak menikah (belum menikah/janda/duda) berhubungan erat dengan perilaku seksual berisiko. Studi Hanovan (2013) disebutkan bahwa responden dengan status tidak menikah lebih banyak terlibat dalam hubungan seksual dengan PSK dibandingkan dengan yang sudah menikah.

#### 7) Karakteristik umum subjek penelitian ODHA berdasarkan lama terdiagnosa HIV/AIDS

Rata-rata lama responden terdiagnosa HIV/AIDS adalah pada rentang 1-5 tahun sebanyak 53 orang (67%). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Douaihy & Singh (2015), menunjukkan bahwa lama rata-rata penderita terinfeksi HIV yaitu kurang dari 5 tahun. Hasil penelitian lain oleh Kumar, *et al* (2013), menunjukkan bahwa paling banyak responden yang terinfeksi HIV yaitu 2 tahun (88.6%). Namun, data dari responden berdasarkan lamanya seseorang terdiagnosa HIV positif belum bisa dipastikan. Karena ada kemungkinan penularan terjadi sebelum responden mengetahui bahwa mereka terkena HIV positif atau timbul gejala-gejala HIV ketika mereka melakukan pemeriksaan di Rumah Sakit.

#### 8) Karakteristik umum subjek penelitian ODHA berdasarkan cara penularan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 79 orang responden, cara penularan yang paling banyak adalah melalui hubungan seks bebas dengan jumlah responden sebanyak 49 orang (62%). Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti sebelumnya oleh Ninik & Hari (2014) dimana sebanyak 86% responden mengatakan pernah melakukan seks bebas sebelum terkena HIV, sehingga dapat diasumsikan bahwa seks bebas merupakan salah satu cara penularan HIV/AIDS yang paling dominan. Dilansir dari situs Kompasiana, pada tahun 2016 sekitar 63% remaja di Indonesia melakukan seks bebas (Jovian, 2016). Berawal dari tidak sengaja melihat gambar porno, lalu meningkat menjadi melakukan perbuatan seks bebas sampai akhirnya mengalami HIV/AIDS. Perlunya pedampingan dan pengawasan orang tua sejak dini menjadi modal penting agar anak tidak melakukan seks bebas di kemudian hari. Selain itu, peran guru di sekolah dalam mengatur pola pergaulan anak hingga usia remaja harus selalu diawasi dengan bijak.

#### c. Analisis Indikator dasar kualitas hidup berdasarkan domain fisik, domain psikologi, domain kemandirian, domain sosial, domain lingkungan, dan domain spiritual

##### 1) Gambaran Kualitas Hidup ODHA Berdasarkan Domain Fisik

Tabel 2 menyajikan distribusi kualitas hidup berdasarkan domain pada ODHA di JCC+ yang berpartisipasi dalam penelitian ini. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 79 responden ODHA berdasarkan Domain Fisik sebanyak 43 atau 54% memiliki kualitas hidup cukup disusul 46%

berkualitas hidup baik dan tidak ada responden dengan kualitas hidup dalam domain fisik yang kurang. Hal ini menunjukkan bahwa rasa sakit fisik seperti kelelahan, keterbatasan pergerakan tubuh, rasa nyeri, kekurangan energi tidak mengganggu ODHA dalam beraktivitas sehari-hari. Mayoritas responden menjawab sedikit dan merasa tidak sama sekali terganggu dengan masalah fisik yang terkait dengan infeksi HIVnya, dalam pertanyaan tentang kekuatan aktifitas sehari-hari serta kepuasan tidur responden mayoritas menjawab cukup. Hal ini menjelaskan bahwa rasa sakit fisik yang sedikit tidak mengganggu istirahat dan tidur ODHA, ODHA masih bisa melakukan aktivitas seperti biasa. Adanya kegiatan positif yang dilaksanakan secara rutin oleh KDS JCC+ seperti kegiatan pengajian yang diadakan satu bulan sekali, pertemuan terbuka dan tertutup, aktivitas ringan dalam kehidupan sehari-hari dan bersama ODHA yang lain, rutin meminum ARV, rutin memeriksa kondisi tubuh dan CD4. Hasil ini sesuai dengan penelitian Kamila (2013) tentang persepsi orang dengan HIV/AIDS terhadap peran kelompok dukungan sebaya (KDS) dan implikasi dari persepsi tersebut pada pelaksanaan terapi Antiretroviral (ARV) dengan hasil 13 subyek penelitian (86,77%) menyatakan bahwa saat mereka telah bergabung dengan KDS, mereka merasa mendapat dukungan yang lebih banyak, dan KDS sangat berperan terhadap pelaksanaan terapi ARV subyek penelitian.

## **2) Gambaran Kualitas Hidup ODHA Berdasarkan Domain Fisik**

Berdasarkan domain psikologi sebanyak 57 orang atau 72% memiliki kualitas hidup baik, 20 orang atau 25% memiliki kualitas hidup cukup dan 2 orang atau 3% berkualitas hidup kurang. Dilihat dari hasil presentase menyatakan bahwa ODHA dalam segi psikologi masuk dalam kategori baik, hal ini dikarenakan seorang ODHA bisa menikmati hidup layaknya orang normal lain yang bukan terdiagnosa HIV/AIDS, dalam pertanyaan seberapa jauh menikmati hidup, mayoritas ODHA menjawab sangat baik, demikian pula mayoritas ODHA merasa sangat puas dengan dirinya sendiri dan jarang merasa putus asa, sedih, gelisah atau depresi.

Pada saat mengikuti kegiatan di KDS JCC+, ODHA akan bertemu, berkomunikasi, saling terbuka, mencurahkan isi hati atau bahkan saling bertukar informasi mengenai penyakitnya tersebut. Peran KDS dalam segi psikologi salah satunya adalah merubah konsep diri ODHA, seperti yang dijelaskan oleh konselor KDS JCC+ yaitu respon awal seseorang yang terdiagnosa positif HIV/AIDS seperti terpidana yang dihukum mati, tidak ada harapan hidup lagi dan hilangnya masa

depan, perasaan kecewa, malu, sedih, minder, menutup diri, cemas, putus asa, depresi, sampai mencoba bunuh diri hal ini lah yang dirasakan ODHA saat mengetahui dirinya positif HIV/AIDS. ODHA dapat saling mendapatkan pengalaman, wawasan dan *care support* dalam hal positif baik pada sesama ODHA maupun konselor KDS JCC+.

## **3) Gambaran Kualitas Hidup ODHA Berdasarkan Domain Sosial**

Berdasarkan domain sosial sebanyak 42 atau 53% memiliki kualitas hidup cukup, sebanyak 37 orang atau 47% memiliki kualitas hidup baik dan tidak terdapat ODHA dengan kualitas hidup kurang. Dari hasil presentase menjelaskan bahwa dari segi sosial kualitas hidup ODHA masuk dalam kategori cukup, dalam pertanyaan seberapa puaskah ODHA dengan hubungan personal/sosial (keluarga/ teman sebaya) jawaban yang mendominasi adalah cukup dan memuaskan, hal ini dikarenakan dukungan mental, berkumpul dan saling mendukung tidak hanya diberikan kepada ODHA saja tetapi pada OHIDHA, status HIV/AIDS dapat berujung pada stigma dan diskriminasi dikarenakan kurangnya pengetahuan mengenai masalah penyakit HIV/AIDS, dengan memberikan konseling terhadap OHIDHA untuk tidak mengucilkan, menolak ODHA dalam keluarga, bahkan sampai mengusir. KDS JCC+ mengajak OHIDHA untuk saling mengasahi, memotivasi, agar ODHA mampu melanjutkan kembali dan memulai kehidupan yang baru yang lebih baik. Perasaan empati yang diberikan OHIDHA akan berdampak positif bagi ODHA, ODHA akan merasakan bahwa hidup ODHA berarti karena teman sebaya dan dukungan sosial dari keluarga sangat memuaskan. Respon yang diterima ODHA akan berdampak pada interaksi sosial di dalam keluarga, saudara atau masyarakat, dengan adanya respon yang positif ODHA akan tetap melanjutkan hidupnya tanpa ada rasa takut menerima stigma dan diskriminasi.

## **4) Gambaran Kualitas Hidup ODHA Berdasarkan Domain Kemandirian**

Berdasarkan domain kemandirian sebanyak 56 atau 71 % memiliki kualitas hidup cukup, sebanyak 23 orang atau 29% memiliki kualitas hidup baik dan tidak terdapat ODHA dengan kualitas hidup kurang. Dari hasil presentase menjelaskan bahwa dari segi kemandirian kualitas hidup ODHA masuk dalam kategori cukup. Mayoritas ODHA di KDS JCC+ menjawab merasa cukup dengan kemampuannya dalam aktivitas sehari-hari, saat bekerja serta cukuateratur dalam terapi ARV. Keteraturan ODHA dalam menjalankan terapi ARV dapat memperbaiki sistem imunitas, mengendalikan viral load, dan menunda progress dari penyakit HIV/AIDS, dengan demikian aktivitas sehari-hari ODHA dapat

dijalani tanpa kendala berarti. Kondisi ini didukung dengan penelitian dari Unzila, et.al (2016), bahwa ada hubungan yang signifikan antara keteraturan terapi ARV dengan kualitas hidup pada kesehatan fisik dari ODHA.

#### 5) **Gambaran kualitas hidup ODHA berdasarkan domain lingkungan**

Berdasarkan Domain Lingkungan sebanyak 40 orang atau 51 % memiliki kualitas hidup baik, 39 orang atau 49% memiliki kualitas hidup cukup dan tidak terdapat responden dengan kualitas hidup kurang. Dari hasil prosentase menggambarkan bahwa dari segi lingkungan masuk dalam kategori kualitas hidup baik, dalam pertanyaan seberapa aman ODHA dalam lingkungan sekitar sebagian responden menjawab cukup. Mayoritas responden merasa cukup puas dengan kondisi tempat tinggal dan keterlibatan transportasi dalam kegiatan sehari-hari. Pada pertanyaan seberapa puas ODHA dengan akses layanan kesehatan mayoritas merasa puas.

Adanya wadah dukungan sebaya diberbagai kabupaten/kota telah berupaya secara maksimal dalam mendukung ODHA. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian dari Duriah (2014) tentang Interaksi Sosial Orang dengan HIV/AIDS Dibawah Naungan Lembaga Advokasi dan Rehabilitasi Sosial Kota Samarinda yaitu berdasarkan hasil bahwa tindakan akomodasi yang dilakukan lembaga advokasi dan rehabilitasi dengan memberikan tempat perlindungan, pelayanan, kesehatan bagi para ODHA, dan melakukan penyuluhan atau sosialisasi di lingkungan masyarakat tempat ODHA tinggal, tujuannya agar masyarakat mengetahui bahwa HIV/AIDS tidak dapat menular dengan mudah sehingga masyarakat mau menerima keberadaan ODHA.

#### 6) **Gambaran Kualitas Hidup ODHA Berdasarkan Domain Spiritual/Religi/Keyakinan**

Berdasarkan domain spiritual sebanyak 53 orang atau 67% memiliki kualitas hidup baik, 39 orang atau 49% memiliki kualitas hidup cukup dan tidak terdapat responden dengan kualitas hidup kurang. Dari hasil prosentase menggambarkan bahwa dari segi spiritual masuk dalam kategori kualitas hidup baik. Pada pertanyaan apakah ODHA merasa hidupnya berarti mayoritas menjawab merasa sangat berarti, dan sebagian besar ODHA sama sekali tidak takut menghadapi masa depan dan tidak khawatir terhadap kematian karena HIV/AIDS. Kegiatan KDS JCC+ selain sebagai wadah yang memfasilitasi pengetahuan tentang HIV/AIDS dengan adanya kegiatan rutinitas bulanan seperti pengajian, tausiah, mengadakan kegiatan serupa atau merayakan hari-hari besar keagamaan dirasakan oleh ODHA

sebagai pencerahan, menguatkan dan meningkatkan keimanan kepada Tuhan Yang Maha Esa. Kegiatan spiritualitas bagi ODHA dapat berarti penerimaan dan kepasrahan kepada Tuhan namun disertai dengan usaha dan ikhtiar untuk mendapatkan kesembuhan. Hasil penelitian ini diperkuat oleh Nuraeni (2012) Salah satu bentuk ikhtiar atau usaha yang biasa dilakukan yaitu melalui manajemen terapeutik yang *continue* dan terus memohon doa. Kebutuhan spiritual dari dimensi religi yang dianggap amat sangat dibutuhkan pada pasien adalah berdoa, baik untuk diri sendiri maupun didoakan oleh orang lain.

Secara umum gambaran kualitas hidup pada ODHA di KDS JCC+ sebanyak 54 orang atau 68 % memiliki kualitas hidup baik, 25 orang atau 32% memiliki kualitas hidup cukup dan tidak terdapat responden dengan kualitas hidup kurang. Adanya wadah KDS dan website turut berkontribusi dalam upaya memfasilitasi ODHA dan masyarakat tentang pengetahuan HIV/AIDS, melaksanakan beberapa kegiatan positif, sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Kualitas hidup merupakan komponen penting dalam evaluasi kesejahteraan dan kehidupan pasien ODHA. Kualitas hidup tidak boleh dikacaukan dengan konsep standar hidup terutama didasarkan pada pendapatan. Sebaliknya, indikator standar kualitas hidup tidak hanya mencakup kekayaan dan lapangan pekerjaan, tetapi juga membangun lingkungan, kesehatan fisik dan mental, pendidikan, rekreasi, waktu senggang, dan relasi sosial. Menurut Nazir (2006) faktor lain yang mempengaruhi kualitas hidup seperti kesehatan, keuangan, keamanan, keadaan lingkungan, dukungan keluarga dan lingkungan sekitar.

#### 4. **KESIMPULAN**

Secara umum gambaran kualitas hidup ODHA di KDS JCC+ berdasarkan domain fisik mayoritas 54% kategori cukup, domain psikologis mayoritas 72% kategori baik, domain sosial mayoritas 53% kategori cukup, serta domain lingkungan mayoritas 51% kategori baik. Diharapkan ODHA dapat proaktif untuk lebih memperhatikan kesehatannya, pada KDS, tenaga kesehatan maupun pihak terkait dapat meningkatkan pelayanan *Provider Initiated Testing and Counseling* (PITC) kepada seluruh lapisan kelompok sasaran penularan HIV/AIDS pada kelompok tertular kelompok beresiko, kelompok rentan dan masyarakat umum

#### **REFERENSI**

Dachlia, R.(2015). *Hubungan Antar Prilaku Coping Dan Dukungan Sosial Keluarga Dengan Depresi Pada Ibu*. Indonesian

- Psychology Journal. Anima. Vol 14, No.54.214-227.
- Ditjen PP & PL Depkes RI. 2014. *Laporan Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia*. Jakarta: Depkes RI.
- Douaihy, A. (2001). *Factors affecting Quality of Life in Patient with HIV Infection*. Diunduh pada tanggal 5 Januari 2016 dari [http://www.nedscape.com/view\\_articles.html](http://www.nedscape.com/view_articles.html).
- Fitri,& Fatwa. (2017). *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Penderita HIV yang Menjalani Rawat Jalan di Care Support and Treatment (CST) Rumah Sakit Jiwa Daerah Sungai Bangkong Kota Pontianak..* 1(2)
- Flora K.S, Anderson, R.J. (2015). *Factors Affecting Quality of Life in Patient With HIV Infection*. <https://www.nedscape.com/view.article.html>
- Gowda, S., Ashok, N.C., Murali, D., Deepa.K. (2012). *Quality of Life in HIV/AIDS Patients in Relation to CD4 count: A crosssectional study in Mysore district*. International Journal of Health & Allied Sciences. Vol 1 issue 4. Oct-Dec 2012.
- Hanovan, D. (2013). *Global Effect HIV/AIDS Dimensi Psikologi*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Henni, D., Di, K.S. (2016). *Pengalaman Odha Mendapatkan Dukungan Sosial Dalam Menjalani Kehidupan Sehari-Hari Di Malang Raya*
- Indriani, S. D., & Fauziah, N. (2017). *Karena Hidup Harus Terus Berjalan (Sebuah Studi Fenomenologi Kehidupan Orang dengan HIV/AIDS)*, 6(1), 385–395.
- Jovian, R.G.(2016). *Stigma dan Diskriminasi terhadap orang dengan HIV/AIDS (ODHA)*.<https://www.ragijov.or.id>
- Kambu, Y. (2015). *Analisa Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keluarga Dalam Memberikan Dukungan Terhadap Anggota Keluarga ODHA Di Subang, Jawa Barat*. Jakarta: Balai Pustaka.
- Karkashadze, E., Margaret. A., Nikoloz. C., Jack. D., & Tengiz. T. (2017) *Assesment of Quality of Life in People Living with HIV in Georgia*. International Journal of STD & AIDS. 2017, Vol. 28(7) 672-678.
- Kumar, A., Girish, H.O., Ayesha, S. N., Balu, P.S., Vijay, K. (2014). *Determinants of Quality of Life among People Living With Hiv/Aids: A Cross Sectional Study In Central Karnataka, India*. International Journal of Medical Science and Public Health . 2014 Vol 3 Issue 11.
- Mardiathi, D. (2011). *Dukungan Kelompok Sebaya Terhadap Kualitas Hidup Pada Orang HIV/AIDS*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nazir, K.A (2006). *penilaian kualitas hidup pasce bedah coroner yang menjalani pasca bedah pintas rehabilitasi fase III dengan menggunakan SF-36*. Jakarta: UI
- Nojomi, M., Anbary, K., Ranjbar, M. (2008) . *Health related Quality of Life in Patients with HIV/AIDS*. Archives of Iranian medicine. Vol. 1. Number 6. Diunduh pada tanggal 17 Januari 2016 dari <http://ams.ac.ir>.
- Nuraeni, A. (2012). *Eksplorasi makna spiritualitas pada klien dengan sindrom koroner akut yang menjalani perawatan di ruang intensif jantung RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung*. Tesis, Universitas Padjadjaran, Bandung.
- Polonsky, A. (2007). *Understanding and Assesing Diabetes Spesific Quality of Life*. Diunduh pada tanggal 13 Februari 2017 dari <http://www.journal.diabetes.org>
- Ruutel K, Pisarev H, Loit HM, Uuskula A. (2009). *Factors Influencing Quality of Life of People Living with HIV in Estonia: a cross-sectional survey*. J Int AIDS Soc 2009;12:13
- Unzila, S.R., Siti, R.N., Erwin, A.T. (2016). *Hubungan Kepatuhan Anti Retroviral Therapy (ART) Satu Bulan Terakhir Dengan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS DI RSUD DR. SOETOMO Surabaya*. Media Gizi Indonesia. Vol 11, no 1 (2016).
- Sudiharti, Yuyun, ., Heny, L.. (2014). *Gambaran Kepatuhan Orang Dengan HIV-AIDS (ODHA) Dalam Minum Obat ARV Di Kota Bandung, Provinsi Jawa Barat tahun 2011-2012*.
- WHO. (2012). *WHOQoL-HIVBREF Instrument* . Departemen of Mental Health and Substance Dependence. CH-1211 Geneva 27 Switzerland