

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

*Human Immunodeficiency Virus (HIV)* dan *Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS)* telah menjadi salah satu masalah kesehatan yang serius di abad ini, dan menimbulkan kekhawatiran di berbagai belahan bumi. Pada tahun 2014, jumlah orang di dunia yang terjangkit virus HIV sebanyak 36,9 juta, dan 1,5 juta meninggal dalam keadaan AIDS (*United Nations Programme on HIV/AIDS*, 2014).

Kasus HIV/AIDS di Indonesia menempati urutan ke-13 di dunia, dan perkembangannya selalu meningkat sejak pertama kali ditemukan. Oleh karena itu, HIV/AIDS menjadi bagian dari program pencapaian *Millennium Development Goals (MDGs)*, dan merupakan salah satu dari tiga target yang sulit dicapai MDGs pada tahun 2015 (Wardah, 2013). Hal tersebut diperburuk dengan angka kasus HIV/AIDS yang dilaporkan berbeda-beda. Departemen Kesehatan RI melaporkan jumlah kasus baru HIV di Indonesia dari 1 Januari sampai dengan September 2014 sebanyak 22.869 kasus, sehingga jika dikumulatifkan mencapai 150.296 kasus yang tersebar di 33 provinsi. Direktur Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2PL) Kementerian Kesehatan RI menyebutkan bahwa dari Januari hingga September 2014, jumlah pengidap AIDS baru yang dilaporkan yakni 1.876 Kasus. Kasus

AIDS terbanyak dilaporkan dari Papua, disusul Jawa Timur, DKI Jakarta, Bali, Jawa Barat, dan Jawa Tengah (Depkes, 2014).

Jawa Tengah menempati urutan ke-6 kasus HIV/AIDS terbanyak di Indonesia berdasarkan jumlah komulatif menurut provinsi berdasar laporan dari Januari hingga September 2014. Jumlah kasus HIV di Jawa Tengah mencapai 9.032 kasus, dan penderita AIDS mencapai 3.767 kasus. Dengan nilai prevalensi 11,63 per 100.000 penduduk (Ditjen P2PL, 2014).

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah tahun 2014 jumlah komulatif kasus HIV di Surakarta menempati urutan kedua setelah Semarang. Pemerintah kota Surakarta mewaspadaai terus melonjaknya penderita HIV/AIDS. Pada tahun 2010 jumlah penderita sejumlah 129 orang, tahun 2011 terdapat 162 orang, tahun 2012 sejumlah 187 orang, tahun 2013 sejumlah 244 orang, sedangkan pada tahun 2014 tercatat lebih dari 300 orang. Meskipun banyak upaya yang dilakukan, Dinas Kesehatan Kota Surakarta tetap mencatat kenaikan signifikan terhadap warga Solo yang terjangkit HIV/AIDS (Try/mbr, 2015). Kasus HIV/AIDS seperti fenomena gunung es, tingginya angka yang muncul bisa tidak sebanding dengan kasus yang terjadi. Laporan resmi dari jumlah kasus belum bisa dikatakan mencerminkan jumlah kejadian yang sebenarnya (Hardisman, 2009).

Masalah yang muncul pada pasien HIV/AIDS antara lain adalah masalah fisik yang biasa terjadi akibat penurunan daya tahan tubuh secara progresif sehingga pasien rentan terkena penyakit. Selain itu, pasien HIV/AIDS juga

menghadapi masalah sosial yang cukup memprihatinkan sebagai dampak dari adanya stigma terhadap penyakit ini. Hal ini disebabkan 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 perbuatan tersebut. Stigma bisa 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 sering dikucilkan dan mendapatkan perilaku deskriminatif dari masyarakat (Purnama & Haryanti, 2006).

Masalah sosial bisa membuat depresi pasien, sehingga dapat mempengaruhi motivasi pasien untuk melakukan *self care* secara adekuat. Hal tersebut dapat berkontribusi pada penurunan kesehatan fisik dan mental yang menyebabkan seseorang malas beraktivitas, nafsu makan yang berkurang, ketidakinginan untuk berolahraga, dan kesulitan tidur. Bahkan hal ini dapat berpengaruh pada kepatuhan pasien terhadap regimen terapi *Anti Retro Viral* (ARV) dan obat-obatan profilaksis lainnya yang diperlukan untuk menjaga kesehatannya agar kondisi fisik tidak menurun sehingga akan memperberat penyakit (Holmes, et al. 2007).

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 dari beban fisiknya (Sarwono, 2008). Oleh karena itu, penanganan pada pasien ini tidak dapat hanya berfokus pada masalah fisik namun juga masalah psikososial yang dialami hidup orang dengan HIV/AIDS (ODHA) agar tidak berdampak pada masalah yang lebih luas yaitu penurunan kualitas hidup (Abiodun, et al. 2010).

Menurut WHO (2002), kualitas hidup adalah persepsi individu tentang harkat dan martabatnya didalam konteks budaya dan sistem nilai yang berhubungan dengan tujuan dan harapan hidup. Kualitas hidup odha merupakan berfungsinya keadaan fisik, Psikologis, Sosial, dan Spiritual Sehingga dapat hidup produktif seperti orang sehat dalam menjalankan kehidupannya (Nasronudin, 2007).

Sebuah penelitian menyatakan bahwa dari 21 jumlah orang dengan HIV AIDS yang memiliki kualitas hidup buruk adalah 52,4 %, dan berbanding tipis dengan yang berkualitas hidup baik yaitu 47,6% (Hardiansyah, 2014). Penelitian lain menyebutkan bahwa dari 17 responden ODHA diperoleh hasil 12 ODHA (70,58%) memiliki kualitas hidup yang rendah, dan 5 ODHA (29,41%) memiliki kualitas hidup baik (Maisarah, 2012).

Kualitas hidup ODHA dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu pekerjaan pada domain fisik dan disusul oleh kepatuhan terapi pada domain fisik dan kemandirian, serta tingkat pendidikan. Menurut WHO kualitas hidup ODHA dipengaruhi oleh fisik, level ketergantungan ARV, lingkungan, dukungan sebaya dan spiritual. Dukungan sosial dapat membantu mengatasi masalah

ODHA baik secara fisik atau psikologi. Oleh karena itu, peningkatan dukungan sosial perlu dilakukan baik dari individu pasien, keluarga, yayasan pemerhati ODHA, kelompok dukungan sebaya (KDS), dan juga pemerintah (WHO, 2002)

KDS merupakan kelompok dukungan untuk dan oleh orang dalam situasi yang sama dalam hal ini adalah ODHA. Pola dukungan KDS dimulai dengan pertemuan tertutup bagi ODHA untuk saling berbagi pengalaman, kekuatan dan harapan. Pola pun berkembang dengan kegiatan belajar bersama hingga keterlibatan ODHA lebih luas dalam penyebaran informasi dan advokasi yang terkait HIV, hal ini juga membantu dalam Strategi Rencana Aksi Nasional (SRAN) 2010-2014 yang tujuannya meningkatkan mutu hidup ODHA (Depkes, 2006).

Di Surakarta terdapat beberapa KDS yang aktif dalam kegiatan yang direncanakan Dinas Kesehatan, KPA, yayasan pemerhati ODHA ataupun Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) salah satunya adalah KDS Solo Plus. Informasi yang di dapat dari koordinator KDS tersebut mengatakan bahwa kualitas hidup ODHA yang ada sekarang tidak bisa dikatakan baik atau buruk, hal ini karena individu yang berbeda-beda dari segi fisik atau psikologis, dan latar belakang pekerjaan atau aktivitas, serta perbedaan waktu kapan masalah akan terjadi. Hal ini serupa dengan penelitian Nova Oktavia (2012), yang menyatakan bahwa ada perbedaan kualitas hidup ODHA diantaranya pada domain fisik, kemandirian, sosial, lingkungan, spiritual, serta kepatuhan pada

ARV. Dukungan sosial yang diterima KDS juga tidak begitu saja tersedia. Hal ini karena beberapa kerbatasan seperti alat komunikasi, tempat tinggal, alat transportasi dan sebagainya dari anggota ODHA. Karena itu pertemuan KDS ini minimal 1 (satu) bulan sekali untuk membahas masalah yang ada. Dan dari sinilah kepercayaan, solidaritas mereka tumbuh untuk mendukung sesama.

Sesuai program kerja Pemerintah pusat, Dinas Kesehatan Surakarta menganggap adanya KDS ini sangat membantu dalam mengurangi angka penularan HIV/AIDS selain dengan pengobatan ARV. Oleh karena itu, dukungan sosial harus diberikan dalam implementasi penatalaksanaan pengobatan pada pasien ODHA dengan harapan dapat membuat peningkatan kualitas hidup ODHA.

## **B. Rumusan Masalah**

Dari beberapa penjelasan diatas, dan menilik dari beberapa kajian riset sebelumnya, maka peneliti tertarik untuk menganalisis hubungan dukungan sosial terhadap kualitas hidup ODHA pada KDS Solo Plus Surakarta.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan umum**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan sosial yang diterima terhadap peningkatan kualitas hidup ODHA pada KDS Solo Plus Surakarta.

## **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengetahui gambaran dukungan sosial ODHA pada KDS Solo Plus
- b. Mengetahui gambaran kualitas hidup ODHA pada KDS Solo Plus
- c. Mengetahui Hubungan antara dukungan sosial dengan kualitas hidup ODHA pada KDS Solo Plus di Surakarta

## **D. Manfaat Penelitian**

1. Bagi instansi kesehatan atau lembaga terkait dapat mengetahui pentingnya memperhatikan dukungan sosial guna peningkatan kualitas hidup ODHA. Serta bisa sebagai acuan pembelajaran dalam pemberian pelayanan terkait sehingga semakin berkualitas dan profesional.
2. Bagi ODHA penelitian ini dapat memberikan suatu dorongan ataupun pemahaman bahwa dukungan sosial itu sangat penting di perlukan, sehingga mereka tidak pesimis akan menatap masa depan dengan kualitas hidup yang baik.
3. Bagi instansi pendidikan bisa menjadikan sumber wacana dan referensi bacaan bagi mahasiswa terutama terkait kontek kualitas hidup asuhan keperawatan pada ODHA.
4. Bagi peneliti lain dapat digunakan sebagai referensi guna melakukan penelitian lanjutan atau pun penelitian serupa yang terkait.

## **E. Keaslian Penelitian**

Penelitian tentang ODHA memang banyak dilakukan, akan tetapi sedikit yang berkaitan dengan kualitas hidup terlebih yang berfokus pada kehidupan ataupun dukungan sosial.

1. Mardiaty (2011), pernah melakukan penelitian tentang *Mutu Hidup ODHA Berdasarkan Wilayah Sistem Dukungan Sebaya di Indonesia*. Penelitiannya bersifat kuantitatif dengan pendekatan *Cross Sectional*, kesimpulan akhir yang didapat adalah 70% ODHA memiliki mutu hidup yang tinggi dan 30% rendah.
2. Oktavia (2012), *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Penderita HIV/AIDS Di Kabupaten Boyolali Dan Kota Surakarta (Solo) Provinsi Jawa Tengah Tahun 2012*. Penelitian ini menggunakan rancangan *Cross sectional* dengan jumlah sampel 32 orang diambil dengan cara *consecutive sampling*. Penelitian ini lebih kearah mencari faktor dominan dari kualitas hidup.
3. Kusuma (2011), meneliti *Hubungan antara Depresi dan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup pasien HIV/AIDS yang Menjalani Perawatan di RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta*. Peneliti menggunakan *design cross sectional*, dengan teknik *purposive sampling* pada 92 sampel. Hasil didapat ada hubungan yang bermakna antara depresi dan dukungan keluarga dengan kualitas hidup.

Selain waktu dan tempat, perbedaan dengan penelitian sebelumnya adalah lebih berfokus kepada ODHA dalam satu kelompok KDS tertentu yang ada di surakarta. Nantinya penelitian ini akan bersifat deskriptif korelasi, sehingga selain mendapat gambaran tentang dukungan sosial yang dibutuhkan dan kualitas hidup ODHA, juga dapat diketahui hubungan antara kedua variabel tersebut.