

## Hubungan Status Sosioekonomi dan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup ODHA

### *Relationship between Socioeconomic Status and Family Support with Quality of Life of People Living With HIV and AIDS*

Indah Maya Safitri

Departemen Epidemiologi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga, Surabaya  
Email : [indahmaya.13@gmail.com](mailto:indahmaya.13@gmail.com)

#### ABSTRACT

**Background:** Since the beginning of HIV epidemic in the world, about 70 million people have been infected with the HIV, and 35 million have died for HIV. HIV-AIDS is a chronic disease that requires a comprehensive treatment on People Living With HIV and AIDS (PLWHA) who need family support in facing their problems. Family in a community have a different social class, one of which is socioeconomic status. **Objective:** This study analyzed the relationship between socioeconomic status (education level, job status, and income) and family support with the quality of life of PLWHA. **Method:** This study was an observational study with a cross-sectional analytic design. The population were PLWHA who were outpatients in the clinical stage 3 based on the medical records of IPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya. The sample size was 93 respondents selected by using simple random sampling technique. Data were collected through self-administered instrument with WHOQOL HIV BREF and analyzed with chi-square test. The study was conducted from April to May 2018 at IPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya. **Results:** Results showed that there was no correlation between education level ( $P$  value = 0.141), job status ( $P$  value = 1.000), and income ( $P$  value = 0.678) with the quality of life of PLWHA, and there was significant correlation of family support ( $P$  value = 0.030) with the quality of life of PLWHA. Support that is significantly related to the quality of life is social network support ( $P$  value = 0.034). **Conclusion:** There is no correlation of education, employment status, and income with the quality of life of People Living with HIV/AIDS (PLWHA). There is a significant correlation of social network support from families with the quality of life of PLHA.

**Keyword:** Social Support, Self-Efficacy, PLWHA, National Examination.

#### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Sejak awal epidemi HIV di dunia, sekitar 70 juta jiwa telah terinfeksi HIV dan 35 juta jiwa telah meninggal akibat HIV. HIV-AIDS merupakan penyakit kronis yang membutuhkan penanganan komprehensif sehingga ODHA membutuhkan dukungan keluarga dalam menghadapi segala permasalahan baik fisik, mental, sosial, maupun spiritual yang mereka alami. Keluarga di dalam masyarakat memiliki kelas sosial, dimana salah satu pembeda antara satu kelas dengan lainnya adalah status sosioekonomi. **Tujuan:** Tujuan dari penelitian ini untuk menganalisis hubungan antara status sosioekonomi (tingkat pendidikan, status pekerjaan, dan penghasilan) dan dukungan keluarga terhadap kualitas hidup ODHA. **Metode:** Penelitian ini merupakan penelitian observasi dengan desain studi cross-sectional analitik. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien HIV rawat jalan yang berada pada stadium klinis 3 berdasarkan rekam medis di IPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Besar sampel sebanyak 93 orang yang diambil dengan teknik simple random sampling. Pengambilan data dilakukan melalui instrumen kuesioner karakteristik responden, dukungan keluarga, dan WHOQOL HIV BREF dan analisis data dilakukan dengan uji chi-square. Penelitian dilakukan pada bulan April-Mei 2018 di Unit Rawat Jalan IPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan ( $P$  value = 0,141), status pekerjaan ( $P$  value = 1,000), dan penghasilan ( $P$  value = 0,678) dengan kualitas hidup ODHA. Sementara itu terdapat hubungan signifikan antara dukungan keluarga ( $P$  value = 0,030) dengan kualitas hidup

ODHA. Jenis dukungan yang berhubungan signifikan dengan kualitas hidup adalah dukungan jaringan sosial ( $P$  value = 0,034). **Kesimpulan:** Tidak ada hubungan antara pendidikan, pekerjaan, dan penghasilan terhadap kualitas hidup ODHA. Terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan jaringan sosial dari keluarga dengan kualitas hidup ODHA.

**Kata Kunci:** Dukungan Sosial, Efikasi Diri, Remaja, Ujian Nasional

## PENDAHULUAN

*Human Immunodeficiency Virus* (HIV) telah menjadi salah satu isu global kesehatan masyarakat. World Health Organization (WHO) menyatakan, semenjak awal epidemi HIV di dunia, lebih dari 70 juta jiwa telah terinfeksi HIV dan sekitar 35 juta jiwa telah meninggal akibat HIV. Tahun 2016 terdapat 36,7 juta jiwa Orang Dengan HIV-AIDS (ODHA) dan satu juta jiwa meninggal akibat HIV (WHO, 2017a). Dari sekitar 36,7 juta ODHA tersebut, 34,5 juta jiwa berusia dewasa dan 2,1 juta jiwa anak-anak (usia kurang dari 15 tahun) (WHO, 2017b).

Peningkatan jumlah orang dengan HIV di Indonesia menyebabkan HIV menjadi masalah kesehatan yang perlu diperhatikan. Penyebaran HIV di Indonesia sampai Maret 2016, telah berada di 80% kabupaten/kota yang ada di Indonesia (Kemenkes RI, 2016b). Tren kasus HIV tahun 2012-2016 cenderung meningkat, meskipun sempat turun pada 2015 namun pada 2016 jumlah kasus HIV naik menjadi 41.250 kasus. Sementara itu, tren kasus AIDS tahun 2012-2016 cenderung mengalami fluktuasi hingga pada 2016 jumlah kasus AIDS sebanyak 7.491 kasus (Kemenkes RI, 2017).

Provinsi Jawa Timur menduduki peringkat kedua dalam sepuluh besar provinsi dengan jumlah kasus HIV terbanyak yang dilaporkan sejak tahun 1987 sampai dengan September 2014, yakni 19.249 kasus (Kemenkes RI, 2016a). Pada Januari-Maret 2017, Jawa Timur menjadi peringkat pertama dalam sepuluh besar provinsi yang melaporkan jumlah kasus HIV terbanyak yakni 1.614 kasus, sementara untuk kasus AIDS menduduki peringkat kedua provinsi yang melaporkan jumlah kasus AIDS terbanyak yakni 103 kasus (Kemenkes RI, 2017).

RSUD Dr. Soetomo menjadi pusat rujukan terbesar kedua di Indonesia yang melayani Indonesia bagian Timur sejak tahun 1938. Pada tahun 2010, RSUD Dr.

Soetomo menjadi salah satu dari tujuh RS yang ditunjuk oleh Kemenkes RI sebagai *Pilot Project* pelayanan dan Penanggulangan HIV-AIDS yang dipusatkan di UPIPI atau Unit Perawatan Intermediet Penyakit Infeksi (Nugraha *et al.*, 2015). Semenjak Mei 2017 telah berganti nama menjadi Instalasi Perawatan Intermediet Penyakit Infeksi Instalasi Perawatan Intermediet Penyakit Infeksi (IPIPI) (IPIPI RSUD Dr. Soetomo, 2018).

Sekitar 1.780 pasien merupakan jumlah pasien rawat jalan yang rutin berkunjung ke RSUD Dr. Soetomo. Jumlah pasien rawat jalan yang berkunjung setiap bulannya mencapai 2.000 orang, dimana 97,5% pasien merupakan dewasa dan 2,5% pasien adalah anak-anak (Unzila *et al.*, 2016). Jumlah kumulatif orang yang pernah menerima perawatan HIV sejak tahun 2004 hingga Mei 2018 adalah 10.142 orang. Dari 10.142 orang tersebut, sebanyak 2.321 orang menjalani ART (IPIPI RSUD Dr. Soetomo, 2018).

HIV yang masuk ke tubuh seseorang akan menginfeksi sel darah putih. Infeksi ini mengakibatkan kekebalan tubuh orang tersebut melemah, akibatnya berbagai penyakit infeksi (infeksi oportunistik) sangat mudah untuk menyerang orang tersebut. Kondisi di mana terdapat sekumpulan penyakit infeksi ini disebut *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) (Kemenkes RI, 2016a). Risiko seseorang yang terinfeksi HIV menjadi AIDS meningkat seiring waktu ketika dia mengalami peningkatan jumlah HIV *Ribonucleic Acid* (RNA) (*viral load*), penurunan jumlah CD4 di bawah 200 sel/ $\mu$ l, atau karena usia (Hoffmann and Rockstroh, 2015).

ODHA akan mengalami berbagai permasalahan baik masalah fisik, mental/emosional, maupun sosial (Bare and Smeltzer, 2005). Permasalahan tersebut memiliki andil yang cukup besar terhadap kualitas hidup mereka. Masalah fisik yang terjadi pada ODHA adalah rentan terinfeksi penyakit akibat

menurunnya sistem kekebalan tubuh. ODHA mengalami masalah mental atau emosional seperti marah, tertekan, depresi. ODHA juga mengalami masalah sosial berupa adanya stigma yaitu reaksi sosial masyarakat terhadap ODHA dimana masyarakat cenderung memojokkan dan mengucilkan mereka dari lingkungan.

Kualitas hidup adalah persepsi individu tentang posisi dirinya dalam kehidupan dan dalam kaitannya dengan tujuan, harapan, standar, dan keprihatinan dirinya. Instrumen WHOQOL-HIV BREF mulai dikembangkan pada tahun 2002. Instrumen tersebut berguna untuk mengukur kualitas hidup pada ODHA. Kualitas hidup pada instrumen ini dibagi menjadi enam domain, yakni fisik (*physical*), psikologi (*psychological*), tingkat kemandirian (*level of independence*), hubungan sosial (*social relationships*), lingkungan (*environment*), dan spiritual (*spirituality*) (WHO, 2002).

Penelitian oleh (M. Nojomi, Anbary and Ranjbar, 2008) di Iran menunjukkan mayoritas pasien HIV memiliki kualitas hidup rendah (Marzieh Nojomi, Anbary and Ranjbar, 2008). Penelitian di Georgia oleh Karkashadze, *et.al.* (2017) menunjukkan mayoritas pasien HIV memiliki kualitas hidup buruk. Penelitian lain yang dilakukan pada pasien HIV rawat jalan di RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta oleh (Kusuma, 2011) menunjukkan mayoritas responden memiliki kualitas hidup yang kurang baik.

Penelitian pengukuran kualitas hidup pasien HIV di RSUD Dr. Soetomo Surabaya pernah dilakukan sebelumnya dengan kuesioner WHOQOL BREF. Penelitian tersebut mengukur domain fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Hasil penelitian tersebut menunjukkan terdapat cukup banyak pasien HIV yang memiliki kualitas hidup rendah pada masing-masing domain kualitas hidup (Unzila, *et al.*, 2016). Penelitian ini dilakukan dengan meneliti domain kualitas hidup yang belum diukur pada penelitian sebelumnya di IPIPI RSUD Dr. Soetomo. Hal ini dilakukan agar selain dapat mengukur domain fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan, domain kemandirian dan spiritual juga dapat diukur dan dianalisis lebih mendalam lagi.

Keluarga sangat berperan penting dalam kehidupan pasien sehingga mempengaruhi tinggi rendahnya kualitas hidup mereka. Keluarga di dalam

masyarakat memiliki kelas sosial dimana terdapat lapisan sosial bawah, menengah, dan atas. Setiap lapisan sosial berbeda antara satu sama lain dan salah satu yang membedakannya adalah status sosioekonomi.

Seseorang dengan status sosioekonomi tinggi lebih mampu untuk memiliki segalanya daripada seseorang dengan status sosioekonomi rendah. Seseorang memiliki status sosioekonomi tinggi apabila mereka memiliki pekerjaan, pendidikan, ilmu pengetahuan yang luas, kekayaan, politis, keturunan, dan agama (Soekanto, 2012).

Penelitian sebelumnya menunjukkan tingkat pendidikan berhubungan dengan kualitas hidup (Marzieh Nojomi, Anbary and Ranjbar, 2008; Kusuma, 2011; Novianti, Parjo and Dewi, 2015). Tinggi rendahnya tingkat pendidikan seseorang berhubungan dengan seberapa baik kemampuan kognitif mereka dalam menerima dan memahami informasi yang didapatkan. Tingkat pendidikan dapat mempengaruhi kemampuan manajemen diri dalam menghadapi penyakit dan tuntutan yang beragam (da Costa *et al.*, 2014).

Status pekerjaan berkaitan dengan kemampuan seseorang dalam memperoleh penghasilan agar dapat memenuhi kebutuhan hidup. Kemampuan dalam memperoleh penghasilan ini akan mempengaruhi kualitas hidup dirinya. Penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa status pekerjaan berhubungan dengan kualitas hidup ODHA (Kusuma, 2011; da Costa *et al.*, 2014; Jadhav, Laad and Chaturvedi, 2017).

Status sosioekonomi menunjukkan kemampuan keuangan (finansial) dan materi yang dimiliki oleh keluarga (Baswori and Juariyah, 2010). Kemampuan finansial keluarga dapat dilihat dari seberapa besar penghasilan keluarga. Penelitian sebelumnya menunjukkan penghasilan keluarga berhubungan dengan kualitas hidup (Kusuma, 2011; da Costa *et al.*, 2014).

Dukungan keluarga juga berhubungan dengan kualitas hidup pasien. Dukungan keluarga terbagi dalam lima, yakni dukungan emosional, dukungan instrumental, dukungan informasi, dukungan penghargaan, dan dukungan jaringan sosial (Smet, 2004). ODHA dengan dukungan keluarga menunjukkan tingkat ketahanan terhadap

penyakit lebih tinggi, yang berkorelasi dengan peningkatan kesehatan mental dan kepatuhan pengobatan. Dukungan emosional yang lebih besar juga akan mengurangi dampak negatif dan meningkatkan dampak positif, mengurangi tekanan psikologis, serta membuat kualitas hidup yang lebih tinggi (Bhat *et al.*, 2015).

Pentingnya status sosioekonomi dan dukungan keluarga pasien mendorong dilakukannya penelitian ini. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan antara status sosioekonomi (tingkat pendidikan, status pekerjaan, dan penghasilan) dan dukungan keluarga dengan kualitas hidup ODHA.

## METODE

Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan rancangan *cross-sectional* analitik. Lokasi penelitian dilaksanakan IPIPI RSUD Dr. Soetomo, Surabaya. Pengumpulan data dilakukan pada pertengahan April-Mei 2018.

Penelitian ini telah dinyatakan laik etik. Pernyataan ini tercantum dalam surat laik etik yang dibuat oleh Komite Etik Penelitian Kesehatan RSUD Dr. Soetomo Surabaya dengan Nomer 0154/KEPK/IV/2018 tanggal 2 April 2018.

Populasi dalam penelitian adalah seluruh ODHA yang berada pada stadium klinis 3 berdasarkan rekam medis di IPIPI RSUD Dr. Soetomo pada saat penelitian dilakukan. Penggunaan rekam medis di bawah pengawasan petugas rekam medis IPIPI RSUD Dr. Soetomo. Rekam medis pasien dapat dilihat setelah peneliti memberikan Penjelasan Sebelum Penelitian (*Informed Consent*) kepada pasien kemudian apabila pasien tersebut menyetujui bergabung dalam penelitian sebagai responden maka pasien dipersilahkan menandatangani *Informed Consent*.

Kriteria inklusi pada penelitian adalah pasien yang berusia 15-64 tahun (berada pada usia produktif), terdaftar dalam rekam medis, dan melakukan rawat jalan untuk menjalani terapi *Anti Retroviral Drugs* (ARV) di IPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya, telah didiagnosis HIV positif minimal 1 bulan yang lalu, bertempat tinggal di Surabaya, dan bersedia berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian dengan menandatangani

*Informed Consent*. Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah pasien tidak bisa baca tulis, tidak memiliki keluarga, mengalami ketidaknyamanan fisik (pusing, nyeri, dan sebagainya) yang membuat responden tidak mampu melanjutkan penelitian.

Besar sampel pada penelitian ini adalah sebanyak 98 responden. Penghitungan tersebut didapatkan dari perhitungan rumus estimasi proporsi dengan presisi mutlak (Kasjono and Yasril, 2009). Sampel diambil menggunakan metode *Simple Random Sampling*.

Variabel yang diteliti meliputi status sosioekonomi (tingkat pendidikan, status pekerjaan, dan penghasilan) dan dukungan keluarga sebagai variabel bebas. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kualitas hidup ODHA.

Penelitian ini menggunakan data primer dan sekunder. Data primer bersumber dari pengisian kuisisioner oleh responden. Kuisisioner tersebut terdiri atas tiga bagian antara lain karakteristik responden, kualitas hidup, dan dukungan keluarga. Sedangkan data sekunder bersumber dari data jumlah penderita HIV-AIDS dan data rekam medis pasien rawat jalan IPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Data status sosioekonomi diambil dari kuisisioner karakteristik responden. Responden dikatakan memiliki tingkat pendidikan rendah apabila responden tidak sekolah, lulusan SD, atau SMP. Tingkat pendidikan dikatakan tinggi apabila responden merupakan lulusan SMA atau Perguruan Tinggi. Status pekerjaan dibagi atas bekerja dan tidak bekerja. Penghasilan dibagi atas penghasilan di bawah Upah Minimum Kota (UMK) Surabaya (sekitar Rp. 3.200.000,-) dan mencapai UMK Surabaya.

Dukungan keluarga dalam penelitian ini diukur dengan menggunakan kuisisioner dukungan keluarga yang diambil dari penelitian di Jakarta (Kusuma, 2011). Kuisisioner ini telah diuji reliabilitas dan validitasnya dengan nilai koefisien korelasi  $\geq 0,3$  ( $r = 0,375-0,720$ ) dan nilai *Cronbach Alpha* 0,883 ( $\geq 0,7$ ). Kuisisioner ini terdiri dari 18 item pertanyaan dengan skala *likert* 1-3. Nilai *cut of point* untuk mengkategorikan hasil pengukuran yang didapat dalam penelitian ini adalah 75% dari nilai skor total maksimal (54 poin). Dukungan keluarga dikatakan non-suportif apabila skor  $< 40,5$  poin, sementara

apabila skor >40,5 poin dikatakan suportif.

Data kualitas hidup diambil dengan pengisian kuesioner WHOQOL-HIV BREF dalam Bahasa Indonesia yang telah diuji reliabilitas dan validitasnya dengan nilai koefisien korelasi kuat ( $r = 0,60-0,79$ ) dan nilai *Cronbach Alpha* 0,513-0,798. Kuisisioner ini mengandung enam domain kualitas hidup antara lain fisik, psikologi, tingkat kemandirian, hubungan sosial, lingkungan, dan spiritual. Domain ini tersebar dalam 29 item pertanyaan dengan satu domain di setiap pertanyaan. Lima aspek khusus untuk ODHA antara lain gejala, keterlibatan sosial, memaafkan, dan menyalahkan, kekhawatiran tentang masa depan, dan kematian. Selain ke 29 pertanyaan tersebut, ada dua pertanyaan yang menyelidiki persepsi keseluruhan kualitas hidup individu dan mengevaluasi persepsi kesehatan secara umum, sehingga total item pertanyaan sebanyak 31 item.

Setiap pertanyaan terdapat 5 pilihan jawaban dengan skala *likert* 1-5. Item pertanyaan positif diberi skor sesuai skala *likert*, sementara item pertanyaan negatif (item nomor 3, 4, 5, 8, 9, 10, dan 31) skornya menjadi 5, 4, 3, 2, dan 1. Skor yang didapatkan pada item pertanyaan dengan domain yang sama ditambahkan kemudian dibagi dengan banyaknya pertanyaan pada domain tersebut. Kemudian dikali 4 sehingga tiap domain memiliki rentang skor 4-20. Skor dari keenam domain kemudian dirata-rata untuk memperoleh skor kualitas hidup secara keseluruhan. Untuk mengkategorikan tingkat persepsi kualitas hidup pada responden, klasifikasi skor yang digunakan adalah: 4-9,9 menunjukkan persepsi kualitas hidup rendah, >9,9-14,9 persepsi kualitas hidup sedang, dan >14,9-20 persepsi kualitas hidup tinggi (Cunha, Campos and Cabete, 2017).

Data yang telah dikumpulkan lalu diperiksa kelengkapan dan kebenaran jawabannya. Data yang lengkap dan benar kemudian diinput dan diolah dengan menggunakan aplikasi komputer. Analisis data dalam penelitian ini menggunakan analisis statistik deskriptif dan inferensial. Analisis statistik deskriptif dilakukan dengan menyajikan tabel distribusi frekuensi dan tabulasi silang antara dua variabel. Analisis statistik inferensial dilakukan dengan melakukan uji *chi-*

*square* untuk menganalisis hubungan variable bebas dan terikat. Nilai  $\alpha$  yang digunakan sebesar 0,05.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Gambaran Status Sosioekonomi

Status sosioekonomi adalah sebuah konstruksi yang mencerminkan akses seseorang terhadap sumber daya yang diinginkan secara kolektif, baik itu barang material, uang, kekuasaan, jaringan pertemanan, perawatan kesehatan, waktu luang, atau peluang pendidikan (Oakes and Rossi, 2003). Status sosioekonomi merupakan kemampuan keuangan (finansial) dan materi yang dimiliki oleh keluarga. Seseorang dengan status sosioekonomi yang tinggi lebih mampu untuk memiliki segalanya daripada seseorang dengan status sosioekonomi rendah (Baswori and Juariyah, 2010). Seseorang dikatakan memiliki status sosioekonomi tinggi apabila mereka memiliki pekerjaan, pendidikan, ilmu pengetahuan yang luas, kekayaan, politis, keturunan, dan agama (Soekanto, 2012).

**Tabel 1.** Status Sosioekonomi Responden berdasarkan Tingkat Pendidikan, Status Pekerjaan, dan Penghasilan di IPIPI RSUD Dr. Soetomo April-Mei 2018

| Karakteristik             | Frekuensi | %          |
|---------------------------|-----------|------------|
| <b>Tingkat Pendidikan</b> |           |            |
| Rendah                    | 35        | 37,6       |
| Tinggi                    | 58        | 62,4       |
| <b>Total</b>              | <b>93</b> | <b>100</b> |
| <b>Status Pekerjaan</b>   |           |            |
| Tidak Bekerja             | 30        | 32,3       |
| Bekerja                   | 63        | 67,7       |
| <b>Total</b>              | <b>93</b> | <b>100</b> |
| <b>Penghasilan</b>        |           |            |
| Di bawah UMK              | 60        | 64,5       |
| Mencapai UMK              | 33        | 35,5       |
| <b>Total</b>              | <b>93</b> | <b>100</b> |

Status ekonomi yang dianalisis pada penelitian ini meliputi tingkat pendidikan responden, status pekerjaan responden, dan penghasilan keluarga. Distribusi status sosioekonomi berdasarkan tingkat pendidikan, status pekerjaan, dan penghasilan pada 93 responden dalam penelitian ini dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1 menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki tingkat pendidikan yang tinggi (62,4%). Responden dikatakan berpendidikan tinggi apabila telah menyelesaikan pendidikan SMA dan/atau Perguruan Tinggi, sedangkan berpendidikan rendah apabila tidak sekolah, menyelesaikan pendidikan di SD, dan/atau SMP.

Tingkat pendidikan dalam Undang-undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional dibagi menjadi tiga, yakni pendidikan dasar (SD/ sederajat-SMP/ sederajat), pendidikan menengah (SMA/ sederajat), dan pendidikan tinggi (diploma, sarjana, magister, spesialis, dan doktor) (Pemerintah Republik Indonesia, 2003). Notoatmojo (2003) membedakan tingkatan pendidikan menjadi pendidikan dasar awal selama 9 tahun (SD/ sederajat dan SMP/ sederajat) dan pendidikan lanjut (gabungan dari pendidikan menengah dan tinggi). Tingkat pendidikan dalam penelitian ini, pendidikan dasar awal dikategorikan dalam tingkat pendidikan rendah, sedangkan pendidikan lanjut dikategorikan dalam tingkat pendidikan tinggi.

Tingkat pendidikan yang tinggi pada responden memudahkan responden untuk memahami informasi yang diterimanya khususnya informasi kesehatan yang diperoleh dari media massa maupun orang lain. Tingkat pendidikan tinggi juga akan mempengaruhi cara pandang responden terhadap permasalahan yang dihadapinya khususnya masalah terkait infeksi HIV dan bagaimana cara mereka menyelesaikan masalah tersebut.

Status sosioekonomi yang dilihat dari status pekerjaan responden seperti pada Tabel 1 menunjukkan mayoritas responden bekerja yakni sebanyak 63 orang (67,7%). Status pekerjaan merupakan jenis kedudukan seseorang dalam pekerjaan. Status tersebut diklasifikasikan dalam beberapa kategori, yakni berusaha sendiri tanpa rekan kerja atau bantuan orang lain, berusaha sendiri dibantu oleh anggota keluarga atau karyawan sementara, pengusaha dengan pekerja tetap, karyawan, dan pekerja tidak dibayar (Badan Pusat Statistik Indonesia, 2018). Dalam penelitian ini, status pekerjaan dengan kategori tersebut dimasukkan dalam status bekerja. Sementara ibu rumah tangga, pensiunan,

pencari kerja, dan belum bekerja dimasukkan dalam status tidak bekerja.

Mayoritas responden yang bekerja menunjukkan bahwa responden memiliki kemampuan untuk bekerja dalam rangka menghasilkan nafkah untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Dengan memiliki pekerjaan diharapkan dapat menunjang finansial keluarga sehingga dapat mencukupi kebutuhan sehari-hari keluarga.

Tabel 1 juga menunjukkan responden berpenghasilan di bawah UMK (Upah Minimum Kabupaten/Kota) lebih banyak daripada responden dengan penghasilan mencapai UMK. UMK yang digunakan dalam penelitian ini adalah Upah Minimum Kota Surabaya (sekitar Rp 3.200.000). Upah Minimum Kota Surabaya tahun 2017 berdasarkan Peraturan Gubernur Jawa Timur No. 121 Tahun 2016, sebesar Rp. 3.296.212,50. UMK merupakan upah karyawan berdasarkan acuan/standar kabupaten/kota tempat bekerja. Besarnya UMK ini berbeda-beda tergantung kepada regional tempat bekerja dan kondisi sosial ekonomi daerah masing-masing (Pemerintah Provinsi Jawa Timur, 2017).

Banyaknya responden dengan penghasilan dibawah UMK menunjukkan bahwa mayoritas responden masih belum menerima upah minimal yang seharusnya diperoleh. Kondisi ini menyebabkan responden berusaha mengatur pengeluaran keluarga agar dapat tercukupi meskipun dengan pemasukan yang kurang.

### Gambaran Dukungan Keluarga

Keluarga memiliki peran yang amat penting bagi tiap individu, terutama ODHA. Keluarga merupakan tempat setiap individu berbagi susah dan senang. Definisi keluarga beragam, seperti keluarga itu sendiri dan bagaimana situasi keluarga itu. Secara sederhana, definisi keluarga menurut hasil *Wisconsin Family Impact Seminars* (2015) dapat dikategorikan menjadi dua cara. Pertama, definisi struktural yang menentukan siapa yang ada di dalam keluarga dan siapa yang menurut karakteristik tertentu bukan bagian dari anggota keluarga. Kedua, definisi fungsional yang menentukan bagaimana fungsi anggota keluarga (Purdue University, 2019).

Definisi struktural keluarga menentukan karakteristik anggota keluarga, seperti mereka yang berbagi tempat tinggal, terkait melalui ikatan darah, atau terkait kontrak hukum. Sedangkan berdasarkan definisi fungsional, keluarga adalah unit (sekumpulan orang) yang berbagi sumber daya dan properti ekonomi, saling peduli dan mendukung satu sama lain, berkomitmen satu sama lain, berperan mempersiapkan anak yang lahir atau membesarkannya (Purdue University, 2019).

Dukungan keluarga merupakan salah satu jenis dukungan sosial. Dukungan sosial secara luas didefinisikan sebagai bantuan dan perlindungan yang diberikan kepada orang lain. Dukungan keluarga didefinisikan sebagai serangkaian strategi yang diarahkan ke unit keluarga tetapi pada akhirnya menguntungkan individu yang membutuhkan dukungan. Strategi dukungan keluarga dimaksudkan untuk membantu anggota keluarga, yang memiliki peran kunci dalam penyediaan dukungan dan bimbingan kepada anggota keluarga mereka yang membutuhkan dukungan (University of North Carolina, 2015).

Dukungan keluarga sangat dibutuhkan oleh pasien HIV dalam meringankan permasalahan yang mereka hadapi. Contohnya memberikan semangat untuk teratur minum obat, memberikan bantuan dana, mengantarkan berobat, memberikan kasih sayang, dan dukungan lainnya. Banyak manfaat yang didapatkan oleh anggota keluarga yang mendapat dukungan keluarga. Penelitian selama dua puluh tahun terakhir secara konsisten menunjukkan hubungan positif antara dukungan keluarga dan kemampuan keluarga untuk menumbuhkan ketahanan, menjaga kesehatan pendamping, mengurangi stres, dan mengatasi dampak stress (University of North Carolina, 2015).

**Tabel 2.** Dukungan Keluarga Responden di IPIPI RSUD Dr. Soetomo April-Mei 2018

| Dukungan Keluarga | n         | %          |
|-------------------|-----------|------------|
| Non-suportif      | 40        | 43         |
| Suportif          | 53        | 57         |
| <b>Total</b>      | <b>93</b> | <b>100</b> |

Hasil penelitian seperti pada Tabel 2 menunjukkan mayoritas

responden memiliki keluarga yang suportif (57%). Dukungan keluarga suportif menunjukkan bahwa berdasarkan persepsi pasien, dukungan keluarga sering atau selalu diberikan oleh anggota keluarga dalam satu bulan terakhir. Dukungan ini seperti selalu memberikan perhatian dan kasih sayang, menghibur saat sedih, mencarikan bantuan dana dan fasilitas, mengingatkan untuk minum obat, memberikan pujian saat pasien berobat secara teratur, dan dukungan lainnya. Dukungan keluarga pada penelitian ini berdasarkan teori House yang mencakup lima jenis dukungan sosial antara lain dukungan emosional, dukungan instrumental, dukungan informasi, dukungan penghargaan, dan dukungan jaringan sosial (Smet, 2004).

**Tabel 3.** Dukungan Keluarga berdasarkan Jenisnya pada Responden di IPIPI RSUD Dr. Soetomo April-Mei 2018

| Jenis Dukungan                  | f  | %    |
|---------------------------------|----|------|
| <b>Dukungan Emosional</b>       |    |      |
| Non-suportif                    | 48 | 51,6 |
| Suportif                        | 45 | 48,4 |
| <b>Dukungan Instrumental</b>    |    |      |
| Non-suportif                    | 39 | 41,9 |
| Suportif                        | 54 | 58,1 |
| <b>Dukungan Informasi</b>       |    |      |
| Non-suportif                    | 34 | 36,6 |
| Suportif                        | 59 | 63,4 |
| <b>Dukungan Penghargaan</b>     |    |      |
| Non-suportif                    | 35 | 37,6 |
| Suportif                        | 58 | 62,4 |
| <b>Dukungan Jaringan Sosial</b> |    |      |
| Non-suportif                    | 35 | 37,6 |
| Suportif                        | 58 | 62,4 |

Tabel 3 menunjukkan bahwa dukungan informasi merupakan jenis dukungan keluarga yang paling banyak diterima secara suportif oleh responden (63,4%). Jenis dukungan keluarga yang paling rendah diterima secara suportif adalah dukungan emosional (51,6%).

### Gambaran Kualitas Hidup

Interpretasi kualitas hidup tinggi (>14,9-20) memiliki makna bahwa responden berada pada kondisi yang optimal secara fungsional, sehingga kehidupannya dapat dinikmati dengan rasa bahagia, tercapainya kepuasan hidup, dan kesejahteraan subyektif (Atika Sari and Yulianti, 2018). Sebaliknya, kualitas hidup rendah (4-9,9) berarti

responden berada pada kondisi fungsional yang kurang optimal sehingga kurang dapat menikmati hidupnya, merasa kurang puas dengan hidupnya, dan merasa tidak sejahtera, hal ini ditandai dengan sering mengeluh, cemas, dan khawatir terhadap banyak hal sehingga seringkali mengalami stress bahkan depresi. Kualitas hidup sedang (>9,9-14,9) berarti berada pada kondisi di antara kualitas hidup tinggi dan rendah, responden cukup merasa bahagia, cukup puas dengan hidupnya namun masih sering mengeluh dan khawatir terhadap kondisi dirinya.

**Tabel 4.** Kualitas Hidup Responden di IPIPI RSUD Dr. Soetomo April-Mei 2018

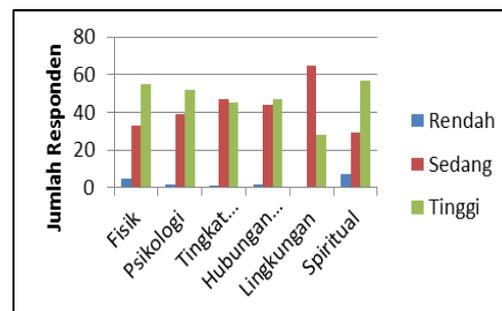
| Kualitas Hidup      | n         | %          |
|---------------------|-----------|------------|
| Rendah              | 0         | 0          |
| Sedang              | 52        | 55,9       |
| Tinggi              | 41        | 44,1       |
| <b>Total</b>        | <b>93</b> | <b>100</b> |
| Domain              | Mean      | SD         |
| Fisik               | 14,860    | 2,9803     |
| Psikologi           | 15,019    | 2,4033     |
| Tingkat Kemandirian | 14,215    | 2,1410     |
| Hubungan Sosial     | 14,247    | 2,6071     |
| Lingkungan          | 14,156    | 1,9463     |
| Spiritual           | 15,484    | 3,2956     |

Lebih dari setengah responden memiliki kualitas hidup sedang seperti yang terlihat pada Tabel 4. Kondisi ini menunjukkan bahwa responden merasa cukup bahagia dan puas dengan hidupnya. Tidak adanya responden dengan kualitas hidup rendah kemungkinan diakibatkan karena responden dalam penelitian ini telah mendapatkan pendampingan oleh LSM yang ditunjuk Dinas Kesehatan Kota Surabaya. Selain itu responden juga tergabung dalam KDS (Kelompok Dukungan Sebaya).

Tabel 4 pada penelitian ini menunjukkan rata-rata responden memiliki domain psikologi dan spiritual yang tinggi (>14,9-20). Keadaan ini menunjukkan bahwa tingginya perasaan senang dan puas responden terhadap kehidupannya serta kebebasan beragama dan beribadah sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianut. Sementara keempat domain lain rata-rata kualitas hidupnya sedang (>9,9-14,9).

Domain spiritual memiliki rata-rata kualitas hidup tertinggi diantara keenam domain lain. Sementara domain yang terendah rata-rata kualitas hidupnya adalah domain lingkungan. Hal ini

menunjukkan bahwa kualitas dan aksesibilitas pelayanan kesehatan perlu ditingkatkan lebih baik lagi.



**Gambar 1.** Domain Kualitas Hidup Pada Responden di IPIPI RSUD Dr. Soetomo April-Mei 2018

Gambar 1 menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki kualitas hidup tinggi pada domain fisik, psikologi, hubungan sosial, dan spiritual. Sedangkan pada domain tingkat kemandirian dan lingkungan lebih banyak responden dengan kualitas hidup sedang. Jumlah responden dengan kualitas hidup tinggi terbanyak ada pada domain spiritual. Jumlah responden dengan kualitas hidup tinggi yang paling sedikit terdapat pada domain lingkungan.

Rata-rata responden pada penelitian ini memiliki domain fisik yang tinggi. Kondisi ini menunjukkan bahwa rata-rata responden merasa cukup bahagia dan puas terhadap kondisi fisik yang dimilikinya.

Kualitas hidup pada domain fisik terkait dengan rasa sakit, ketidaknyamanan, energi, kelelahan, tidur, dan istirahat (World Health Organization, 2002). Individu dikatakan memiliki kondisi fisik yang sejahtera apabila organ tubuh yang dimiliki dapat berfungsi dengan optimal sehingga individu tersebut merasa nyaman, sehat, bertenaga, dan dapat melakukan aktivitas sehari-hari dengan baik.

Adanya infeksi HIV yang menyerang sel CD4 dapat menurunkan sistem kekebalan tubuh. Kekebalan tubuh yang menurun menimbulkan peningkatan kerentanan tubuh terhadap infeksi, kanker, dan penyakit lainnya yang normalnya dapat dilawan oleh orang yang sehat, yang kemudian akan memengaruhi kualitas hidup ODHA (World Health Organization, 2018).

Rata-rata responden pada penelitian ini memiliki domain psikologis

yang tinggi. Keadaan ini menunjukkan bahwa rata-rata responden merasa bahagia dan puas terhadap kondisi psikologis yang dialaminya.

Domain psikologis dalam kualitas hidup terkait dengan perasaan positif, berpikir, belajar, ingatan dan konsentrasi, harga diri, citra dan penampilan tubuh, serta perasaan negatif (World Health Organization, 2002). Individu dikatakan sejahtera secara psikologis apabila mampu membuat dirinya merasakan senang dan puas terhadap suatu peristiwa yang dialaminya. Kondisi ini akan mencegah munculnya masalah-masalah psikologis pada individu tersebut.

ODHA saat pertama kali mengetahui dirinya mengidap HIV, akan mengalami respon adaptif psikologis dan respon adaptif psikologis penerimaan diri terhadap penyakit (Safitri, 2013). Respon adaptif psikologis yang muncul berupa perasaan dan reaksi stress, frustrasi, cemas, marah, penyangkalan, malu, berduka, dan ketidakpastian dengan adaptasi suatu penyakit. Sementara respon adaptif psikologis penerimaan diri berupa reaksi marah, tertekan, depresi, dan pengingkaran terhadap penyakit yang didiagnosis terhadap dirinya (Nursalam, 2007).

Rata-rata responden pada penelitian ini memiliki domain tingkat kemandirian yang sedang. Hasil ini menunjukkan bahwa rata-rata responden cukup bahagia dan puas terhadap kemampuan yang dimilikinya untuk dapat hidup mandiri.

Domain tingkat kemandirian meliputi mobilitas, kegiatan hidup sehari-hari, ketergantungan pada pengobatan atau perawatan, dan kapasitas kerja (World Health Organization, 2002). Seseorang dikatakan sejahtera dalam tingkat kemandirian apabila mampu mandiri dalam menjalankan aktivitas sehari-hari seperti mencari nafkah, belajar, makan, memakai pakaian, merawat diri, pergi ke toilet, dan aktivitas sehari-hari lainnya (Nies and Ewen, 2007).

Rata-rata responden pada penelitian ini memiliki domain hubungan sosial yang sedang. Hasil ini menunjukkan rata-rata responden cukup bahagia dan puas terhadap hubungan sosial yang dimilikinya.

Domain hubungan sosial merupakan domain yang mengevaluasi

persepsi responden tentang hubungan pribadi, dukungan sosial, aktivitas seksual dan keterlibatan sosial (Hipolito *et al.*, 2017). Individu dikatakan sejahtera secara hubungan sosial apabila dirinya mampu membangun hubungan interpersonal yang erat dan harmonis dengan orang lain. Salah satu masalah sosial terbesar pada ODHA adalah adanya stigma.

Stigma HIV sebagai prasangka, mengabaikan, mendiskreditkan, dan diskriminasi yang diarahkan pada orang yang dianggap mengidap AIDS atau HIV dan pada individu, kelompok, dan komunitas di mana mereka berada (Bhat *et al.*, 2015). Stigma HIV termasuk persepsi tentang sikap masyarakat terhadap HIV serta pengalaman pribadi terkait stigma yang melekat, atau stigma yang dirasakan (*felt stigma*) dan stigma yang berlaku (*enacted stigma*). Stigma internal atau stigma yang dirasakan, adalah ketakutan akan penganiayaan yang secara nyata atau dibayangkan oleh individu dan rasa ketidaksetujuan masyarakat, setelah individu itu diberi label (Bhat *et al.*, 2015).

Label negatif pada ODHA membuat ODHA merasa takut akan dikucilkan masyarakat sehingga mereka kebanyakan lebih memilih untuk menyembunyikan status HIV yang dimilikinya. Tidak jarang ODHA menutup diri atau membatasi hubungan sosial yang ia bangun dengan orang lain demi menyembunyikan status HIV yang ia miliki. Situasi seperti ini tentu saja akan menurunkan kualitas hidup ODHA.

Rata-rata responden pada penelitian ini memiliki domain lingkungan yang sedang. Hasil penelitian ini membuktikan rata-rata responden merasa cukup bahagia dan puas terhadap kondisi lingkungan sekitarnya.

Domain lingkungan merupakan domain kualitas hidup yang terkait dengan persepsi keamanan fisik, perumahan, keuangan, akses ke pelayanan kesehatan yang berkualitas, akses informasi, kenyamanan, lingkungan fisik, dan transportasi (Hipolito *et al.*, 2017). Lingkungan fisik misalnya antara lain polusi, kebisingan, lalu lintas, dan iklim (World Health Organization, 2002).

ODHA dengan tingkat kualitas hidup pada domain lingkungan yang tinggi menunjukkan bahwa ODHA tersebut merasa aman, nyaman, dan puas terhadap lingkungan rumah dan lingkungan fisik,

serta akses terhadap informasi, pelayanan kesehatan, dan transportasi yang ia dapatkan.

Rata-rata responden pada penelitian ini memiliki domain spiritual yang tinggi. Hal ini menunjukkan rata-rata responden merasa bahagia dan puas terhadap kondisi spiritual yang dimilikinya.

Domain spiritual merupakan domain terkait dengan keyakinan pribadi, mengevaluasi persepsi tentang perasaan memaafkan dan menyalahkan, kekhawatiran tentang masa depan, kematian dan sekarat (Hipolito *et al.*, 2017). Keyakinan pribadi yang dimaksudkan disini adalah bagaimana individu memiliki kebebasan dalam memeluk agama atau memilih kepercayaan serta melaksanakan ibadah masing-masing sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya.

Seseorang dengan domain spiritual yang tinggi apabila menyadari dirinya terinfeksi HIV akan mempercayai bahwa hal tersebut merupakan ujian atau cobaan hidup yang diberikan oleh Tuhan untuk menguji keimanan dirinya agar dia lebih lebih mendekatkan diri pada Tuhan.

#### Analisis Status Sosioekonomi dengan Kualitas Hidup

Analisis lebih lanjut untuk mengetahui hubungan antara tingkat pendidikan dengan kualitas hidup seperti yang terdapat pada Tabel 5 menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan kualitas hidup ( $P\ value = 0,141$ ;  $\alpha = 0,05$ ). Meskipun hasil analisis menunjukkan tidak ada hubungan, namun mayoritas responden dengan tingkat pendidikan rendah memiliki kualitas hidup sedang. Sementara proporsi responden dengan tingkat pendidikan tinggi mayoritas memiliki kualitas hidup yang tinggi ataupun sedang.

Hasil analisis tersebut tidak sesuai dengan dengan penelitian sebelumnya yang menunjukkan terdapat hubungan signifikan antara tingkat pendidikan dengan kualitas hidup (da Costa *et al.*, 2014; Novianti S, Parjo and Dewi, 2015). Begitu pula dengan penelitian yang dilakukan di Jakarta yang menunjukkan bahwa responden berpendidikan rendah lebih beresiko mengalami kualitas hidup rendah dibandingkan responden berpendidikan tinggi (Kusuma, 2011).

Studi yang dilakukan di Georgia menunjukkan bahwa orang dengan tingkat pendidikan tinggi (misalnya lulusan perguruan tinggi) lebih mungkin untuk memiliki kualitas hidup yang baik dibandingkan orang dengan pendidikan rendah (Karkashadze *et al.*, 2016).

**Tabel 5.** Hubungan Status Sosioekonomi (Tingkat Pendidikan, Status Pekerjaan, dan Penghasilan) dengan Kualitas Hidup

| Variabel                  | Kualitas Hidup |            |           |            | P value |
|---------------------------|----------------|------------|-----------|------------|---------|
|                           | Sedang         |            | Tinggi    |            |         |
|                           | n              | %          | n         | %          |         |
| <b>Tingkat Pendidikan</b> |                |            |           |            |         |
| Rendah                    | 17             | 32,7       | 7         | 17,1       | 0,141   |
| Tinggi                    | 35             | 67,3       | 34        | 82,9       |         |
| <b>Status Pekerjaan</b>   |                |            |           |            |         |
| Tidak Bekerja             | 17             | 32,7       | 13        | 31,7       | 1,000   |
| Bekerja                   | 35             | 67,3       | 28        | 68,3       |         |
| <b>Penghasilan</b>        |                |            |           |            |         |
| Di bawah UMK              | 35             | 67,3       | 25        | 61,0       | 0,678   |
| Mencapai UMK              | 17             | 32,7       | 16        | 39,0       |         |
| <b>Total</b>              | <b>52</b>      | <b>100</b> | <b>41</b> | <b>100</b> |         |

Secara teori, semakin tinggi pendidikan seseorang makin tinggi pula kualitas hidupnya. Tingkat pendidikan dapat mempengaruhi kemampuan manajemen diri dalam menghadapi penyakit dan tuntutan yang beragam (da Costa *et al.*, 2014). Kemampuan kognitif yang baik pada ODHA berpendidikan tinggi akan mempermudah mereka dalam menerima dan memahami informasi mengenai perawatan penyakit HIV. Kemampuan dalam menerima dan memahami informasi tersebut akan meningkatkan kualitas hidup mereka (Kusuma, 2011). Semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin tinggi pula peluang untuk memperoleh pekerjaan (Karkashadze *et al.*, 2016).

Analisis lebih lanjut terkait hubungan status pekerjaan dengan kualitas hidup ODHA seperti pada Tabel 5 menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara status pekerjaan dengan kualitas hidup ( $P\ value = 1,000$ ,  $\alpha = 0,05$ ). Meskipun demikian, proporsi kualitas hidup tinggi pada responden yang bekerja lebih banyak daripada proporsi kualitas hidup tinggi pada responden yang tidak bekerja.

Hasil penelitian ini senada dengan penelitian yang dilakukan di area perkotaan pada 2017 menunjukkan tidak ada hubungan antara status pekerjaan dengan kualitas hidup ( $P\ value 0,47$ ,  $\alpha =$

0,05) (Jadhav, Laad and Chaturvedi, 2017). Namun, hasil ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan di Jakarta dan Brazil yang menunjukkan adanya hubungan signifikan antara status pekerjaan dan kualitas hidup responden (Kusuma, 2011; da Costa *et al.*, 2014).

Secara umum, orang yang memiliki pekerjaan akan memperoleh penghasilan yang dapat digunakan dalam memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari. Kesehatan fisik dan mental dapat diperoleh dari aktivitas kerja yang dilakukan secara interaktif dan saling mendukung. Keadaan ini terjadi karena pekerjaan bisa menjadi sumber penderitaan dan stres, namun dapat pula menjadi sumber kesenangan, realisasi diri, dan pembentukan identitas. Pada pasien HIV, selain menambah pendapatan, dengan bekerja memungkinkan pasien HIV untuk mengalihkan perhatiannya dari memikirkan masalah-masalah negatif terkait penyakit serta menciptakan perasaan bahwa dia berguna dan produktif. Selain itu, pasien HIV yang bekerja akan lebih banyak berinteraksi atau berhubungan sosial dengan orang lain selain yang ada di lingkungan rumahnya (da Costa *et al.*, 2014). Dengan demikian kualitas hidup orang yang bekerja lebih baik dibandingkan orang yang tidak bekerja.

Analisis hubungan status sosioekonomi yang dilihat dari penghasilan dengan kualitas hidup ODHA seperti yang dapat dilihat pada Tabel 5 menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara penghasilan dengan kualitas hidup ( $P$  value = 0,678;  $\alpha$  = 0,05). Meski demikian, proporsi responden dengan kualitas hidup tinggi yang berpenghasilan mencapai UMK lebih besar dibandingkan proporsi responden dengan kualitas hidup tinggi yang berpenghasilan di bawah UMK.

Hasil penelitian ini senada dengan penelitian yang dilakukan di suatu area perkotaan pada tahun 2017 yang menunjukkan tidak ada hubungan antara penghasilan (kelas sosial) dengan kualitas hidup ( $P$  value = 0,110,  $\alpha$  = 0,05) (Jadhav, Laad and Chaturvedi, 2017). Namun hasil ini tidak sesuai dengan penelitian Jakarta dan Brazil yang menunjukkan adanya hubungan signifikan antara penghasilan dan kualitas hidup responden (Kusuma, 2011; da Costa *et al.*, 2014).

Secara umum, orang yang memiliki penghasilan keluarga tinggi dapat mencukupi kebutuhan hidup keluarganya sehari-hari. Beban ekonomi keluarga akan bertambah dengan adanya anggota keluarga yang menderita HIV. Meskipun terdapat program pengobatan dan perawatan gratis, namun keluarga masih terbebani dengan biaya tak langsung misal biaya transportasi, biaya pengantar, biaya alat bantu, dan terdapat *productivity loss* (hilangnya produktivitas pasien karena sakit). Dengan demikian kualitas hidup orang yang penghasilan keluarganya tinggi lebih baik dibandingkan orang yang penghasilannya rendah.

### Analisis Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup

Hasil penelitian pada Tabel 6 menunjukkan proporsi responden dengan kualitas hidup tinggi yang dukungan keluarganya suportif lebih besar dibandingkan proporsi responden dengan kualitas hidup tinggi yang dukungan keluarganya non-suportif.

**Tabel 6.** Hubungan Dukungan Keluarga dan Tiap Jenis Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup

| Variabel                        | Kualitas Hidup |      |        |      | P-value |
|---------------------------------|----------------|------|--------|------|---------|
|                                 | Sedang         |      | Tinggi |      |         |
|                                 | n              | %    | n      | %    |         |
| <b>Dukungan Keluarga</b>        |                |      |        |      |         |
| Non-suportif                    | 28             | 53,8 | 12     | 29,3 | 0,03    |
| Suportif                        | 24             | 46,2 | 29     | 70,7 |         |
| <b>Dukungan Emosional</b>       |                |      |        |      |         |
| Non-suportif                    | 31             | 59,6 | 17     | 41,5 | 0,126   |
| Suportif                        | 21             | 40,4 | 24     | 58,5 |         |
| <b>Dukungan Instrumental</b>    |                |      |        |      |         |
| Non-suportif                    | 26             | 50,0 | 13     | 31,7 | 0,118   |
| Suportif                        | 26             | 50,0 | 28     | 68,3 |         |
| <b>Dukungan Informasi</b>       |                |      |        |      |         |
| Non-suportif                    | 22             | 42,3 | 12     | 29,3 | 0,280   |
| Suportif                        | 30             | 57,7 | 29     | 70,7 |         |
| <b>Dukungan Penghargaan</b>     |                |      |        |      |         |
| Non-suportif                    | 23             | 44,2 | 12     | 29,3 | 0,207   |
| Suportif                        | 29             | 55,8 | 29     | 70,7 |         |
| <b>Dukungan Jaringan Sosial</b> |                |      |        |      |         |
| Non-suportif                    | 25             | 48,1 | 10     | 24,4 | 0,034   |
| Suportif                        | 27             | 51,9 | 31     | 75,6 |         |

Analisis lebih lanjut terkait hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup menunjukkan adanya hubungan signifikan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup ( $P$  value = 0,030;  $\alpha$  = 0,05). Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di

Jakarta dan India bagain Selatan yang juga membuktikan terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup ODHA (Nirmal *et al.*, 2008; Kusuma, 2011).

Berbagai studi menunjukkan pasien yang mendapat dukungan keluarga memperoleh berbagai dampak positif. Penelitian selama dua puluh tahun terakhir secara konsisten menunjukkan hubungan positif antara dukungan keluarga dan kemampuan keluarga untuk menumbuhkan ketahanan, menjaga kesehatan pendamping, mengurangi stres, dan mengatasi dampak stress (University of North Carolina, 2015). Wanita dengan dukungan sosial dari anggota keluarga menunjukkan tingkat ketahanan terhadap penyakit yang lebih tinggi serta berkorelasi dengan peningkatan kesehatan mental dan kepatuhan pengobatan (Bhat *et al.*, 2015). Anggota keluarga, terutama pasien HIV tentunya membutuhkan dukungan keluarga dalam menghadapi masalah yang dihadapinya mulai dari masalah fisik, mental, sosial, maupun spiritual.

Apabila dilihat dari lima jenis dukungan keluarga seperti yang dapat dilihat pada Tabel 6, jenis dukungan non-suportif pada responden dengan kualitas hidup sedang terbanyak ada pada dukungan emosional. Sedangkan jenis dukungan non-suportif pada responden dengan kualitas hidup sedang paling sedikit terdapat pada dukungan informasi. Dengan kata lain, dukungan emosional yang diberikan secara suportif oleh keluarga masih kurang.

Dukungan emosional (*emotional support*) adalah dukungan yang terkait dengan peningkatan fungsi psikososial dalam hal mengurangi stres dan meningkatkan perasaan dengan orientasi positif (Kyzar *et al.*, 2012). Dukungan ini berupa sikap dan perilaku empatik dari anggota keluarga yang memunculkan rasa senang, bahagia, nyaman, tenang, dan saling menyayangi. Dukungan emosional memberikan manfaat antara lain mengurangi dampak negatif dan meningkatkan dampak positif, mengurangi tekanan psikologis, dan kualitas hidup yang lebih tinggi (Bhat *et al.*, 2015).

Pada penelitian ini proporsi dukungan emosional secara non-suportif lebih besar pada responden dengan kualitas hidup sedang dibandingkan responden dengan kualitas hidup tinggi. Analisis lebih lanjut terkait hubungan tiap

jenis dukungan keluarga dengan kualitas hidup menunjukkan dukungan emosional tidak berhubungan signifikan dengan kualitas hidup ( $P\ value = 0,126; \alpha=0,05$ ).

Dukungan instrumental (*Instrumental support* atau *tangible support*) adalah dukungan yang diberikan lingkungan sekitar dalam bentuk pemberian barang yang berwujud (Ayu and Nurmala, 2016). Dukungan ini terkait dengan peningkatan dukungan akses ke sumber keuangan yang memadai dan penyelesaian tugas yang diperlukan (misalnya, transportasi untuk bertemu dokter, pengasuhan anak yang memungkinkan orang tua untuk bekerja, bantuan dengan pekerjaan rumah tangga sehingga keluarga dapat menghabiskan waktu bersama, dan sebagainya) (Kyzar *et al.*, 2012).

Pada penelitian ini proporsi dukungan instrumental secara non-suportif lebih besar pada responden dengan kualitas hidup sedang dibandingkan responden dengan kualitas hidup tinggi. Analisis lebih lanjut terkait hubungan tiap jenis dukungan keluarga dengan kualitas hidup menunjukkan dukungan instrumental tidak berhubungan signifikan dengan kualitas hidup ( $P\ value = 0,118; \alpha=0,05$ ).

Dukungan informasi (*informational support*) adalah bantuan yang terkait dengan peningkatan pengetahuan dari materi verbal atau tertulis yang disajikan baik secara *online*, cetak, maupun video yang mengarah pada peningkatan pengambilan keputusan (Kyzar *et al.*, 2012). Dukungan ini dapat berupa pesan yang mengandung pengetahuan atau fakta juga nasehat atau umpan balik dari suatu tindakan (Cutrona and Suhr, 1992). Adanya dukungan informasi ini dapat digunakan sebagai tambahan informasi bagi keluarga dan masyarakat di lingkungan ODHA sehingga meningkatkan pengetahuan mereka terkait penyakit HIV-AIDS dan mengurangi stigma pada ODHA (Ayu and Nurmala, 2016).

Pada penelitian ini, proporsi dukungan informasi secara non-suportif lebih besar pada responden dengan kualitas hidup sedang dibandingkan responden dengan kualitas hidup tinggi. Analisis lebih lanjut terkait hubungan tiap jenis dukungan keluarga dengan kualitas hidup menunjukkan dukungan informasi tidak berhubungan signifikan dengan kualitas hidup ( $P\ value = 0,280; \alpha=0,05$ ).

Dukungan penghargaan (*support appraisal* atau *esteem support*) adalah dukungan berupa pemberian pesan atau respon positif untuk membantu meningkatkan keterampilan, kemampuan, dan nilai intrinsik seseorang (Cutrona and Suhr, 1992). Dukungan penghargaan oleh keluarga kepada pasien contohnya anggota keluarga memberikan respon positif seperti memberikan pujian saat pasien meminum obat dengan teratur.

Pada penelitian ini, proporsi dukungan penghargaan secara non-supertif lebih besar pada responden dengan kualitas hidup sedang dibandingkan responden dengan kualitas hidup tinggi. Analisis lebih lanjut terkait hubungan tiap jenis dukungan keluarga dengan kualitas hidup menunjukkan dukungan penghargaan tidak berhubungan signifikan dengan kualitas hidup ( $P$  value = 0,207;  $\alpha=0,05$ ).

Dukungan jaringan sosial (*networks support*) adalah dukungan berupa rasa keanggotaan yang didapatkan seseorang dari komunitasnya (Ayu and Nurmala, 2016). Dukungan jaringan sosial sebagai pesan yang membantu meningkatkan rasa memiliki kelompok tertentu dengan minat atau situasi yang sama. Dukungan jaringan sosial pada keluarga berarti adanya rasa memiliki keluarga. Pasien merasa bahwa dirinya adalah bagian dari keluarganya karena mendapatkan perhatian dan dukungan dari keluarga. Pasien merasa nyaman bersama anggota keluarganya (Cutrona and Suhr, 1992).

Pada penelitian ini, proporsi dukungan jaringan sosial secara non-supertif lebih besar pada responden dengan kualitas hidup sedang dibandingkan responden dengan kualitas hidup tinggi. Analisis lebih lanjut terkait hubungan tiap jenis dukungan keluarga dengan kualitas hidup menunjukkan dukungan jaringan sosial berhubungan signifikan dengan kualitas hidup ( $P$  value = 0,034;  $\alpha=0,05$ ).

## SIMPULAN

Kesimpulan dari penelitian ini antara lain tidak ada hubungan yang signifikan antara status sosioekonomi (tingkat pendidikan, status pekerjaan, dan penghasilan) terhadap kualitas hidup ODHA. Terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup ODHA. Jenis dukungan yang

berhubungan signifikan dengan kualitas hidup adalah dukungan jaringan sosial, sementara pada jenis dukungan yang lain tidak berhubungan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Atika Sari, R. and Yulianti, A. (2018) 'Hubungan Mindfulness Dengan Kualitas Hidup Pada Lanjut Usia', *Jurnal Psikologi*, 13(1), p. 48. doi: 10.24014/jp.v13i1.2771.
- Ayu, N. D. P. S. and Nurmala, I. (2016) 'Penderita Hiv Di Surabaya Social Support for Arv Consumption of Housewife With Hiv in Surabaya', *JURNAL PROMKES (Jurnal Promosi dan Pendidikan Kesehatan Indonesia)*, 4(2), pp. 165-176. doi: 10.20473/jpk.4.2.%25y.165%20-%20176.
- Badan Pusat Statistik Indonesia (2018) *Tenaga Kerja*. Available at: <https://www.bps.go.id/subject/6/tenaga-kerja.html> (Accessed: 24 October 2018).
- Bare, B. G. and Smeltzer, S. C. (2005) *Brunner & Suddarth's: Textbook of Medical Surgical Nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Baswori and Juariyah, S. (2010) 'Analisis Kondisi Sosial Ekonomi dan Tingkat Pendidikan Masyarakat Desa Srigading, Kecamatan Labuhan Maringgai, Kabupaten Lampung Timur', *Jurnal Ekonomi Dan Pendidikan*, 7(1), pp. 58-81.
- Bhat, S. *et al.* (2015) 'Factors affecting psychosocial well-being and quality of life among women living with HIV/AIDS', *Nitte University Journal of Health Science*, 5(4), pp. 66-76. Available at: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L621207596>.
- da Costa, T. L. *et al.* (2014) 'Quality of life and people living with AIDS: relationship with sociodemographic and health aspects', *Revista latino-americana de enfermagem*. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo, 22(4), pp. 582-590. doi: 10.1590/0104-1169.3350.2455.
- Cunha, N., Campos, S. and Cabete, J. (2017) 'Chronic leg ulcers disrupt patients' lives: A study of leg ulcer-related life changes and quality of

- life', *British Journal of Community Nursing*, 22, pp. S30-S37. doi: 10.12968/bjcn.2017.22.Sup9.S30.
- Cutrona, C. E. and Suhr, J. A. (1992) 'Controllability of Stressful Events and Satisfaction With Spouse Support Behaviors', *Communication Research*. SAGE Publications Inc, 19(2), pp. 154-174. doi: 10.1177/009365092019002002.
- Hipolito, R. L. *et al.* (2017) 'Quality of life of people living with HIV/AIDS: temporal, socio-demographic and perceived health relationship', *Revista latino-americana de enfermagem*. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo, 25, pp. e2874-e2874. doi: 10.1590/1518-8345.1258.2874.
- Hoffmann, C. and Rockstroh, J. K. (2015) *HIV 2015/16*. Hamburg. Medizin Fokus Verlag.
- IPIPI RSUD Dr. Soetomo (2018) *Laporan Bulanan Perawatan HIV dan ART RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode Mei 2018*. Surabaya.
- Jadhav, P., Laad, P. and Chaturvedi, R. (2017) 'Quality of life factors affecting quality of life in people living with HIV/AIDS in an urban area', *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 4, p. 3031. doi: 10.18203/2394-6040.ijcmph20173367.
- Karkashadze, E. *et al.* (2016) 'Assessment of quality of life in people living with HIV in Georgia', *International Journal of STD & AIDS*. SAGE Publications, 28(7), pp. 672-678. doi: 10.1177/0956462416662379.
- Kasjono, H. S. and Yasril (2009) *Teknik Sampling untuk Penelitian Kesehatan (Pertama)*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Kemendes RI (2016a) *Data Statistik HIV di Indonesia 2014*. Jakarta.
- Kemendes RI (2016b) 'Final Laporan HIV AIDS TW 1 2016.pdf'.
- Kemendes RI (2017) *Laporan Perkembangan Situasi HIV-AIDS & PIMS di Indonesia Januari-Maret 2017*. Jakarta.
- Kusuma, H. (2011) *Hubungan antara Depresi dan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS yang Menjalani Perawatan di RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta*. Universitas Indonesia.
- Kyzar, K. B. *et al.* (2012) 'The Relationship of Family Support to Family Outcomes: A Synthesis of Key Findings from Research on Severe Disability', *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*. SAGE Publications Inc, 37(1), pp. 31-44. doi: 10.2511/027494812800903247.
- Nies and Ewen, M. (2007) *Community or Public Health Nursing*. 4th edn. Missouri: Saunders.
- Nirmal, B. *et al.* (2008) 'Quality of life in HIV/AIDS patients: A cross-sectional study in south India', *Indian Journal of Sexually Transmitted Diseases*, 29. doi: 10.4103/0253-7184.42708.
- Nojomi, M., Anbary, K. and Ranjbar, M. (2008) 'Health-Related Quality of Life in Patients with HIV/AIDS', *Iranian Medicine*, 11(6).
- Nojomi, Marzieh, Anbary, K. and Ranjbar, M. (2008) 'Health-related quality of life in patients with uveitis', *Archives of Iranian Medicine*, 11(6), pp. 608-612. doi: 10.1136/bjophthalmol-2018-312882.
- Notoatmojo, S. (2003) *Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Novianti, D., Parjo and Dewi, A. P. (2015) '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', *Jurnal Proners*, 3(1), pp. 1-14.
- Novianti S, D., Parjo and Dewi, A. P. (2015) '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', *ProNers*, 3(1), pp. 81-87.
- Nugraha, A. P. *et al.* (2015) 'Profil Angular Cheilitis pada penderita HIV / AIDS di UPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya 2014 oleh Komite Etik Penelitian Kesehatan RSUD Dr', *Maj Ked Gi Ind.*, 1(1), pp. 12-20.
- Nursalam, K. (2007) *Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta: Salemba Medika.
- Oakes, J. and Rossi, P. (2003) 'The Measurement of SES in Health Research: Current Practice and Steps toward a New Approach', *Social science & medicine (1982)*, 56, pp. 769-784. doi: 10.1016/S0277-9536(02)00073-4.

- Pemerintah Provinsi Jawa Timur (2017) 'Peraturan Gubernur Jawa Timur No. 121 Tahun 2016 tentang Upah Minimum Kabupaten/Kota di Jawa Timur Tahun 2017'. Surabaya.
- Pemerintah Republik Indonesia (2003) 'Undang-Undang No. 23 tahun 2003 Tentang Sistem Pendidikan Nasional'. Jakarta.
- Purdue University (2019) 'What is Family', in *Wisconsin Family Impact Seminars*. Indiana. Available at: [https://www.purdue.edu/hhs/hdfs/fi/wi/wp-content/uploads/2015/07/s\\_wifis01c02.pdf](https://www.purdue.edu/hhs/hdfs/fi/wi/wp-content/uploads/2015/07/s_wifis01c02.pdf).
- Safitri, E. A. (2013) 'Stres Dan Koping Penderita Hiv/Aids Pada Perempuan Di Kota Yogyakarta Tahun 2013', pp. 1-10.
- Smet, K. G. (2004) 'Social Support Survey', *Journal of Social Science and Medicine*, 32(6), pp. 705-706.
- Soekanto, S. (2012) *Sosiologi Suatu Pengantar*. Jaka: PT. RajaGrafindo Persada.
- University of North Carolina (2015) *Types of Family Support*. North Carolina.
- Unzila, S. R., Nadhiroh, S. R. and Triyono, E. A. (2016) 'Hubungan Kepatuhan Anti Retroviral Therapy (ART) Satu Bulan Terakhir dengan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS di RSUD Dr . Soetomo Surabaya', *Media Gizi Indonesia*, 11(1), pp. 24-31.
- WHO (2002) 'WHOQOL-HIV Instrument Users Manual', *WHOres around the world. These questions represent*. Geneva: WHO, pp. 1-13.
- WHO (2017a) *HIV / AIDS Fact sheet*.
- WHO (2017b) *HIV Global Slides July 2017*.
- World Health Organization (2002) 'WHOQOL-HIV Instrument Users Manual'. Geneva: World Health Organization, pp. 1-13.
- World Health Organization (2018) *HIV/AIDS*. Available at: [www.who.int/news-room/fact-sheet/detail/hiv-aids](http://www.who.int/news-room/fact-sheet/detail/hiv-aids).