The Effect of Depression, Stigma, and Peer Support Group, on the Quality of Life of People Living with HIV/AIDS in Solo Plus Peer Support Group, Surakarta, Central Java

Yuli Lutfatul Fajriyah[1], Argyo Demartoto[2], Bhisma Murti[1]

[1] Masters Program in Public Heath, Universitas Sebelas Maret
[2] Faculty of Social and Political Sciences, Universitas Sebelas Maret

ABSTRACT

Background: People Living with HIV/AIDS (PLWH) often face rough social problems, such as social rejection, stigma, and discrimination. Factors that affect PLWH's quality of life may include psychosocial factors, economic status, immunological status, social support, and co-morbidity. This study aimed to determine the effect of depression, stigma, and peer support group on the quality of life of people living with HIV/AIDS in Solo Plus peer support group, Surakarta, Central Java.
Subjects and Method: This was an analytic observational study with a cross-sectional design. The study was conducted at Solo plus peer support group, Surakarta, Central Java, from January to February 2018. A sample of 100 PLWH was selected for this study by simple random sampling. The dependent variable was quality life of PLWH. The independent variables were healthy behavior, depression, family income, stigma, peer support, and social support. The data were collected by questionnaire and analyzed by path analysis.
Results: Quality of life of PLWH increased with involvement in peer support group (b= 3.40; 95% CI= 0.71 to 6.10; p=0.001), social support (b= 0.70; 95% CI= 0.01 to 1.40; p=0.046), and healthy behavior (b=9.33; 95% CI= 5.30 to 13.36; p<0.001). Quality of life of PLWH decreased with stigma (b= -1.10; 95% CI=-1.84 to -0.36; p=0.003), and depression (b=-4.23; 95% CI=-6.62 to -1.83; p=0.001). Quality of life of PLWH was indirectly affected by income (b=0.06; 95% CI=10.14 to 18.61; p<0.001).
Conclusion: Quality of life of PLWH is affected by healthy behavior, depression, stigma, peer support group, social support, and income.

Keywords: Quality of life, PLWH, stigma, peer support group, social support

Correspondence:
Yuli Lutfatul Fajriyah. Masters Program in Public Heath, Sebelas Maret University, Surakarta, Jl. Ir. Sutami No. 36 A, 57126, Surakarta, Central Java. Email: yuli.luth.15@gmail.com.
Mobile: +6285712200298.

LATAR BELAKANG

Peningkatan kasus HIV/AIDS masih menjadi masalah global hingga saat ini. Hal ini berarti pencapaian MDGs (*Millenium Development Goals)* yang keenam yaitu menurunkan jumlah kasus baru HIV/AIDS serta mewujudkan akses terhadap pengobatan AIDS belum optimal sehingga dilanjutkan dengan tujuan ketiga SDG's (*Sustainable Development Goals)* tahun 2030 adalah menjamin kehidupan yang sehat serta mendorong kesejahteraan hidup untuk seluruh masyarakat di segala umur (*ensure healthy lives and promote well – being for all at all ages)* (Demartoto *et al.,* 2017).

AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome)* adalah sekumpulan gejala dan infeksi yang timbul karena rusaknya sistem kekebalan tubuh akibat infeksi virus HIV *(Human Immunodeficiency Virus)*. Virus tersebut mengakibatkan penurunan dan kerusakan sistem kekebalan tubuh, sehingga orang yang terinfeksi akan menjadi

rentan terhadap berbagai penyakit. HIV/ AIDS menjadi pandemik di seluruh dunia, hampir semua negara menyumbangkan angka kejadian HIV/AIDS. ODHA adalah penderita yang mengarah pada pengertian bahwa orang tersebut sudah secara positif didiagnosa terinfeksi HIV (Kemenkes, 2013; Spiritia, 2011).

Terdapat 36,7 juta orang yang hidup dengan HIV dan terdapat 2,1 juta orang baru yang terinfeksi HIV pada tahun 2015 di dunia. Di Indonesia jumlah kasus baru penderita HIV tahun 2016 sebanyak 41.250 kasus, dan kasus baru AIDS sebanyak 7491 kasus. Provinsi Jawa Tengah, jumlah kasus baru HIV pada tahun 2016 sebanyak 4032 kasus, sedangkan jumlah kasus baru AIDS sebanyak 1402 kasus (Kemenkes, 2016). Jawa Tengah menduduki peringkat ke 5 di Indonesia, sedangkan Kota Surakarta menduduki peringkat ke 2 se-Jawa Tengah setelah Kabupaten Semarang sebesar 28 kasus HIV dan 48 kasus AIDS pada tahun 2015 (Setyani, 2016).

ODHA sering menghadapi banyak masalah sosial, seperti diperlakukan berbeda oleh orang lain dan penolakan sosial (keluarga, teman dan masyarakat), dan kekerasan dalam keluarga dan masyarakat. ODHA juga seringkali menutupi status HIV dikarenakan ada risiko stigma, diskriminasi dilingkungan tempat kerja, dalam mendapatkan pelayanan, bahkan di rumah dan sarana serta pelayanan kesehatan. Masalah ODHA tidak hanya permasalahan medis, tetapi juga kultur sosial bagaimana masyarakat menempatkan ODHA, termasuk stigmatisasi yang terjadi di masyarakat. Stigma pada ODHA dapat berpengaruh pada tingkat depresi pada ODHA yang akan mempengaruhi kualitas hidup pada ODHA. Di Indonesia 60% ODHA ditemukan mengalami depresi, di Canada sebanyak 50% ODHA mengalami masalah neuropsikologi. (Demartoto, 2006; Charles *et al.,* 2012; Yudav, 2012; Paudel, 2015; Atkins *et al.,* 2010).

Faktor yang mempengaruhi kualitas kualitas hidup seorang ODHA adalah faktor psikososial, status ekonomi, status imunologi, dukungan sosial, kepatuhan dalam minum ARV, dan penyakit yang menyertai. Salah satu upaya untuk menaikkan kualitas hidup ODHA dengan melakukan pendampingan pada ODHA. Dukungan sebaya dilakukan oleh ODHA dengan ODHA lainnya, terutama pada ODHA yang baru mengetahui statusnya. Dukungan sebaya ini berfokus pada peningkatan mutu dan kualitas hidup pada ODHA dalam meningkatan kepercayaan dirinya, meningkatan pengetahuan HIV/ AIDS, akses dukungan, pengobatan dan perawatan, pencegahan positif dengan melakukan perubahan perilaku yang produktif. Keterlibatan ODHA pada kelompok dukungan sebaya dapat mengurangi ketakutan, depresi dan isolasi. Kelompok dukungan sebaya mendukung untuk bersosialisasi dan adanya dukungan sosial (Spirita, 2011; Degroote *et al.,* 2014; Paudel, 2015).

Dukungan sosial sangat diperlukan pada ODHA, agar ODHA lebih terbuka dan membuka statusnya, sehingga orang lain dapat membantu masalah yang dihadapi. Dukungan sosial menjadi penawar stress dari aspek psikologis karena diskriminasi lingkungan. Tingkat dukungan sosial untuk ODHA sangat penting karena dapat menurunkan stigma dan depresi yang mempengaruhi peningkatan kualitas hidup ODHA (Robert *et al.,* 2004; Charles *et al.,* 2012; Demartoto *et al.,* 2015).

Adanya status sebagai penderita HIV positif mengharuskan ODHA untuk menghindari perilaku beresiko yang memungkinkan terjadinya penularan HIV/AIDS ke orang lain dan dapat menurunkan kualitas hidup ODHA itu sendiri. Perilaku beresiko yang dilakukan seperti melakukan hubung-

an seksual dengan berganti – ganti pasangan, melakukan transfusi darah yang terinfeksi HIV, bertukar jarum suntik dan menyusui bayi oleh ibu yang terinfeksi HIV/AIDS (Kemenkes, 2013).

Berdasarkan studi pendahuluan pada tanggal 10 Juni 2017 didapatkan data dari Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Surakarta dan KDS Solo Plus Surakarta, bahwa jumlah kumulatif angka kejadian HIV/AIDS tahun 2016 yaitu 2.135 orang. Angka kejadian kasus HIV baru sejumlah 109 orang dan kasus AIDS baru sejumlah 205 orang. ODHA yang mengikuti KDS Solo Plus Surakarta sebanyak 80 – 100 orang. Ada beberapa kegiatan yang dilakukan oleh KDS Solo Plus Kota Surakarta antara lain: pertemuan rutin setiap bulan yang dilakukan di Puskemas Manahan untuk pengambilan ARV, pemberian makanan tambahan (sembako, susu, vitamin), informasi dan edukasi, pendampingan minum obat, menjembatani ODHA untuk terbuka dengan status HIV/AIDS di Keluarga dan masyarakat, hal ini merupakan beberapa cara untuk meningkatkan kualitas hidup ODHA.

Tujuan penelitian ini adalah menganalisis pengaruh stigma, depresi, dan kelompok dukungan sebaya terhadap kualitas hidup pada ODHA di kelompok dukungan Sebaya Solo Plus Kota Surakarta.

SUBJEK DAN METODE

1. Desain Penelitian

Desain penelitian menggunakan analitik observasional dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian dilakukan di KDS Solo Plus Surakarta pada bulan Januari sampai Februari 2018.

2. Populasi dan Sampel

Populasi sasaran pada penelitian ini adalah seluruh ODHA di Kota Surakarta, sedangkan populasi sumber adalah ODHA yang mengikuti Kelompok Dukungan Sebaya Solo Plus Kota Surakarta. Besar sampel penelitian ini sebanyak 100 subjek yang dipilih melalui *simple random sampling*.

3. Variabel Penelitian

Terdapat 6 variabel dalam penelitian ini yang terdiri dari variabel dependen dan independen. Variabel dependen yaitu kualitas hidup ODHA. Variabel independen yaitu stigma, depresi, kelompok dukungan sebaya, dukungan sosial, perilaku sehat.

Kriteria inklusi terdiri dari ODHA yang menjadi anggota kelompok dukungan sebaya Solo Plus Kota Surakarta dan ODHA yang tidak buta huruf.

4. Definisi Operasional Variabel

Stigma adalah suatu tindakan yang merujuk pada keyakinan, perasaan dan sikap negatif serta proses devaluasi padaODHA dan atau orang yang berhubungan dengan HIV/AIDS dengan memberikan cap atau label. Tindakan ini bertujuan untuk menghindari, mengucilkan, memisahkan orang tersebut dari orang lain.

Depresi adalah gangguang emosi atau perasaan yang ditandai dengan kesedihan yang amat sangat, perasaan tidak berarti dan bersalah, menarik diri dari orang lain, tidak dapat tidur, kehilangan selera makan, hasrat seksual dan minat serta kesenangan dalam melakukan aktivitas. Hal merupakan respon seseorang terhadap segala sesuatu yang terjadi di lingkungan dan orang tersebut tidak mampu mengatasinya.

Kelompok dukungan sebaya adalah kelompok dukungan sebaya yang berpartisipasi dalam memotivasi mendukung ODHA dalam menghadapi masalah, berteman atau bertemu oranglain, membantu supaya percaya diri, menyediakan tempat melakukan kegiatan untuk mendukung lebih produktif.

Dukungan sosial adalah pernyataan dari subjek penelitian terhadap dukungan,

bentuk perhatian, kenyamanan atau bantuan yang diterima individu dari orang lain dan meningkatkan kepercayaan diri seseorang. Dukungan sosial diperoleh dari orangtua, pasangan hidup, teman, komunitas sosial.

Perilaku sehat adalah suatu respon individu terhadap stimulus yang berkaitan dengan keadaan sehat dan sakit, penyakit serta faktor – faktor yang mempengaruhi kesehatan lainnya. Perilaku sehat ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, ketersediaan fasilitas, sikap dan perilaku petugas terhadap kesehatan.

Kualitas hidup adalah persepsi individu terhadap kehidupannya di masyarakat dalam konteks budaya dan norma yang berkaitan dengan tujuan, harapan, dan tingkat kepuasan dalam menjalani kehidupannya saat ini yang mencakup kualitas hidup secara umum, kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan. Kualitas hidup menggambarkan keunggulan individu yang dapat dinilai dari kehidupan mereka.

5. Analisis Data

Analisis data hasil penelitian menggunakan analisis jalur dengan program Stata 13 untuk mengetahui pengaruh variabel independen terhadap dependen dan mengetahui besarnya pengaruh tersebut.

6. Etika Penelitian

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan etik (*ethical clearance)* dari komisi etik penelitian kesehatan RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

HASIL

1. Analisis Univariat

Tabel 1 menunjukkan bahwa dari 100 subjek penelitian didapatkan 52% jenis kelamin laki – laki, 56% berusia ≥35 tahun, 73% berpendidikan tinggi (≥SMA), 61% bekerja di luar rumah, 72% memiliki penghasilan ≥Rp 1,000,000, 72% berstatus menikah, 86% berstatus HIV positif selama ≥2 tahun, 99% melakukan pengobatan lini 1 (ARV), dan 82% tidak ada penyakit yang menyertai.

Tabel 1. Analisis univariat variabel

Karakteristik		N	%
Jenis Kelamin	Laki – laki	52	52
	Perempuan	48	48
Usia	< 35 tahun	44	44
	≥ 35 tahun	56	56
Pendidikan	< SMA	27	27
	≥ SMA	73	73
Pekerjaan	Tidak Bekerja	39	39
	Bekerja	61	61
Pendapatan	< Rp 1,000,000	28	28
	≥ Rp 1,000,000	72	72
Status Pernikahan	Belum Menikah	28	28
	Menikah / Janda/ Duda	72	72
Lama Penyakit	< 2 tahun	14	14
	≥ 2 tahun	86	86
Jenis Pengobatan	Lini 1	99	99
	Lini 2	1	1
Penyakit yang Menyertai	Tidak Ada Penyakit	82	82
	Ada Penyakit	18	18

Tabel 2. Deskripsi Variabel Penelitian

Variabel	N	Min.	Maks.	Mean	SD
Stigma	100	65	138	90.84	20.66
Depresi	100	9	36	18.48	8.28
Kelompok Dukungan Sebaya	100	6	26	19.85	5.63
Dukungan Sosial	100	30	82	60.64	16.29
Perilaku Sehat pada ODHA	100	4	16	11.44	3.34
Penghasilan (Rupiah)	100	0	60	21.74	10.25
Kualitas Hidup ODHA	100	173	546	378.21	116.82

Tabel 2 menunjukkan statistik deskriptif masing – masing variabel antara lain nilai minimum, nilai maksimum, nilai *mean* dan standar deviasi. *Mean* menggambarkan nilai rata – rata, sedangkan standart deviasi (SD) menggambarkan seberapa jauh bervariasinya data. Jika nilai SD yang kecil merupakan indikasi bahwa data representatif.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat melihat pengaruh variabel independen (stigma, depresi, kelompok dukungan sebaya, dukungan sosial, perilaku sehat) dengan variabel dependen (kualitas hidup ODHA).

Tabel 3. Analisis bivariat pengaruh stigma, depresi, kelompok dukungan sebaya, dukungan sosial dan perilaku sehat terhadap kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS

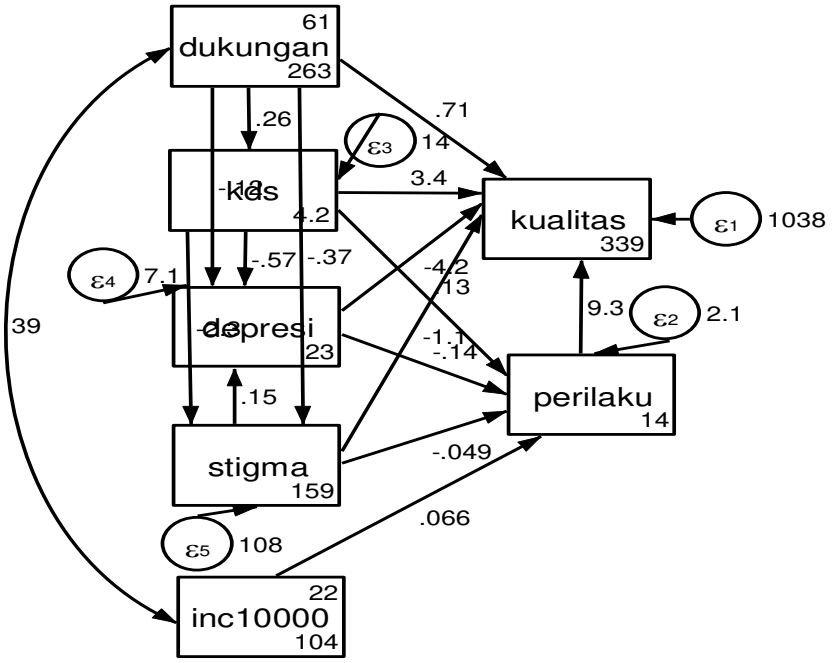
Variabel Independen	r	p
Stigma	-0.90	<0.001
Depresi	-0.93	<0.001
Kelompok dukungan sebaya	0.89	<0.001
Dukungan sosial	0.81	<0.001
Perilaku sehat ODHA	0.89	<0.001
Penghasilan	0.23	0.020

3. Hasil Analisis Jalur

Tabel 3 menunjukkan terdapat pengaruh stigma, depresi, kelompok dukungan sebaya, dukungan sosial dan perilaku sehat terhadap kualitas hidup ODHA.

Kualitas hidup ODHA dipengaruhi oleh stigma (b=-1.10; CI 95%=-1.84 hingga -0.36; p=0.003), depresi (b=-4.23; CI 95%= -6.62 hingga -1.83; p=0.001), kelompok dukungan sebaya (b=3.40; CI 95%= 0.71 hingga 6.10; p=0.013), dukungan sosial (b=0.70; CI 95%=0.01 hingga 1.40; p= 0.046), perilaku sehat (b =9.33; CI 95%= 5.30 hingga 13.36; p<0.001).

Kelompok dukungan sebaya melalui stigma (b=-2.28; CI 95%= -2.82 hingga -1.73; p<0.001), dukungan sosial melalui stigma (b=-0.37; CI 95%= -0.55 hingga -0.18, p<0.001), kelompok dukungan sebaya melalui depresi (b=-0.57; CI 95%=-0.75 hingga -0.39; p<0.001), stigma melalui depresi (b=0.15; CI 95%=0.10 hingga 0.20; p<0.001), dukungan sosial melalui depresi (b=-0.12; CI 95%=-0.17 hingga -0.07; p<0.001), dukungan sosial melalui kelompok dukungan sebaya (b=0.25; CI 95%=0.21 hingga 0.30; p<0.001), kelompok dukungan sebaya melalui perilaku sehat (b=0.13; CI 95%=0.01 hingga 0.25; p= 0.028), depresi melalui perilaku sehat (b= -0.13; CI 95%= -0.23 hingga -0.04; p= 0.005), stigma melalui perilaku sehat (b=-0.04; CI 95%= -0.08 hingga -0.17; p= 0.003), penghasilan melalui perilaku sehat (b= 0.06; CI 95%=10.14 hingga 18.61; p<0.001).



Gambar 1. Model struktural dengan estimasi

Tabel 4. Hasil analisis jalur pengaruh stigma, depresi dan kelompok dukungan sebaya terhadap kualitas hidup ODHA

Variabel dependen		Variabel independen	b	CI (95%) Batas Bawah	CI (95%) Batas Atas	p
Pengaruh langsung						
Kualitas hidup	←	Stigma	-1.10	-1.84	-0.36	0.003
Kualitas hidup	←	Depresi	-4.23	-6.62	-1.83	0.001
Kualitas hidup	←	Kelompok dukungan sebaya	3.40	0.71	6.10	0.013
Kualitas hidup	←	Dukungan sosial	0.70	0.01	1.40	0.046
Kualitas hidup	←	Perilaku sehat	9.33	5.30	13.36	<0.001
Pengaruh tidak langsung						
Stigma	←	Kelompok dukungan sebaya	-2.28	-2.82	-1.73	<0.001
Stigma	←	Dukungan sosial	-0.37	-0.55	-0.18	<0.001
Pengaruh tidak langsung						
Depresi	←	Kelompok Dukungan sebaya	-0.57	-0.75	-0.39	<0.001
Depresi	←	Stigma	0.15	0.10	0.20	<0.001
Depresi	←	Dukungan sosial	-0.12	-0.17	-0.07	<0.001
Kelompok dukungan sebaya	←	Dukungan sosial	0.25	0.21	0.30	<0.001
Perilaku sehat	←	Kelompok dukungan sebaya	0.13	0.01	0.25	0.028
Perilaku sehat	←	Depresi	-0.13	-0.23	-0.04	0.005
Perilaku sehat	←	Stigma	-0.04	-0.08	-0.17	0.003
Perilaku sehat	←	Penghasilan	0.06	10.14	18.61	<0.001
n Obeservasi = 100						
Log Likelihood = -2348.26						
AIC =4756.53						
BIC = 4834.69						
CFI = 0.99						

PEMBAHASAN

1. Pengaruh stigma terhadap kualitas hidup ODHA

Hasil analisis menunjukkan bahwa stigma memiliki pengaruh terhadap kualitas hidup ODHA. Hasil penelitian ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Handayani *et al.* (2017) menyatakan bahwa ODHA yang tidak mengalami stigma memiliki peluang 5.57 kali lebih besar untuk memiliki kualitas hidup baik dibandingkan dengan ODHA yang mengalami stigma tinggi. ODHA yang bebas stigma memiliki peluang 0.33 kali lebih besar memiliki kualitas hidup baik (Kurniasari *et al.,* 2016).

Charles *et al.* (2012) yang menyatakan bahwa ODHA yang mengalami *personalized stigma* dan *negative self image* memiliki peluang 3.4 kali dan 2.1 kali lebih besar untuk mengalami depresi berat dan menurunkan kualitas hidup ODHA.

Stigma pada ODHA berdampak pada ketidakmauan orang untuk menunjukkan statusnya sebagai penderita HIV/AIDS yang akan memunculkan komunitas terisolir atau terpinggirkan yang menyebabkan ODHA telah di langgar hak – hak azasinya, khususnya kebebasan dari perlakuan diskriminasi (Sasodoro *et al.,* 2009).

Shaluhiyah *et al.* (2015), menyatakan bahwa faktor yang mempengaruhi stigma antara lain persepsi negatif dan keluarga yang memiliki sikap negatif terhadap ODHA. Stigma muncul karena ketidaktahuan masyarakat tentang HIV/AIDS, khususnya mekanisme penularan HIV/ AIDS dan cara pencegahannya (Guma, 2011).

Stigma juga menghalangi ODHA untuk melakukan aktivitas sosial. ODHA cenderung akan menutup diri dan tidak bersedia melakukan interaksi dengan keluarga, teman dan masyarakat. Hal ini disebabkan karena sebagian masyarakat beranggapan bahwa ODHA adalah orang yang berperilaku tidak baik seperti perempuan pekerja seksual, pengguna narkoba dan homoseksual (Darmoris, 2011; Sohn *et al.,* 2012).

Dukungan sosial berperan dalam menurunkan stigma dan pemulihan fisik maupun mental terhadap ODHA. Dukungan sekecil apapun dapat mempengaruhi pola pikir ODHA. Dengan menurunkan stigma diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup ODHA, hal yang terpenting adalah penerimaan status ODHA (Latifa *et al.,* 2011).

2. Pengaruh depresi terhadap kualitas hidup Orang dengan HIV/ AIDS (ODHA)

Hasil analisis menunjukkan bahwa depresi memiliki pengaruh terhadap kualitas hidup ODHA. Hasil penelitian sejalan dengan penelitian yang dilakukan Rasyiid *et al.* (2016), menyatakan bahwa ada pengaruh signifikan secara statistik dari KDS menurunkan sebesar 0.6 kali depresi pada ODHA yang dapat meningkatkan kualitas hidup ODHA.

ODHA yang mengalami depresi berat mempunyai kualitas hidup yang buruk. ODHA yang mengalami depresi berat akan menurunkan kualitas hidup ODHA hal ini dipengaruhi oleh stigma yang tinggi dari masyarakat (Charles *et al.,* 2012).

3. Pengaruh kelompok dukungan sebaya terhadap kualitas hidup ODHA

Hasil analisis menunjukkan bahwa kelompok dukungan sebaya memiliki pengaruh terhadap kualitas hidup ODHA. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kurniasari *et al.* (2016), menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara partisipasi KDS dengan peningkatan kualitas hidup ODHA, yaitu peran KDS dinilai sangat membantu dan memotivasi para ODHA.

Peran KDS meningkatkan kualitas hidup ODHA, yaitu peran KDS sangat membantu dalam memotivasi dan mendukung para ODHA untuk kehidupan yang lebih baik, sehingga sangat diperlukan peran KDS yang baik dan teratur dalam pendampingan ODHA (Rozi *et al.,* 2016).

Pada dasarnya setiap warga masyarakat yang telah memahami HIV/AIDS diharapkan berperan memberdayakan warga masyarakat yang lain untuk mencegah penularan HIV dan membantu pada ODHA. Kelompok dukungan sebaya merupakan bagian peran dari masyarakat dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS (Demartoto *et al.,* 2016).

Kelompok dukungan sebaya digunakan sebagai interverensi terbaik yang bertujuan untuk mengurangi stigma dan diskriminasi yang ada di masyarakat (Paudel *et al.,* 2015). Kelompok dukungan sebaya dan pendekatan konseling dapat membantu ODHA merubah persepsi individu dan masyarakat tentang HIV/AIDS, hal ini dapat mengurangi dampak stigma dan perilaku yang dirasakan ODHA (Vyavaharkar *et al.,* 2012).

4. Pengaruh dukungan sosial terhadap kualitas hidup ODHA

Hasil analisis menunjukkan bahwa dukungan sosial memiliki pengaruh terhadap kualitas hidup ODHA. Hasil penelitian ini sesuai dengan Heniyuniarti (2014) bahwa faktor yang paling kuat mempengaruhi kualitas hidup ODHA adalah dukungan sosial. Dukungan sosial terbukti memberikan dampak paling kuat terhadap kualitas hidup ODHA. ODHA yang mendapatkan dukungan sosial mempunyai peluang untuk mendapatkan kualitas hidup baik sebesar 10.81 kali dibandingan dengan ODHA yang tidak mendapatkan dukungan sosial.

Faktor – faktor yang mempengaruhi kualitas hidup seperti lama diagnosis, terapi ARV, jenis kelamin, transportasi, umur, kriteria diagnosis dan dukungan sosial (Mardhia *et al.,* 2017). Dukungan sosial akan meminimalkan tekanan psikososial pada ODHA, sehingga ODHA mempunyai gaya hidup yang lebih baik dan dapat memberikan respon yang lebih positif terhadap lingkungan sosialnya (Sarafino, 2011).

Dukungan sosial menjadi penawar stress dari aspek psikologis yang disebabkan oleh diskriminasi lingkungan sosialnya, hal ini meningkatkan kualitas hidup ODHA (Charles *et al.,* 2012). Stigma dan dukungan sosial berpengaruh terhadap penggunaan non narkoba, pengobatan ARV dan jumlah DC 4 tinggi yang memprediksi kualitas hidup ODHA baik (Wu *et al.,* 2015).

5. Pengaruh perilaku sehat terhadap kualitas hidup ODHA

Hasil analisis menunjukkan bahwa perilaku sehat memiliki pengaruh kualitas hidup ODHA. Hasil penelitian sejalan dengan Nina *et al.* (2014), mengatakan bahwa adanya hubungan yang signifikan antara perilaku sehat ODHA dengan kualitas hidup ODHA. Semakin baik sistem personal akan mempengaruhi perilaku sehat pada ODHA maka kualitas hidup semakin baik, sebaliknya semakin kurang sistem personal akan mempengaruhi perilaku sehat yang kurang baik yang berpengaruh terhadap kualitas hidup ODHA.

Sikkema *et al.* (2010), mengatakan bahwa perawatan kesehatan mental, baik perilaku sehat maupun pengobatan secara efektif dapat menurunkan perilaku seksual beresiko dan meningkatkan kepatuhan terhadap perawatan HIV dan pengobatan yang mengarah pada pengurangan penularan HIV yang dapat meningkatkan kualitas hidup ODHA.

Kelompok dukungan sebaya dan pendekatan konseling dapat membantu ODHA merubah persepsi individu dan masyarakat

 e-ISSN: 2549-1172

tentang HIV/AIDS, hal ini dapat mengurangi dampak stigma dan perilaku yang dirasakan ODHA. Hal tersebut dapat mendorong ODHA merubah perilaku gaya hidup sehat yang dapat memperbaiki kualitas hidupnya (Vyavaharkar *et al.,* 2012).

Kosim *et al.* (2015), menunjukkan bahwa pendapatan merupakan hal terpenting untuk menaikkan kualitas hidup seseorang, dimana pendapatan tinggi maka gaya hidup berubah, cara berpakaian, berperilaku sehat dan lain lain.

Pasien yang mempunyai penghasilan yang mencukupi dapat menunjang untuk pemenuhan kebutuhan hidupnya sehari – hari namun juga untuk biaya pengobatan yang diperlukan terkait penyakit sehingga dapat menjaga derajat kesehatannya. Oleh karena itu, hal ini ini dapat mempengaruhi kualitas hidupnya (Kusuma, 2011).

DAFTAR PUSTAKA

Shaluhiyah Z, Musthofa SB, Widjanarko B (2015). Stigma Masyarakat Terhadap Orang Dengan HIV/AIDS. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional, 9 (4): 333–339.

Charles B, Jeyaseelan L, Pandian AK, Sam AE, Thenmozhi M, Jeyaseelan V (2012). Association between stigma, depression and quality of life of people living with HIV/AIDS (PLHA) in South India - A community based cross sectional study. BMC Public Health, 12(1): 1. doi: 10.1186/1471-2458-12-463.

Demartoto A, Soemanto RB, Zunariyah S. (2016). Supporting and Inhibiting Factors in the Structured Peer Network among Housewives in Coping with HIV / AIDS. 1st UPI International Conference on Sociology Education, 424–427. doi: 10.2991/icse-15.2016.92.

Handayani F, Sari F, Dewi T. (2017). Faktor yang mempengaruhi kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Kota Kupang. Journal of Community Medicine and Public Health UGM, 1049–1056.

Kumar A, Girish H, Nawaz AS, Balu PS, Kumar BV. (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, 3(11): 1413. doi: 10.5455/ijmsph.2014.230-820142.

Kurniasari MA, Murti B, Demartoto A (2016). Association Between Participation in HIV / AIDS Peer Group, Stigma, Discrimination, and Quality of Life of People Living with HIV/ AIDS. Journal of Epidemiology and Public Health, 127–134.

Mardia D. (2017). Kualitas hidup ODHA di kota surakarta quality of life of people living with HIV in surakarta city. Berita Kedokteran Masyarakat, 33 (1): 1–4.

Ningrum N, Husna AR. (2014). Sistem Personal dan Kualitas Hidup orang dengan HIV/AIDS. The Sun, 1(3): 1–9.

Paudel V and Baral KP. (2015). Women living with HIV/AIDS (WLHA), battling stigma, discrimination and denial and the role of support groups as a coping strategy: A review of literature. Reproductive Health, 12(1): 1–9. doi: 10.1186/s12978-015-0032-9.

Rasyiid A, Dharmawan R, Respati SH. (2016). The Effect of Peer Support Group on Depression and Quality of Life among People Living with HIV / AIDS in Kediri East Java. Journal of Health Promotion and Behaviour, 1(1):32–40.

Sikkema KJ, Watt MH, Drabkin AS, Meade

CS, Hansen NB, Pence BW (2010). Mental health treatment to reduce HIV transmission risk behavior: A positive prevention model. AIDS and Behavior, 14(2): 252–262. doi: -10.1007/s10461-009-9650-y.

Sosodoro O, Emilia O, Wahyuni B (2009). Hubungan Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dengan Stigma Orang Dengan HIV/AIDS Di Kalangan Pelajar SMA. Berita Kedokteran Masyarakat, 25(4): 210–217.

Vyavaharkar M, Moneyham L, Murdaugh C, Tavakoli A (2012). Factors Associated with Quality of Life Among Rural Women with HIV Disease. AIDS and Behavior, 16(2): 295–303. doi: 10.1007/s10461-011-9917-y.

Wu X, Chen J, Huang H, Liu Z, Li X, Wang H (2015). Perceived stigma, medical social support and quality of life among people living with HIV/AIDS in Hunan, China. Applied Nursing Research, 28(2): 169–174. doi: 10.10-16/j.apnr.2014.09.011.