

HUBUNGAN KONDISI KESEHATAN DAN STRES EMOSIONAL DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN HIV AIDS DI RSUD RAA SOEWONDO PATI

Muhammad Purnomo¹, Umi Faridah²,

^aUniversitas Muhammadiyah Kudus

Jalan Ganesha Purwosari 1 Kudus, Indonesia

Abstrak

Latar Belakang : Sejak penemuan kasus HIV/AIDS pertama kali di dunia yang dilaporkan terjadi pada tahun 1981, kasus ini terus berkembang pesat diseluruh belahan dunia. Kualitas hidup pasien HIV/AIDS dibagi beberapa faktor yang mempengaruhi yaitu kondisi kesehatan dan stress emosional. Oleh karena itu, diperlukan penelitian mengenai kualitas hidup yang di tinjau dari aspek kondisi kesehatan dan stress emosional yang dilakukan di RSUD RAA Soewondo Pati. Tujuan : Mengetahui hubungan kondisi kesehatan dan stress emosional dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS di RSUD RAASoewondo Pati. Metode : Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif survei korelasional dengan pendekatan waktu cross sectional model. Jumlah sample 92 responden, dipilih dengan menggunakan metode Probability sampling (sample random). Untuk menganalisis data menggunakan Chi Square. Hasil : Berdasarkan uji Chi Square diperoleh nilai sig sebesar 0,000, maka nilai sig < 0,05, dengan demikian pvalue < 0,05, maka Ho ditolak, Ha diterima. Kesimpulan : ada hubungan antara kondisi kesehatan dan stress emosional dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS di RSUD RAA Soewondo Pati.

Kata Kunci: Kualitas hidup, Keadaan kesehatan, Stres emosional

Abstract

Background :Since the first HIV / AIDS case discovery in the world reported in 1981, this case continues to grow rapidly throughout the world. The quality of life of HIV / AIDS patients is divided into several influencing factors, namely health conditions and emotional stress. Therefore, research on the quality of life is needed in terms of aspects of health conditions and emotional stress conducted at RSUD RAA Soewondo Pati. Method: The metodological research used is descriptive survey of correlational survey with cross sectional time model approach. Total sample of 92 respondents selected using Probability sampling method (sample random). To analyze the data using Chi Square. Results : based on Chi Square test obtained sig value equal 0,000, then sig value <0,05, thus p value <0,05,hence Ho is rejected, Ha accepted. Conclusion : there is a relationship between health conditions and emotional stress with the quality of life of HIV / AIDS patients in RSUDRAA Soewondo Pati..

Keyword : Quality of life, health condition, emotional stress.

I. PENDAHULUAN

AIDS (*acquired immunodeficiency syndrome*) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus yang disebut HIV (*human immunodeficiency virus*) adalah sekumpulan gejala dan infeksi (atau sindrom) yang timbul karena rusaknya sistem kekebalan tubuh manusia akibat infeksi virus HIV. HIV yaitu virus yang memperlemah kekebalan pada tubuh manusia. Orang yang terkena virus ini menjadi rentan terhadap infeksi oportunistik. Meskipun penanganan yang telah ada dapat memperlambat laju perkembangan virus,

namun penyakit ini belum benar-benar bisa disembuhkan.

Di Indonesia, HIV AIDS pertama kali ditemukan di Provinsi Bali pada tahun 1987. Hingga saat ini HIV AIDS sudah menyebar di 407 dari 507 kabupaten/ kota (80%) di seluruh provinsi di Indonesia. (Kemenkes, 2016), dan meningkat dari tahun ke tahun meningkat 30% dibanding hanya 15% pada tahun 2018.

Berdasarkan laporan provinsi, jumlah (kumulatif) kasus infeksi HIV yang dilaporkan sampai dengan Juni 2016 yang

terbanyak yaitu Provinsi DKI Jakarta (41.891 kasus) dan pada tahun 2019 masih yang terbanyak HIV dengan 62.108 jiwa, sementara provinsi Papua menjadi daerah terbanyak penderita AIDS. 10 besar kasus HIV terbanyak terdapat pada provinsi DKI Jakarta, Jawa Timur, Papua, Jawa Barat, Jawa Tengah, Bali, Sumatera Utara, Kepulauan Riau, Sulawesi Selatan dan Kalimantan Barat. Terdapat tujuh provinsi dengan jumlah kumulatif infeksi HIV lebih dari 10.000 kasus. Keseluruhannya merupakan provinsi di Pulau Jawa Bali, kecuali Papua (22.429 kasus) dan Sumatera Utara (11.949 kasus) (Ditjen P2P, 2016)

Penyakit HIV/AIDS ini telah menimbulkan masalah yang cukup luas pada individu yang terinfeksi yaitu masalah fisik, sosial, dan emosional. Masalah secara fisik terjadi akibat penurunan daya tahan tubuh progresif yang sangat rentan terutama terhadap penyakit infeksi dan keganasan seperti TB paru, pneumonia, sarcoma Kaposi, limfoma, hepatitis, diare kronik, herpes simpleks/zoster, dan infeksi kelamin (Mardika, et al., 2014) Beberapa infeksi mengambil kesempatan itu untuk menimbulkan penyakit pada ODHA (orang yang hidup dengan HIV AIDS). Oleh karena itu infeksi tersebut umumnya dikenal sebagai infeksi oportunistik (IO), karena mengambil *opportunity* atau kesempatan itu untuk menimbulkan penyakit.

Penelitian sebelumnya menyatakan bahwa untuk mengetahui bagaimana kualitas hidup seseorang maka dapat diukur dengan mempertimbangkan penilaian kepuasan seseorang terhadap status fisik, psikologis, sosial, lingkungan dan spiritual.

Penelitian sebelumnya menyatakan bahwa mayoritas dari pasien dengan HIV dan pasien AIDS memiliki nilai kualitas hidup yang rendah. Hasil yang sama juga diketahui dari penelitian yang lainnya yang menyampaikan bahwa sebagian besar ODHA yang mengalami kualitas hidup yang buruk yaitu sebanyak 63 % dan 37 % lainnya mempunyai kualitas hidup yang baik. Perlunya adanya pengkajian yang komprehensif kondisi kesehatan dan stress emosional berkaitan dalam menunjang kualitas hidup pasien HIV/AIDS.

Berdasarkan uraian diatas, penyakit HIV/ AIDS perlu mendapatkan perhatian

husus, terutama mengenai kualitas hidup pasien. Sampai saat ini penelitian mengenai kualitas hidup jarang dilakukan. Oleh karena itu, diperlukan penelitian tentang kualitas hidup yang di tinjau dari aspek kondisi kesehatan dan stress emosional pasien tersebut. Dari permasalahan diatas maka dari itu penulis membuat penelitian yang kami beri judul **“HUBUNGAN KONDISI KESEHATAN DAN STRES EMOSIONAL DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN HIV AIDS DI RSUD RAA SOEWONDO PATI**

A. Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)

AIDS merupakan singkatan dari *Acquired Immune Deficiency Syndrome*, yaitu menurunnya kekebalan tubuh terhadap penyakit karena infeksi virus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) (Djoerban, et al., 2006). Dari keterangan tersebut jelas bahwa sebelum seseorang menderita AIDS dalam tubuhnya, terlebih dahulu terjadi kerusakan sistem kekebalan tubuh. Akibat kerusakan kekebalan tubuh tersebut tubuh penderita menjadi peka terhadap infeksi kuman yang dalam keadaan normal sebenarnya tidak berbahaya. Infeksi kuman bentuk ini disebut infeksi oportunistik. Infeksi oportunistik adalah infeksi yang timbul karena mikroba yang berasal dari luar tubuh maupun dalam tubuh manusia, namun dalam keadaan normal terkendali oleh kekebalan tubuh (Yuniastuti, et al., 2005).

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) adalah Syndrome akibat defisiensi immunitas seluler tanpa penyebab lain yang diketahui, ditandai dengan infeksi oportunistik keganasan berakibat fatal. Munculnya Syndrome ini erat hubungannya dengan berkurangnya zat kekebalan tubuh yang prosesnya tidaklah terjadi seketika melainkan sekitar 5-10 tahun setelah seseorang terinfeksi HIV.

Berdasarkan hal tersebut maka penderita AIDS dimasyarakat digolongkan kedalam 2 kategori yaitu:

1. Penderita yang mengidap HIV dan telah menunjukkan gejala klinis (penderita AIDS positif).

2. Penderita yang mengidap HIV, tetapi belum menunjukkan gejala klinis (penderita AIDS negatif).

Pada tingkat pandemi HIV tanpa gejala jauh lebih banyak dari pada penderita AIDS itu sendiri. Tetapi infeksi HIV itu dapat berkembang lebih lanjut dan menyebabkan kelainan imunologis yang luas dan gejala klinik yang bervariasi.

AIDS merupakan penyakit yang sangat berbahaya karena mempunyai *case fatality rate* 100% dalam 5 tahun setelah diagnosa AIDS ditegakkan, maka semua penderita meninggal (Siregar, 2004)

Patogenesis

Limfosit CD4⁺ merupakan target utama infeksi HIV karena virus mempunyai afinitas terhadap molekul permukaan CD4. Limfosit CD4⁺ berfungsi mengoordinasikan sejumlah fungsi imunologis yang penting. Hilangnya fungsi tersebut menyebabkan gangguan respon imun yang progresif.

Kejadian infeksi HIV primer dapat dipelajari pada model infeksi akut *Simian Immunodeficiency Virus* (SIV). SIV dapat menginfeksi limfosit CD4⁺ dan monosit pada mukosa vagina. Virus dibawa oleh *antigen-presenting cells* ke kelenjar getah bening regional. Pada model ini, virus dideteksi pada gelenjar getah bening maka dalam 5 hari setelah inokulasi. Sel individual di kelenjar getah bening yang mengekspresikan SIV dapat dideteksi dengan hibridasi *in situ* dalam 7 sampai 14 hari setelah inokulasi. Viremia SIV dideteksi 7-21 hari setelah infeksi. Puncak jumlah sel yang mengekspresikan SIV di kelenjar getah bening berhubungan dengan puncak antigenemia p26 SIV. Jumlah sel yang mengekspresikan virus di jaringan limfoid kemudian menurun secara cepat dan dihibingkan sementara dengan pematangan respon imun spesifik. Koincidensi dengan hilangnya viremia adalah peningkatan sel limfosit CD8. Walaupun demikian tidak dapat dikatakan bahwa respon sel limfosit CD8⁺ menyebabkan kontrol optimal terhadap replikasi HIV. Replikasi HIV berada pada keadaan "*steady-state*" beberapa bulan setelah infeksi. Kondisi ini bertahan relative stabil selama beberapa tahun, namun lamanya sangat bervariasi. Faktor yang

mempengaruhi tingkat replikasi HIV tersebut, dengan demikian juga perjalanan kekebalan tubuh pejamu, adalah heterogenitas kapasitas replikatif virus dan heterogenitas intrisik pejamu.

Antibodi muncul di sirkulasi dalam beberapa minggu setelah infeksi, namun secara umum dapat dideteksi pertama kali setelah replikasi virus telah menurun sampai ke level "*steady-state*". Walaupun antibodi ini umumnya memiliki aktifitas netralisasi yang kuat melawan infeksi virus, namun ternyata tidak mematikan virus. Virus dapat menghindari netralisasi oleh antibodi dengan melakukan adaptasi pada amplop-nya, termasuk kemampuannya mengubah situs glikolisis-nya, akibatnya konfigurasi 3 dimensinya berubah sehingga netralisasi yang diperantarai antibodi tidak dapat terjadi (Djoerban, et al., 2006).

B. Defenisi Kualitas Hidup

Kualitas hidup menurut World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Group, didefinisikan sebagai persepsi individu mengenai posisi individu dalam hidup dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana individu hidup dan hubungannya dengan tujuan, harapan, standar yang ditetapkan dan perhatian individu.

Kualitas hidup didefinisikan sebagai persepsi individu dari posisi mereka dalam kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka tinggal dan dalam hubungannya dengan tujuan mereka, harapan, standar dan kekhawatiran.

Kualitas hidup merupakan persepsi subjektif dari individu terhadap kondisi fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan dalam kehidupan sehari-hari yang dialaminya. Sedangkan menurut Chipper mengemukakan kualitas hidup sebagai kemampuan fungsional akibat penyakit dan pengobatan yang diberikan menurut pandangan atau perasaan pasien.

Donald menyatakan kualitas hidup merupakan suatu terminologi yang menunjukkan tentang kesehatan fisik, sosial dan emosi seseorang serta kemampuan untuk melaksanakan tugas sehari-hari. Kualitas hidup adalah suatu cara hidup, sesuatu yang esensial untuk menyemangati hidup, eksistensi berbagai pengalaman fisik dan

mental seorang individu yang dapat mengubah eksistensi selanjutnya dari individu tersebut di kemudian hari, status sosial yang tinggi, dan gambaran karakteristik tipikal dari kehidupan seseorang individu

WHO menggambarkan kualitas hidup sebagai sebuah persepsi individu terhadap posisi mereka dalam kehidupan dalam konteks budaya dan system nilai dimana mereka tinggal dan hidup dalam hubungannya dengan tujuan hidup, harapan, standart dan fokus hidup mereka. Konsep ini meliputi beberapa dimensi yang luas yaitu: kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial dan lingkungan.

Menurut Cohan & Lazarus kualitas hidup adalah tingkatan yang menggambarkan keunggulan seseorang individu yang dapat dinilai dari kehidupan mereka. Keunggulan individu tersebut biasanya dilihat dari tujuan hidupnya, kontrol pribadinya, hubungan interpersonal, perkembangan pribadi, intelektual dan kondisi materi. Sedangkan Ghazali juga mengungkap faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup diantaranya adalah mengenali diri sendiri, adaptasi, merasakan perhatian orang lain, perasaan kasih dan sayang, bersikap optimis, mengembangkan sikap empati.

Defenisi kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan (*health-related quality of life*) dikemukakan oleh Testa dan Nackley, bahwa kualitas hidup berarti suatu rentang antara keadaan objektif dan persepsi subjektif dari mereka. Testa dan Nackley menggambarkan kualitas hidup merupakan seperangkat bagian-bagian yang berhubungan dengan fisik, fungsional, psikologis, dan kesehatan sosial dari individu. Ketika digunakan dalam konteks ini, hal tersebut sering kali mengarah pada kualitas hidup yang mengarah pada kesehatan. Kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan mencakup lima dimensi yaitu kesempatan, persepsi kesehatan, status fungsional, penyakit, dan kematian.

Sedangkan menurut Hermann kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan dapat diartikan sebagai respon emosi dari pasien terhadap aktivitas sosial, emosional, pekerjaan dan hubungan antar keluarga, rasa senang atau bahagia, adanya kesesuaian

antara harapan dan kenyataan yang ada, adanya kepuasan dalam melakukan fungsi fisik, sosial dan emosional serta kemampuan mengadakan sosialisasi dengan orang lain.

Kualitas hidup menurut definisi WHO adalah persepsi individu tentang keberadaannya di kehidupan dalam konteks budaya dan system nilai tempat ia tinggal. Jadi dalam skala yang luas meliputi berbagai sisi kehidupan seseorang baik dari segi fisik, psikologis, kepercayaan pribadi, dan hubungan sosial untuk berinteraksi dengan lingkungannya. Definisi ini merefleksikan pandangan bahwa kualitas hidup merupakan evaluasi subjektif, yang tertanam dalam konteks cultural, sosial dan lingkungan. Kualitas hidup tidak dapat disederhanakan dan disamakan dengan status kesehatan, gaya hidup, kenyamanan hidup, status mental dan rasa aman.

Menurut Karangora (2012) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi seseorang dalam konteks budaya dan norma yang sesuai dengan tempat hidup seseorang tersebut serta berkaitan dengan tujuan, harapan, standard dan kepedulian selama hidupnya. Kualitas hidup individu yang satu dengan yang lainnya berbeda, hal itu tergantung pada definisi atau interpretasi masing-masing individu tentang kualitas hidup yang baik. Kualitas hidup sangat rendah apabila aspek-aspek dari kualitas hidup itu sendiri masih kurang dipenuhi.

II. METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah *Analitik Correlation* yaitu penelitian atau penelaahan hubungan antara dua variabel pada suatu situasi atau sekelompok subjek (Notoatmodjo, 2010).

Pendekatan waktu yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan *cross-sectional*. Dalam penelitian *cross-sectional* peneliti melakukan observasi atau pengukuran variabel pada satu saat tertentu. Kata satu saat bukan berarti semua subyek diamati tepat pada satu saat yang bersamaan, tetapi tiap subyek hanya diobservasi satu kali dan pengukuran variabel subyek dilakukan pada saat pemeriksaan tersebut. Dengan demikian maka studi *cross-sectional* peneliti tidak

melakukan tindak lanjut terhadap pengukuran yang dilakukan (Sudigdo, et al., 2011).

B. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang dilakukan peneliti dengan menggunakan alat pengumpul data yaitu berupa kuesioner. Sumber data yang dipakai berasal dari:

1) Data primer

Data primer merupakan data yang diperoleh dari sumber pertama. Dengan kata lain data yang pengumpulannya dilakukan sendiri oleh peneliti secara langsung seperti hasil wawancara dan hasil pengisian angket (kuesioner) (Widoyoko, 2012). Pengumpulan data primer dalam penelitian ini berupa kondisi kesehatan dan jumlah CD4. Data kondisi kesehatan dan stres emosional didapatkan dari kuesioner pasien.

2) Data sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh dari sumber kedua dan dikumpulkan oleh orang atau lembaga lain (Widoyoko, 2012). Data tersebut bersumber dari RSUD RAA Soewondo Pati.

C. Populasi Penelitian

Populasi adalah target dimana peneliti menghasilkan hasil penelitian (Sugiyono, 2016). Populasi dalam penelitian ini adalah 919 pasien.

D. Prosedur Sampel dan Sampel Penelitian

1) Sampel

Sampel adalah bagian dari elemen populasi yang dihasilkan dari strategi *sampling*. Idealnya sampel yang diambil adalah sampel yang mewakili populasi (Datallo, 2008)

2) Teknik Sampling

Teknik sampling adalah sebuah strategi yang digunakan untuk memilih elemen atau bagian dari populasi atau proses untuk memilih elemen populasi untuk diteliti (Datallo, 2008). Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini yaitu dengan menggunakan metode Random Sampling (*Probability*

Samples) dengan undian yaitu sample acak sederhana (*Simple random Samples*) dimana sampel diambil secara acak dan setiap anggota populasi memiliki kesempatan yang sama untuk diambil atau dijadikan sebagai sampel (Salamah, 2009). Adapun besar sampel dalam penelitian ini adalah 90 responden yang diambil dengan tetap memperhatikan kriteria inklusi dan eksklusi.

a) Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum yang harus dipenuhi oleh subyek sehingga dapat diikutsertakan ke dalam penelitian. Dalam penelitian ini kriteria inklusinya adalah: a) Klien yang bersedia menjadi responden. b) Klien yang menderita HIV/AIDS dengan kondisi kesehatan dan stress emosional tertentu. c) Klien yang berada dilokasi RSUD RAA Soewondo Pati

b) Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah hal-hal yang menyebabkan sampel yang memenuhi kriteria tidak diikutsertakan dalam penelitian. Dalam penelitian ini kriteria eksklusinya adalah: a) Klien yang tidak bersedia menjadi responden. b) Klien yang sedang sakit atau tidak memenuhi sebagai responden. c) Klien yang tidak ada ditempat saat penelitian

3) Instrumen Penelitian dan Cara Penelitian

Instrumen penelitian yaitu alat yang digunakan mengukur fenomena alam maupun sosial yang diamati atau variabel penelitian (Sulistyaningsih, 2011) Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah meliputi:

a) Kuesioner tentang kondisi kesehatan, Kuesioner yang dibuat sendiri oleh peneliti dengan berpedoman pada teori BAB II. Berisi 2 pertanyaan dengan pilihan jawaban riwayat infeksi oportunistik yang diderita. Jika pasien mempunyai ≥ 1 riwayat infeksi oportunistik maka pasien di nilai telah mempunyai riwayat Infeksi oportunistik, sedangkan pasien yang tidak memiliki infeksi

oportunistik di kategorikan tidak ada $IO < 1$.

- b) Kuesioner Depresi pasien, diambil dari kuesioner pada poli VCT di RSUD RAA Soewondo Pati. Dengan pengkategorian nya: a) 0 – 20 : *minimal depression*. b) 21 – 40 : *mild depression*. c) 41 – 60 : *moderate depression*. d) 61 – 80 : *severe depression*.
- c) Kuesioner tentang Kualitas Hidup. Kuesioner yang dibuat berdasarkan dari WHO berupa WHOQOL HIV Bref yang merupakan standar ukur yang telah ditetapkan. Dengan 31 pertanyaan dengan jumlah total penilaian 145. Dihitung mean nya menjadi 72,5. Dengan jumlah nilai dalam kuesioner dengan pengkategorian: 1) $> \text{Mean}$: Baik. 2) $< \text{Mean}$: Buruk.

Setelah kuesioner sebagai alat ukur atau alat pengumpul selesai disusun, belum berarti kuesioner tersebut dapat langsung digunakan untuk mengumpulkan data. Kuesioner dapat digunakan sebagai alat ukur penelitian perlu uji validitas dan reliabilitas (Notoatmodjo, 2010).

a) Uji Validitas

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur. Demikian pula kuesioner sebagai alat ukur harus mengukur apa yang diukur. Untuk mengetahui apakah kuesioner yang kita susun mampu mengukur apa yang akan diukur, maka perlu diuji dengan uji korelasi antar skors (nilai) tiap-tiap item (pertanyaan) dengan total kuesioner tersebut (Notoatmodjo, 2010).

Tehnik korelasi yang dipakai adalah tehnik korelasi “*pearson product moment*” yang rumusnya sebagai berikut:

$$r_{xy} = \frac{N \sum XY (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{\{N \sum X^2 - (\sum X)^2\} \{N \sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}}$$

Keterangan

r_{xy} : Koefisien validitas

N : Banyaknya subjek

X : Nilai pembanding

Y : Nilai dari instrument yang akan dicari validitasnya.

b) Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan bila fakta atau kenyataan hidup tadi diukur atau diamati dalam waktu yang berlainan. Alat dan cara mengukur atau mengamati sama-sama memegang peranan yang penting dalam waktu bersamaan (Nursalam, 2015). Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan “*Alpha Cronbach*”

c) Pengolahan dan Analisa Data

Analisa data, Analisa data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisa univariat, analisa bivariat dan multivariat. (a) Analisa Univariat, Analisa univariat akan dilakukan dengan dua cara yaitu mencari distribusi frekuensi kategori variabel dan analisa diskripsi. Distribusi frekuensi kategori variabel yaitu suatu analisa dengan menghitung jumlah kategori tiap-tiap variabel dibagi dengan total responden dan dikalikan seratus. Sedangkan untuk analisa diskripsi dilakukan untuk memperoleh nilai rata-rata (*mean*). Nilai yang sering muncul (*modus*), nilai tengah (*median*), nilai tertinggi dan terendah dari pengukuran (Dharma, 2011). (b) Analisa Bivariat, Analisa Bivariat yaitu analisis yang dilakukan untuk melihat hubungan 2 variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2010). Analisis bivariat ini digunakan untuk mengetahui hubungan variabel bebas

III. HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Karakteristik Responden

1) Jenis Kelamin

Tabel 4.1 Distribusi frekuensi karakteristik jenis kelamin pada pasien HIV di poliklinik VCT RSUD RAA Soewondo Pati.

Jenis Kelamin	Jumlah	Persentase
Laki – laki	52	57.8
Perempuan	38	42.2
Total	90	100

Sumber : Data Primer

Berdasarkan tabel 4.1 menunjukkan bahwa distribusi frekuensi pasien HIV di poliklinik VCT RSUD RAA Soewondo Pati sebagian besar Laki – laki dengan jumlah

52 responden (57.8%) sedangkan Perempuan dengan jumlah 38 responden (42.2%).

2) Usia

Tabel 4.2 Distribusi frekuensi karakteristik usia pada pasien HIV di poliklinik VCT RSUD RAA Soewondo Pati

Usia	Jumlah	Persentase
< 20	3	3.3
21 - 30	7	7.8
31 - 40	29	32.2
41 - 50	24	26.7

Sumber : Data Primer

Berdasarkan table 4.2 menunjukkan bahwa distribusi frekuensi pasien HIV di poliklinik VCT RSUD RAA Soewondo Pati yang berjumlah 90 responden, yang terklasifikasi dengan rentang 10 tahun maka sebaran penderita HIV sebagian besar usia 31 – 40 Tahun dengan jumlah 29 responden (32.2%) sedangkan usia >50 tahun berjumlah 27 responden (30%), usia 41 – 50 Tahun dengan jumlah 24 responden (26.7%), Usia 21 – 30 Tahun dengan jumlah 7 responden (7.8%) dan usia < 20 Tahun berjumlah 3 responden (3%).

3) Pendidikan

Tabel 4.3 Distribusi frekuensi karakteristik pendidikan pada pasien HIV di poliklinik VCT RSUD RAA Soewondo Pati

Pendidikan	Jumlah	Persentase
SD	5	5.6
SMP	17	18.9
SMA	64	71.1
Universitas	4	4.4
Total	90	100

Sumber : Data Primer

Berdasarkan table 4.3 menunjukkan bahwa distribusi frekuensi pendidikan pada pasien HIV di poliklinik VCT RSUD RAA Soewondo Pati sebagian besar SMA dengan jumlah 64 responden (71.1%), SMP berjumlah 17 responden (18.9%), SD berjumlah 5 responden (5.6%) dan Universitas berjumlah 4 responden (4.4%).

B. Analisis Univariat

1) Kondisi Kesehatan

Variabel independen dalam penelitian ini ada 2 variabel yaitu Kondisi kesehatan dan Stres Emosional, Kondisi kesehatan

yang secara deskriptif dilakukan uji analisis dengan hasil sebagai berikut:

Tabel 4.4 Distribusi frekuensi kondisi kesehatan pasien HIV di poliklinik VCT RSUD RAA Soewondo Pati.

Infeksi Oportunistik	Jumlah	Persentase
Ada	80	88.9
Tidak	10	11.1
Total	90	100

Sumber: Data Primer

Berdasarkan tabel 4.4 menunjukkan bahwa distribusi frekuensi yang menggambarkan kondisi kesehatan pasien di poliklinik VCT RSUD RAA Soewondo Pati sebagian besar mempunyai infeksi oportunistik dengan jumlah 80 responden (88.9%) sedangkan yang tidak mempunyai efek infeksi oportunistik berjumlah 10 responden (11.1%).

2) Stres Emosional

Variabel independen yang kedua dalam penelitian ini adalah stress emosional, stress emosional yang secara deskriptif dilakukan uji analisis dengan hasil sebagai berikut:

Tabel 4.5 Distribusi frekuensi stress emosional pasien HIV di poliklinik VCT RSUD RAA Soewondo Pati.

Tingkat Stres	Jumlah	Persentase
Minimal Depression	77	85.6
Mild Depression	13	14.4
Total	90	100

Sumber : Data Primer

Berdasarkan tabel 4.5 menunjukkan bahwa distribusi frekuensi stress emosional pada pasien HIV di poliklinik RSUD RAA Soewondo Pati mempunyai tingkat stress minimal depression berjumlah 77 responden (85.6%) sedangkan mild depression berjumlah 13 responden (14.4%).

3) Kualitas Hidup

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah Kualitas Hidup pasien HIV di poliklinik VCT RAA Soewondo Pati yang secara deskriptif dilakukan uji analisa dengan hasil sebagai berikut:

Tabel 4.6 Distribusi frekuensi kualitas hidup pasien HIV di poliklinik VCT RSUD RAA Soewondo Pati.

Kualitas Hidup	Jumlah	Persentase
Baik	80	88.9

Buruk	10	11.1
Total	90	100

Sumber: Data Primer

Berdasarkan tabel 4.6 menunjukkan bahwa distribusi frekuensi kualitas hidup pada pasien HIV di poliklinik RSUD RAA Soewondo Pati mempunyai kualitas hidup baik berjumlah 80 responden (88.9%) sedangkan kualitas hidup buruk berjumlah 10 responden (11.1%).

C. Analisis Bivariat

Setelah dilakukan uji statistik dari masing-masing variabel kemudian dilakukan uji hubungan antara variabel independen dan dependen menggunakan uji *chi square* dengan hasil sebagai berikut.

1) Hubungan kondisi kesehatan dengan kualitas hidup pada pasien HIV di poliklinik VCT RSUD RAA Soewondo Pati.

Didapatkan bahwa pasien HIV di poliklinik VCT yang mempunyai infeksi oportunistik sebanyak 80 responden, dimana responden mempunyai kualitas hidup yang baik berjumlah 77 responden (96.2%) dan yang mempunyai kualitas hidup yang buruk berjumlah 3 responden (3.8%). Sedangkan pasien yang tidak mempunyai infeksi oportunistik sebanyak 10 responden, dimana responden yang mempunyai kualitas hidup yang baik berjumlah 3 responden (30%) dan yang mempunyai kualitas hidup yang buruk berjumlah 7 responden (70%).

Pada taraf signifikansi 10% dengan analisa uji *fisher exact* didapatkan *p-value* $0.000 < 0.1$ dengan *r* hitung sebesar 0.552 (cukup kuat) maka H_a diterima yang artinya terdapat hubungan yang cukup kuat kondisi kesehatan dan kualitas hidup pasien HIV di RSUD RAA Soewondo Pati. Dari analisis diperoleh pula nilai $OR=59.889$, artinya Pasien HIV dengan tidak ada Infeksi Oportunistik mempunyai peluang 59.8 kali untuk memiliki kualitas hidup yang baik di banding dengan pasien HIV yang ada Infeksi Oportunistik.

2) Hubungan stress emosional dengan kualitas hidup pada pasien HIV di poliklinik VCT RSUD RAA Soewondo Pati

Didapatkan bahwa pasien HIV di poliklinik VCT yang mempunyai *minimal depression* sebanyak 77 responden, dimana responden mempunyai kualitas hidup yang baik berjumlah 75 responden (97.4%) dan yang mempunyai kualitas hidup yang buruh berjumlah 2 responden (2.6%). Sedangkan pasien yang mempunyai stress emosional *mild depression* sebanyak 8 responden, dimana responden yang mempunyai kualitas hidup yang baik berjumlah 5 responden (38.5%) dan yang mempunyai kualitas hidup yang buruk berjumlah 8 responden (61.5%).

Pada taraf signifikansi 10% dengan analisa uji *fisher exact* didapatkan *p-value* $0.000 < 0.1$ dengan *r* hitung 0,550 (cukup kuat) maka H_a diterima yang artinya terdapat hubungan yang cukup kuat stres emosional dan kualitas hidup pasien HIV di RSUD RAA Soewondo Pati. Dari analisis diperoleh pula nilai $OR=60.000$, artinya Pasien HIV dengan stress emosional minimal depression mempunyai peluang 60 kali untuk memiliki kualitas hidup yang baik di banding dengan pasien HIV yang mempunyai stress emosional mild depression.

IV. KESIMPULAN

A. Jenis Kelamin

Hasil analisis karakteristik responden menunjukkan distribusi frekuensi jenis kelamin pasien HIV di RSUD RAA Soewondo Pati paling banyak adalah laki – laki dengan jumlah responden 52 (57.8%) dibanding wanita 38 responden (32.2%).

Dari gambaran data responden bahwa frekuensi laki-laki lebih dominan menderita HIV. Laki –laki lebih berisiko terkena HIV dan AIDS karena faktor risiko HIV dan AIDS dominan pada laki-laki. Hasil penelitian ini sejalan dengan bahwa laki- laki homoseksual memiliki risiko tertular HIV dan AIDS lebih besar daripada laki-laki heteroseksual,

khususnya melalui perilaku seksual beresiko, yaitu hubungan seks lebih dari satu partner dengan seks anal (Laksana, et al., 2010).

B. Kondisi Kesehatan

Kondisi kesehatan pasien HIV di RSUD RAA Soewondo Pati ini mengacu pada adanya *Infeksi Oportunistik* yang merupakan tanda morfologi secara umum adanya HIV ini. Sehingga *Infeksi Oportunistik* yang bagaimana yang ada di dalam pasien HIV. Didapatkan hasil bahwa distribusi frekuensi yang menggambarkan kondisi kesehatan pasien di poliklinik VCT RSUD RAA Soewondo Pati sebagian besar tidak mempunyai riwayat infeksi oportunistik dengan jumlah 80 responden (88.9%) sedangkan dengan yang tidak mempunyai efek oportunistik berjumlah 10 responden (11.1%).

Ini menunjukkan bahwa HIV sering diiringi dengan *Infeksi Oportunistik* sebagai efek dari rendahnya kualitas kesehatan. Dengan kondisi kesehatan yang terkontrol maka bisa meminimalkan *Infeksi Oportunistik* di dalam diri sendiri. Sesudah infeksi inisial, kurang lebih 25% dari sel-sel kelenjar limfe akan terinfeksi oleh HIV pula. Replikasi virus berlangsung terus sepanjang perjalanan infeksi HIV; tempat primernya adalah jaringan limfoid. Kecepatan produksi HIV diperkirakan berkaitan dengan status kesehatan orang yang terjangkit infeksi tersebut. Jika orang tersebut tidak sedang menghadapi infeksi lain, reproduksi HIV berjalan dengan lambat. Namun, reproduksi HIV tampaknya akan dipercepat kalau penderitanya sedang menghadapi infeksi lain atau kalau sistem imunnya terstimulasi. Sebagian besar orang yang terinfeksi HIV (65%) tetap menderita HIV/AIDS yang simptomatik dalam waktu 10 tahun sesudah orang tersebut terinfeksi (Brunner & Suddarth)

C. Stres Emosional

Penyakit HIV AIDS telah menimbulkan masalah yang cukup luas terhadap individu yang terinfeksi yakni meliputi masalah fisik, sosial, dan emosional. Salah satu masalah emosional terbesar yang dihadapi ODHA adalah depresi. Kasus depresi pada ODHA ini diperkirakan mempunyai frekuensi

mencapai 60% dari total kasus depresi yang ada. Angka ini lebih tinggi dari prevalensi depresi yang ada pada masyarakat umum, yaitu hanya sekitar 5-10% dari total kasus depresi. Hasil data ini sesuai dengan data survei dari Ditjen PPM & PL Depkes RI (2013), dimana jumlah penderita HIV/AIDS paling banyak berada pada kelompok usia < 30 tahun dan 30-39 tahun (Depkes RI, 2013). Statistik pasien yang diperoleh pada penelitian ini berbeda dengan data yang dimiliki KPA DIY.

Dalam data menunjukkan bahwa distribusi frekuensi stres emosional pada pasien HIV di poliklinik RSUD RAA Soewondo Pati mempunyai tingkat stres minimal depression berjumlah 77 responden (85.6%) sedangkan mild depression berjumlah 13 responden (14.4%). Ini menunjukkan bahwa adanya stress emosional pada setiap pasien HIV di RSUD RAA Soewondo Pati, secara umum responden mengalami minimal depression. Depresi yang berkelanjutan menyebabkan penurunan kondisi secara fisik dan mental, sehingga dapat menyebabkan seseorang malas untuk melakukan aktivitas *self care* harian secara rutin, sebagai akibatnya akan sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup ODHA.

Berdasarkan data menunjukkan bahwa distribusi frekuensi kualitas hidup pada pasien HIV di poliklinik RSUD RAA Soewondo Pati mempunyai kualitas hidup baik berjumlah 80 responden (88.9%) sedangkan kualitas hidup buruk berjumlah 10 responden (11.1%). Sehingga kualitas hidup pasien HIV di RSUD RAA Soewondo Pati paling besar mempunyai kualitas yang baik. WHO menggambarkan kualitas hidup sebagai sebuah persepsi individu terhadap posisi mereka dalam kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka tinggal dan hidup dalam hubungannya dengan tujuan hidup, harapan, standart dan fokus hidup mereka. Konsep ini meliputi beberapa dimensi yang luas yaitu: kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial dan lingkungan

B. Analisis Bivariat

Hubungan antara kondisi kesehatan dengan kualitas hidup pasien HIV di RSUD RAA Soewondo Pati.

Berdasarkan data didapatkan bahwa pasien HIV di poliklinik VCT yang mempunyai infeksi oportunistik sebanyak 80 responden, dimana responden mempunyai kualitas hidup yang baik berjumlah 77 responden (96.2%) dan yang mempunyai kualitas hidup yang buruk berjumlah 3 responden (3.8%). Sedangkan pasien yang tidak mempunyai infeksi oportunistik sebanyak 10 responden, dimana responden yang mempunyai kualitas hidup yang baik berjumlah 3 responden (30%) dan yang mempunyai kualitas hidup yang buruk berjumlah 7 responden (70%).

Pada taraf signifikansi 10% dengan analisa uji *fisher exact* didapatkan *p-value* $0.000 < 0.1$ dengan *r* hitung sebesar 0.552 (cukup kuat) maka H_a diterima yang artinya terdapat hubungan yang cukup kuat kondisi kesehatan dan kualitas hidup pasien HIV di RSUD RAA Soewondo Pati. Dari analisis diperoleh pula nilai $OR=59.889$, artinya Pasien HIV dengan ada Infeksi Oportunistik mempunyai peluang 59.8 kali untuk memiliki kualitas hidup yang baik di banding dengan pasien HIV yang tidak ada Infeksi Oportunistik.

Skala yang digunakan dalam persepsi ini disesuaikan dengan skala jawaban pada kuesioner WHOQoL-BREF yaitu dari rentang nilai satu sampai nilai lima. Skala yang digunakan adalah skala Likert dan responden memilih jawaban yang paling sesuai dengan keadaannya pada saat mengisi kuesioner (Skevington, 2008). Jawaban persepsi kualitas hidup dimulai dari nilai satu yang mempersepsikan sangat buruk sampai nilai lima yang mempersepsikan sangat baik. Pada persepsi kesehatan umum, jawaban dimulai dari nilai satu yang mempersepsikan sangat tidak memuaskan terhadap kesehatan yang dimiliki sampai nilai lima yang mempersepsikan sangat memuaskan terhadap kesehatan yang dimiliki.

Hubungan antara stress emosional dengan kualitas hidup pasien HIV di RSUD RAA Soewondo Pati.

Berdasarkan data didapatkan bahwa pasien HIV di poliklinik VCT yang mempunyai *minimal depression* sebanyak 77 responden, dimana responden mempunyai kualitas hidup yang baik berjumlah 75 responden (97.4%) dan yang mempunyai

kualitas hidup yang buruk berjumlah 2 responden (2.6%). Sedangkan pasien yang mempunyai stress emosional *mild depression* sebanyak 8 responden, dimana responden yang mempunyai kualitas hidup yang baik berjumlah 5 responden (38.5%) dan yang mempunyai kualitas hidup yang buruk berjumlah 8 responden (61.5%).

Pada taraf signifikansi 10% dengan analisa uji *fisher exact* didapatkan *p-value* $0.000 < 0.1$ dengan *r* hitung 0,550 (cukup kuat) maka H_a diterima yang artinya terdapat hubungan yang cukup kuat stress emosional dan kualitas hidup pasien HIV di RSUD RAA Soewondo Pati. Dari analisis diperoleh pula nilai $OR=60.000$, artinya Pasien HIV dengan stress emosional minimal depression mempunyai peluang 60 kali untuk memiliki kualitas hidup yang baik di banding dengan pasien HIV yang mempunyai stress emosional *mild depression*.

Penelitian yang dilakukan oleh Basavaraj, Navya & Rashmi (2010, p.77-78) menyatakan bahwa pasien HIV/AIDS yang berusia lebih dari 35 tahun, lebih mungkin menderita depresi, kecemasan, kebingungan, kelelahan dan insomnia. Charles, Jeyaseelan, Pandian, Sam, Thenmozhi & Jeyaseelan (2012, p.9) dalam penelitiannya juga menemukan bahwa pasien HIV/AIDS berstatus menikah lebih mungkin menderita depresi disebabkan memiliki tanggungjawab untuk mengurus anak-anak dan keluarga, serta memiliki rasa takut untuk mengungkapkan status kepada keluarga karena kekhawatiran mereka kehilangan lingkungan sosial dan dukungan ekonomi. Kondisi ini memberikan dampak negatif terhadap kualitas hidup mereka, baik kesehatan mental, fungsi sosial, atau persepsi kesehatan pada umumnya. Hal ini sesuai dengan data demografi pada hasil penelitian terdapat 56,7% pasien berada pada rentang usia dewasa akhir yaitu 36 - 45 tahun, dan 73,3% berstatus menikah.

Hal lain yang menyebabkan depresi pada pasien HIV/AIDS yaitu terkait pemahaman yang berkembang di masyarakat terhadap pasien yang membuat masyarakat mengucilkan mereka. Kondisi ini membuat pasien HIV/AIDS semakin menutup diri dari kehidupan sosialnya, sehingga mereka

memiliki masalah sosial yang cukup serius dan berdampak pada kualitas hidupnya.

Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Reis, Haas, Santos, Teles, Galvao, & Gir (2011, p.879) yang menemukan bahwa depresi dialami sekitar 22% - 45% oleh pasien HIV/AIDS dengan penyebab faktor- faktor sosial dan psikologis, seperti kesulitan dalam hubungan emosional dan seksual, konflik perkawinan serta isolasi sosial.

Hal hal yang membatasi dalam pengambilan data secara maksimal adalah keterbukaan atas informasi yang diberikan sehingga penulis merasa belum bisa mengungkap secara keseluruhan informasi yang ada. Tetapi secara umum bahwa gambaran kualitas hidup yang baik pada penderita HIV/AIDS dengan memperhatikan kondisi kesehatan yang terkait dengan adanya infeksi oportunistik dan hal hal yang menimbulkan stress emosional pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Alimul Hidayat, A.A. 2010. Metodologi Penelitian Kesehatan Paradigma Kuantitatif. Jakarta : Health Books, 2010.
- Anonim. 2017. Berkenalan dengan CD4 dan CD8. www.odhaberhaksehat.org. [Online] 2017. <https://www.odhaberhaksehat.org/2017/berkenalan-dengan-cd4-dan-cd8/>.
- Arikunto, S. 2010. Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek. Jakarta : Rineke Cipta, 2010.
- Datallo, P. 2008. Determining Sample Size : Balancing Power, Precision, and Praticality : Balancing Power, Precision, and Praticality. USA : Oxford University Press, 2008.
- Dharma, Kusuma Kelana. 2011. Metodologi Penelitian Keperawatan : Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian. Jakarta : Trans Info Media, 2011.
- Ditjen P2P, Kemenkes RI. 2016. Laporan Situasi Perkembangan HIV-AIDS & PMS di Indonesia. Jakarta : Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2016.
- Djoerban, Zubairi, et al. 2006. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jakarta : InternaPublishing, Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam, 2006.
- Global Burden Disease - Human Immunodeficiency Virus - Acquired Immune Deficiency Syndrome (HIV-AIDS). Yuliyanasari, Nurma. 2017. 2017, Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Hawari, Dadang. 2011. Prof.Dr.dr. H. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 2011. ISBN.
- HIV. Deasy, Adri Susanto. 2013. 2013, Kepaiteraan Klinik Ilmu Penyakit Dalam RSPI.
- HIV/AIDS di Indonesia: Masa Kini dan Masa Depan. Djoerban, Zubairi. 2003. Jakarta : Universitas Indonesia, 2003. Pidato Pada Acara Pengukuhan Guru Besar Tetap dalam Ilmu Penyakit Dalam Pada Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Hubungan Antara Stadium Klinis, Viral Load dan Jumlah CD4 pada Pasien HIV/AIDS di RSUP DR Kariadi Semarang. P.P, Elizabeth Fajar. 2013. 2013, Jurnal Media Medika Muda.
- K.H Basavaraj, M.A. Navya and R. Rashmi. 2010. Quality of life HIV/AIDS. www.ncbi.nlm.nih.gov. [Online] Desember 31, 2010. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3122586/>.
- Kaplan, Jonathan E. 2017. cd4-count-what-does-it-mean. WebMD Medical Reference. [Online] June 07, 2017. <https://www.webmd.com/hiv-aids/cd4-count-what-does-it-mean#2>.
- Kemenkes Dirjen PP dan PL. 2011. Pedoman Nasional Tatalaksana Klinis Infeksi HIV dan Terapi Antiretroviral pada Orang Dewasa. Jakarta : Kemenkes RI, 2011.
- Kemenkes, Pusat Data dan Informasi. 2016. Situasi Penyakit HIV AIDS di Indonesia. Jakarta : Pusdatin Kemenkes RI, 2016.

- Kusuma, Henni. 2011. www.lontasr.ui.ac.id. [Online] 2011. [Cited: 05 01, 2018.] <http://lontar.ui.ac.id/opac/ui/>.
- Mardika, Cut Meurah Intan and Darliana, Devi. 2014. Hubungan Depresi Dengan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS di Poliklinik VCT RSUD dr Zainoel Abidin Banda Aceh. Banda Aceh : Fakultas Keperawatan Univ Syiah Kuala, 2014.
- Mark, P and Diego , V. 2009. Human Immunodeficiency Virus and AIDS. [book auth.] J Pyne Danny and W Martin . Basic and Clinical Immunology 2nd. China: Elsevier, 2009, pp. 286- 287.
- Maslim, Rusdi. 2001. Buku Saku Diagnosa Gangguan Jiwa (PPDGJ-III. Jakarta : Bag. Ilmu Kedokteran Jiwa FK-Unika Atmajaya, 2001.
- Medicinenet. 2016. Medical Definition of CD4. www.medicinenet.com. [Online] 09 06, 2016. <https://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=33403>.
- Menon, Arun and Kamarulzaman, Adeeba. 2012. Inikah HIV ? buku pegangan petugas kesehatan. Darlinghurst: The Australasian Society for HIV Medicine (ASHM), 2012.
- Notoatmodjo, S. 2010. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta : Rineka Medika, 2010. Nursalam. 2015. Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Jakarta : Salemba Medika, 2015.
- Oxforddictionaries. 2018. CD4. en.oxforddictionaries.com. [Online] 2018. <https://en.oxforddictionaries.com/definition/cd4>.
- PATOFISIOLOGI HIV. Yuniastuti, Evy. Jakarta : s.n. Pokdisus AIDS FKUI/Unit Pelayanan Terpadu HIV RSCM.
- Salamah, Suyanto &. 2009. Statistika untuk penelitian. Bandung : Alfabeta, 2009.
- Siregar, Fazidah A. 2004. Pengenalan dan Pencegahan AIDS. Sumatera Utara : USU digital library, 2004.
- Spiritia, Yayasan. 2014. Tes CD4. www.spiritia.or.id. [Online] April 16, 2014. [Cited: April 07,2018.] <http://spiritia.or.id/li/bacali.php?lino=124>.
- Sudigdo, S and Sofyan, I. 2011. Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis. Jakarta : Sagung Seto, 2011.
- Sugiyono. 2016. Metode Kuantitatif dan Kualitatif. Bandung : PT Alfabet, 2016.
- Sulistyaningsih. 2011. Metodologi Penelitian Kebidanan, Kuantitatif & Kualitatif. Edisi Pertama. Yogyakarta : Graha Ilmu, 2011.
- Susanto, Deasy Adri. 2013. HIV. Jakarta : Fakultas Kedokteran Tarumanagara, 2013.
- Warjana, I.K. 2016. Metodologi Penelitian Kesehatan (Edisi Revisi). Yogyakarta: ANDI, 2016.
- Sylvia, AP and Lorraine, MW. 2003. Patofisiologi konsep klinis proses-proses penyakit. Jakarta : EGC, 2003.
- Uji Kesahihan dan Keandalan Kuesioner World Health Organization Quality of Life-HIV Bref dalam Bahasa Indonesia untuk Mengukur Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS. Muhammad, Nanda N, et al. 2017. 2017, Jurnal Penyakit Dalam Indonesia, pp. 112 - 122.
- WHO. 2002. WHOQOL-100. Geneva: WHO, 2002.
- Widoyoko, E. P. 2012. Teknik Instrumen Penelitian. Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2012.
- Wikipedia. 2018. Beck Depression Inventory. en.wikipedia.org. [Online] Wikipedia, March 28, 2018. [Cited: Mei 03, 2018.] https://en.wikipedia.org/wiki/Beck_Depression_Inventory.
- Yuliadha, Asti. [Online] [Cited: Mei 13, 2018.] <https://dokumen.tips/documents/etiologi-dan-patofisiologi-depresi.html>.
- Yuniastuti, Evy, Zubairi, Djoerban and Djauzi, Samsuridjal. 2005. Infeksi Oportunistik pada AIDS. Jakarta : Balai Penerbit : FKUI, 2005.